

Denise Jodelet
(1989)

Folies et représentations sociales

Préface de Serge Moscovici

Un document produit en version numérique conjointement par Diane Brunet
et Marcelle Bergeron, bénévoles

Courriels : Brunet_diane@hotmail.com et mabergeron@videotron.ca

Dans le cadre de la collection : "Les classiques des sciences sociales"
dirigée et fondée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: <http://classiques.uqac.ca>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
[LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.](#)

Cette édition électronique a été réalisée conjointement par Diane Brunet et Marcelle Bergeron, bénévoles, respectivement guide, Musée de La Pulperie de Chicoutimi, d'une part, et professeure retraitée de l'enseignement à la Polyvalente Dominique-Racine de Chicoutimi, à partir du livre de :

Courriels : Brunet_diane@hotmail.com et mabergeron@videotron.ca

Denise JODELET

Folies et représentations sociales.

Préface de Serge Moscovici. Ouvrage publié avec le concours du Centre National des Lettres Paris : Les Presses universitaires de France, 1989, 398 pp. Collection : Sociologie d'aujourd'hui.

Mme Denise JODELET, chercheuse retraitée de l'ÉHESS, nous a accordé le 14 août 2007 son autorisation de diffuser électroniquement ce livre dans Les Classiques des sciences sociales.



Courriel : denise.jodelet@wanadoo.fr

Numérisation, reconnaissance de caractères et correction : Jean-Marie Tremblay;

Lecture et correction des erreurs de reconnaissance : Diane Brunet;

Mise en page : Marcelle Bergeron.

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

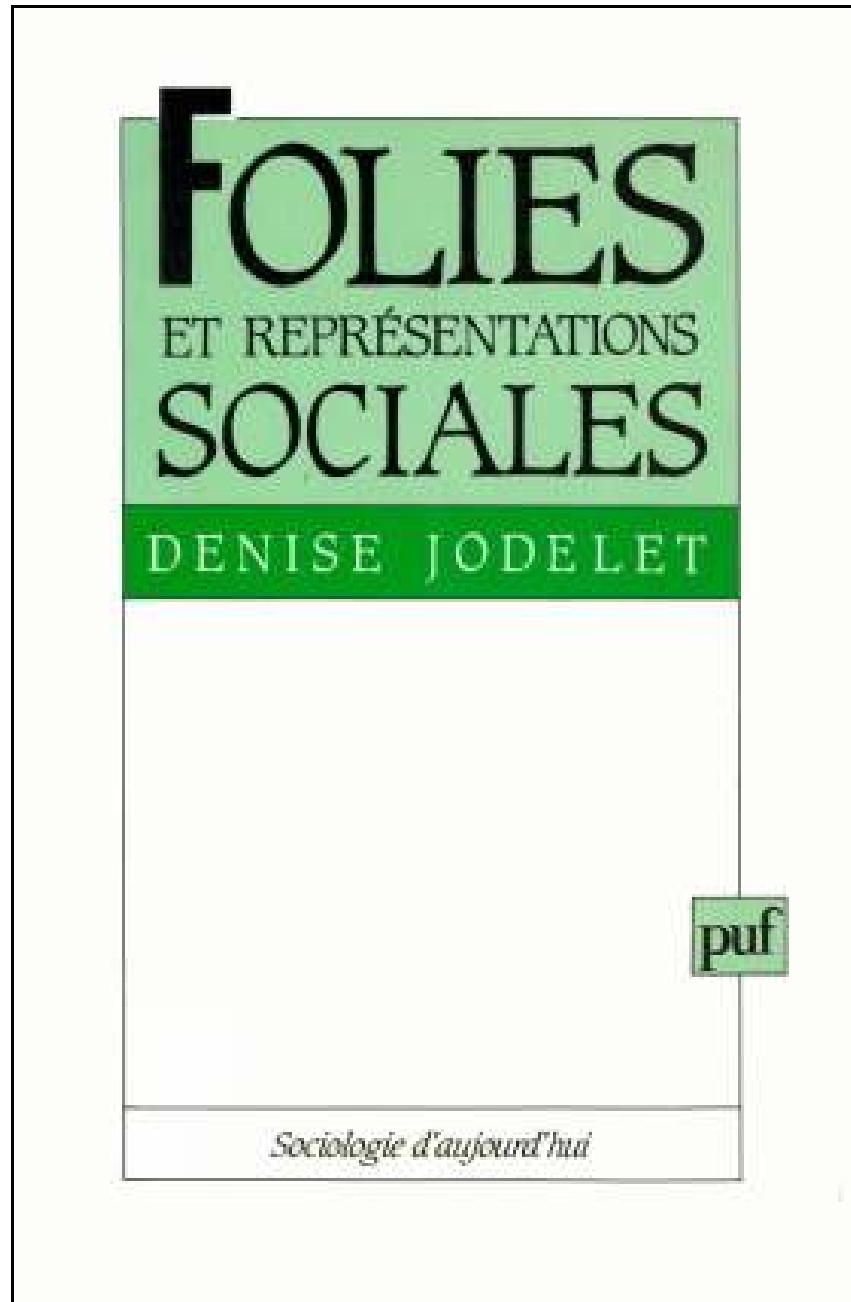
Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2003 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition complétée le 8 juin 2008 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, Québec.



Denise Jodelet
(1989)



À FLORENT

Sommaire

PRÉFACE par Serge Moscovici

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE

VIVRE DES FOUS, VIVRE AVEC DES FOUS

CHAPITRE 1. – Cadre et histoire d'une colonie familiale

Ouverture sur un décor et quelques personnages
Fonctionnement et finalité de la Colonie familiale
Le cadre du placement familial
Histoire et ressorts du placement familial
Sens et répercussions d'un choix économique
La loi du milieu

CHAPITRE 2. – Habitude et défense identitaire

Savoir-vivre-avec et habitude
Habitude et normalisation de l'aberrance
Figures et images du contact public avec les fous
Le combat anticolonialiste
L'autre est le même

CONCLUSION. – Du contact à l'imprégnation

DEUXIÈME PARTIE

LES BARRIÈRES DE L'INTÉGRATION

CHAPITRE 3. – De la différence à l'écart

La démarcation
Civils et non-civils
Commodité et valeur d'usage
Bons et mauvais pensionnaires
Pensionnaires travailleurs

Un statut pas comme les autres
Le discutable et l'indiscutable
Dans la maison, pas de la maison
Les modulations de la vie en placement
Transmission de recettes et règles de tradition

CHAPITRE 4. – **Le comme si et le comme ça de la vie quotidienne**

Les trois « comment »
L'observation : un temps pour comprendre et savoir prendre
Techniques d'emprise et positions de laisser-faire
Une éducation de pensionnaire
La hardiesse

CONCLUSION. – **Au-delà des principes, l'enjeu social et la peur**

TROISIÈME PARTIE

LES MONDES DE CES MAISONS-LÀ

CHAPITRE 5. – **Connaître sans savoir**

Le non-savoir psychiatrique
Des malades qui ne sont pas malades
Ce que connaître veut dire
Le pathologique, le psychologique et le naturel
Les symptômes de la maladie
Le petit catalogue des bredins

CHAPITRE 6. – **Les trois versants d'un même état**

Des mondes de chair et d'os
Grosse bouffe, douceurs et tabac
Naviguer et se diriger
Têtes noires et mauvaises têtes
Des ch'tis, de vrais ch'tis
Le noyau fonctionnel de l'organisme

CHAPITRE 7. – **Penser le mal mental**

L'innocence, ses degrés, raisons et limites
Organe, socialisation et détraquement
La culture pathogène
Par quoi la maladie ?

Cerveau tourné et force intérieure

Les nerfs, le sang, le mal

Le pôle obscur du mal mental

CHAPITRE 8. – L'agi d'une pensée sur la folie

Malades de soigner

Les eaux non mêlées

Du silence de l'interdit au secret du liquide

Odeur, liquide et interdit de contact

Sécrétions vives et contamination

Le roulant, l'étranger et l'impureté de la différence

ÉPILOGUE. – Face aux bredins

Les risques du sexe

Tabou d'alliance, tabou d'affect

Représentations et pratiques

Une communauté défensive

La fabrication d'une représentation

Les constituants de la représentation

Un opérateur ternaire

Idéologique, axiologique, symbolique

La métaphore des quatre L

BIBLIOGRAPHIE

QUATRIÈME DE COUVERTURE

[Retour au sommaire](#)

Avec la fin de l'enfermement des malades mentaux, l'actualité met sur le devant de la scène la question de l'accueil que le public leur réserve. Le récit et l'analyse de l'histoire d'une communauté, au sein de laquelle des malades mentaux vivent librement depuis le début du siècle, éclairent cette face mal connue du rapport social à la folie, mettant en évidence les représentations qui le sous-tendent ou en découlent.

À travers un cas, unique en France, de coudoier quotidien avec le monde de la folie, se dévoilent, en marge du savoir savant, toute une sagesse, toute une psychologie. Mais aussi les peurs que mobilisent la proximité et le contact avec cette figure de l'altérité qu'est le fou. Quoi d'étonnant, alors, de découvrir, dans les procédures matérielles, cognitives et symboliques mises en place par une collectivité qui se croit aux prises avec un danger venu du dedans, les couleurs du racisme, jusque dans cette croyance en la contagion de la folie par certains liquides du corps dont l'écho se retrouve à propos du Sida.

« Par ce livre, un scandale arrive », dit Serge Moscovici qui le tient pour « un des rares ouvrages vraiment importants publiés ces dix dernières années dans les sciences de l'homme ».

PRÉFACE

[Retour au sommaire](#)

Dans l'introduction à son magnifique ouvrage Les rois thaumaturges, Marc Bloch écrit : « Pour comprendre ce que furent les monarchies d'autrefois, pour rendre compte surtout de leur emprise sur l'esprit des hommes, il ne suffit point d'éclairer, dans le dernier détail, le mécanisme de l'organisation administrative, judiciaire, financière, qu'elles imposèrent à leurs sujets ; il ne suffit pas non plus d'analyser dans l'abstrait ou de chercher à dégager chez quelques grands théoriciens les concepts d'absolutisme ou de droit divin. Il faut encore pénétrer les croyances et les fables qui fleurissent autour des maisons princières. Sur bien des points, tout ce folklore nous en dit plus long que n'importe quel traité doctrinal. » On ne saurait mieux dessiner la tâche poursuivie par notre psychologie sociale qui, allant au-delà des faits d'institution, du recueil des idéologies et des documents d'enquête, s'intéresse à ces fables et à ces croyances, au menu quotidien de la pensée et du sentiment. Ce qu'elle atteint alors n'est manifestement pas une chose d'exception, ni de système, que les mots courants nous manqueraient pour décrire. C'est plutôt la banalité à côté de laquelle on passe, car rien n'attire l'attention sur elle. Le fait anonyme sur lequel nul ne s'arrête, dont nul ne soupçonne la présence parmi les innombrables faits qui se masquent les uns les autres comme les feuilles des arbres.

Parmi ces faits figure l'existence d'Ainay-le-Château, une commune comme les autres à première vue. Mais une commune rendue étrange par ses hôtes singuliers, par le mélange de gens normaux et anormaux, de civils et de bredins, pour reprendre une expression frappante de ce terroir. Elle vit déterminée par les miroirs flottants de la folie, à l'instar des deux ou trois autres communes de par le monde où des malades mentaux sont placés hors d'asile, dans des familles. Le tableau si personnel qu'en trace Denise Jodelet nous fait découvrir tout un monde insoupçonné. Son analyse minutieuse des institutions et des relations qui organisent ce monde, passionnée sous le vernis d'objectivité, proche et distante, précise et bien conçue, a valeur de révélation. Reconnaissons-le sans tarder : le livre que nous avons sous les yeux est un des rares ouvrages vraiment importants publiés ces dix dernières années dans les sciences de l'homme. On le constate déjà au choix de ce sujet d'exception, une agglomération semi-rurale où les habitants se posent jour après jour une question dont les spécialistes nous dispensent : qu'est-ce que l'homme sain d'esprit, pourquoi la folie ? Ils doivent résoudre en tant

que dilemme physique ce qui reste en général un dilemme métaphysique. Comme le dit un des habitants à propos des malades mentaux : « Ils font partie de nous, on en parle à longueur de journée. » Effectivement, Denise Jodelet décèle dans ces discours une cohérence qui, pour n'être pas explicite, n'en est pas moins la condition et le principe d'ordre de la vie en commun. Elle y accède en mettant au jour les représentations sociales par lesquelles on institue la cohérence et on déchiffre l'ordre. Celles-ci forment le sous-sol qui échappe aux individus mêmes dont elles façonnent les actes et les paroles et à qui elles permettent de coexister. Leur dévoilement est un des temps forts de ce livre. Il déroule la tapisserie complexe et riche des représentations sociales qui vivent parmi nous d'une vie singulièrement intense et continue. C'est une surprise et cela définit sa valeur pour les sciences de l'homme. Car si les phénomènes de représentation appartiennent à la psychologie sociale, on voit d'emblée qu'ils concernent aussi la sociologie et l'anthropologie. Par la méthode de terrain qui leur est commune, certes, mais surtout par une théorie qui rapproche de plus en plus ces trois disciplines. En effet, grâce à un retournement assez logique, la théorie des représentations sociales, trop longtemps négligée, se retrouve à leur centre. À travers elle, c'est une nouvelle approche des faits de culture et de société qui se cherche.

L'approche se fait donc sur deux plans. D'une part, elle découpe la structure mentale dans laquelle s'inscrivent tout lien et toute action. Elle accède ainsi aux hommes pour autant qu'ils échangent, s'opposent, œuvrent ensemble et se représentent ces échanges, oppositions et œuvres. D'autre part, il convient de vérifier comment et jusqu'à quel point les représentations pénètrent dans la trame des expériences objectives, façonnent les comportements et les rapports qu'elles innervent. S'il existe dans une société une classification des individus, soyez sûrs qu'elle s'objective dans le temps, finit par faire partie de ces individus, leur réalité épousant l'apparence. Le dénivèlement d'un plan à l'autre manifeste la faille entre l'intériorité vécue et l'extériorité instituée, toutes deux instables et sans cesse désagrégées et remodelées. Exprimée sans détours, la question est d'expliquer les comportements et les rapports entre les hommes selon la manière dont ils sont représentés et dont on se les représente à travers ceux-ci. On y parvient seulement, à l'encontre d'une routine de méthode, en accueillant avec confiance « la pensée du dedans » de chacun, la conscience et la parole sociales, et avec une certaine suspicion le réel, « la pensée du dehors » de tous. À l'évidence, un écart subsiste entre le cercle des subjectivités, dû à la solution de continuité des mondes privés, et l'intersubjectivité à laquelle elles tendent en communiquant. L'équivoque touche de plein fouet le chercheur qui va sur le terrain. L'écart se traduit par une lancinante inquiétude de savoir qui lui parle, jusqu'à quel point il doit entendre un « nous » sous le « je ». Ou un « je » à travers le « nous » de collectivité, qui se prononce comme un nous de majesté. Et aussi de saisir dans quelle mesure le récit constitue l'interprétation personnelle d'une expérience commune ou l'interprétation commune d'une expérience personnelle. Somme toute, pour qui parlent les habitants d'Ainay-le-Château quand ils décrivent leur vie avec leurs pensionnaires.

Le lecteur ressent l'ampleur de cette inquiétude dans les entretiens réunis ici qui relatent l'arrivée des malades, leur maladie, la bizarrerie d'une tranche de vie qui peut parfois s'étendre sur une vingtaine d'années. Interrogés sur leurs réactions, les villageois passent à leur insu de la continuité du rapport entre civils et bredins, reçu en legs, à la discontinuité des sentiments et du contact avec tel ou tel qui réside sous leur toit. Sous cette double forme de la relation d'une communauté villageoise à une catégorie collective de malades mentaux et du rapport d'un individu sain à un individu handicapé, ils restent enchaînés au tourniquet de la différence. C'est en effet la différence qui les confronte du matin au soir, tous les jours de l'année. Elle entame l'uniformité des opinions et des expériences qui aurait pu être la leur, comme partout ailleurs, ils en ont conscience. Mais une différence qui évoque l'identité, la ressemblance, puisque chacun le sait, la folie du bredin pourrait devenir celle du civil. En cohabitant, pourquoi ne deviendrait-on pas similaire ? N'y aurait-il pas un désir en ce sens ? Mais s'ils voyaient en ces fous leurs semblables, les habitants des villages alentour les considéreraient, eux, comme des fous. Voilà qui oblige – mais ce n'est pas le seul motif, ni le principal – à creuser le fossé de la différence. Si l'inceste de l'identité et de la différence, pour reprendre l'expression de Husserl, est à la rigueur possible au niveau individuel, il demeure prohibé au niveau collectif, même s'il creuse la morsure du doute et de la culpabilité.

Aussi les habitants évoquent-ils la liberté des malades mentaux, qui se déplacent dans le village, vont au café, viennent aux bals et aux fêtes votives comme quiconque. Rien ne les distingue, ni vêtement, ni allure, ni l'âge. Toutefois on les tient à part, on s'arrange pour qu'ils ne puissent pas danser avec les filles du village de peur que ne se nouent des relations intimes, se mêlent trop étroitement aux joueurs de cartes, et ainsi de suite. Dans chaque situation, on les accueille en les isolant et on les isole en les accueillant. À la relation de semblable instituée par le principe du placement des malades mentaux hors de l'asile se substitue en pratique une relation de différent à différent. Ils sont reçus dans l'intimité des familles d'Ainay-le-Château non pour devenir proches et être mieux connus, mais pour demeurer étrangers, lointains, voire invisibles. Évitant les pièges dans lesquels on tombe trop souvent, Denise Jodelet est sensible à l'écart entre le représenté et l'effectivement agi, à la distance entre langage privé et langage public. Elle cerne ainsi le jeu subtil qui se poursuit en même temps à plusieurs niveaux de la matrice opaque des stéréotypes. Par le fait, on se trouve en présence de relations dont on ne soupçonnait pas la profondeur, ni même qu'il puisse y en avoir de pareilles entre des groupes aussi antinomiques.

Comment décrire de telles relations ? Je l'ai déjà évoqué : Denise Jodelet nous fait pénétrer dans son laboratoire collectif pour donner un sens aux représentations sociales qui participent à leur genèse. Tout un savoir s'y élabore, puisque nous apprenons de quelle manière les habitants se posent des questions, échafaudent des hypothèses, échangent des informations et cherchent à les vérifier en observant leurs pensionnaires insolites. En vérité, cette proximité de la folie,

cette quasi-promiscuité des fous, fait surgir l'inconnu de leur propre avenir. « On ne sait pas si on ne le sera pas demain », avoue l'un d'eux. Afin de la déchiffrer, ils s'en préoccupent longuement, intensément. Psychosociologues et anthropologues amateurs, ils recueillent des observations, se contre-interrogent, discutent, comparent des expériences vécues, se gardent de jugements rigoureux. Le plus énigmatique étant pour eux de comprendre pourquoi ces pensionnaires constituent une limite de l'humain et comment se les représenter, en parler. Tout le monde en a conscience : impossible de les différencier de façon tranchée des individus jugés normaux. Tout se passe comme si, par moments, le contact avec les pensionnaires manifestait ce qu'on aurait jadis appelé une quête de sagesse. Laquelle implique nécessairement une réponse à la question : « Que puis-je savoir ? » Mais, à d'autres moments, on prend de la distance et on regarde les fous comme un autre genre d'êtres humains, venus d'ailleurs, comme des intrus étrangers au village. Il le faut bien, puisque les habitants des villages voisins les traitent de fous à s'occuper des fous et les ostracisent.

En tout cas, on ne saurait se contenter des notions et des catégories fournies par les infirmiers ou les psychiatres. Ceux-ci décrivent les types, classent les malades, analysent les symptômes du point de vue d'une doctrine. Ils proposent des solutions générales, ainsi le placement des malades, dans un vide de société, comme si nul n'était concerné. Ces solutions doivent réussir si certaines conditions vagues sont remplies. Par exemple, que les malades veillent à leur hygiène, se nourrissent proprement et se conduisent bien. Cela leur confère les qualités nécessaires à une vie publique et domestique réglée. On ne peut s'empêcher de remarquer que les exigences affichées d'hygiène personnelle et de conformité sociale suggèrent, par le fait, que le malade est sale et que la maladie mentale s'accompagne elle aussi de déjections, d'absence de contrôle des sphincters, de violence et d'incapacité de respecter les normes courantes. Et comment accepterait-on sans réticence ces êtres étranges qui échappent à la saisie et dont les comportements ne suivent pas les mêmes rythmes, n'ont pas la même prévisibilité ? Mais les règles édictées à l'époque où l'on croyait au traitement moral, au grand air et à la vie familiale subsistent, sous un vernis plus raffiné. De même que des théories économiques sophistiquées se traduisent dans la pratique par des formules éculées, telles « Serrez-vous la ceinture, » « Travaillez davantage », « Ne faites pas de dettes ». J'exagère peut-être et, pour s'en assurer, il faudrait disposer d'autres études analogues à la présente.

Or, les habitants d'Ainay-le-Château ne peuvent se contenter du savoir fourni par la psychiatrie officielle, trop étriqué pour leur tâche immense. Non seulement il leur faut organiser et adapter la vie ordinaire de leurs pensionnaires, comprendre ce qu'est la personne réduite à une existence amoindrie parmi ce dont on la prive, une maison, une femme, des enfants. De plus, en groupe, ces hôtes symbolisent un mode d'exister. Le critère du malheur vaut alors autant que le symptôme d'apathie pour expliquer la léthargie de ces êtres exclus par leurs parents et à un moindre degré par l'institution. Comment décrire et expliquer ce

malheur, voilà qui occupe une bonne part des réflexions et à quoi on utilise le savoir recueilli sur le matériel récalcitrant et difficile à manier de la folie. On recourt à de subtiles recettes pour extraire du langage, du savoir commun, de l'étude des cas, les « théories » dont on débat et qu'on utilise dans la pratique quotidienne.

Ces théories, nommées du sens commun, sont-elles moins élaborées ou moins valides que celles des scientifiques et des experts ? S'agissant de psychiatrie, je ne me hasarderai pas à formuler un jugement. Le fait est que les premières sont plausibles et satisfont l'intellect au même titre que les secondes, quoique formées selon d'autres méthodes et répondant à des préoccupations différentes. Ce qu'elles proposent ressemble à une théorie de l'esprit et de la société, quoique sous les mêmes mots on ne retrouve pas les mêmes choses. La pratique psychiatrique ou, disons, médicale néglige de telles théories ou représentations sociales. Leurs investigations ne portent pas sur les mêmes points, ne répondent pas aux mêmes intérêts de connaissances. Bref, elles cherchent des solutions à des problèmes que les scientifiques ne se posent pas. C'est parce qu'elles négligent de telles théories que tant de campagnes inspirées par la médecine échouent, alors que les savoirs para-médicaux sont florissants. On invoque l'ignorance du public et on constate l'ignorance des spécialistes. Passons sur ce point. L'essentiel est que, si nous voulons faire la science des phénomènes mentaux dans la société, il nous faut identifier la connaissance produite en commun et reconnaître le bien-fondé de ses propriétés eu égard à la théorie. On ne doit pas la dénigrer en tant que populaire, préscientifique, car, loin d'être une pure et simple « image » dénuée de fonction, elle joue un rôle essentiel en aidant à déterminer le genre d'arguments et d'explications que nous acceptons. Elle ne se confond pas non plus avec une copie, un double de la connaissance scientifique, puissance logique et cohérence en moins. Tout dépend alors du terme de comparaison choisi : le verdict différera selon que c'est la physique ou la biologie, la médecine ou la sociologie.

Le travail de Denise Jodelet éclaire parfaitement le caractère propre à cette connaissance qui permet de représenter et de se représenter la réalité sociale. On la décrit trouée de lacunes et d'erreurs, simplifiée et simplificatrice, plate en somme. Son étude nous fait plutôt découvrir le contraire, et ce n'est point par hasard. La connaissance des experts se reconnaît en général à un système de concepts et de descriptions cliniques cohérent. Elle définit la réalité de manière unique, en l'occurrence autour de la thérapie et du rapport thérapeutique. Elle ne se rapporte qu'à une partie des phénomènes et des symptômes, ceux qu'elle juge pertinents à première vue. La théorie qui en résulte fonctionne, à condition d'exclure exceptions et perturbations, qu'elle attribue à des facteurs accidentels. Un langage convenu, facile à suivre, et des références immédiatement repérables par tous, parce que tout le monde regarde les mêmes symptômes et les classe pareillement, conduisent à un mode de comprendre standard. On aboutit enfin à une morale : ceci est, par convention, la façon de connaître des professionnels et la façon d'agir des experts. Très contrainte en vérité, manquant de souplesse dans

la pensée et l'attention, obéissant à des règles élaborées au cours du temps et appliquées uniquement à un domaine spécial.

Bref, les psychiatres et les infirmiers sont dans la position d'un physicien qui s'en tient seulement aux aspects quantitatifs de la matière. Mais les habitants d'Ainay-le-Château sont dans celle d'un sculpteur qui se préoccupe aussi de la texture et de la couleur, des qualités sensibles de la même matière. Ils ont affaire à des individus singuliers, sont soumis aux exigences d'une cohabitation au jour le jour avec eux, sous l'œil de voisins soupçonneux. Sans parler de l'évolution de la maladie et de son impact sur la vie de la maison. Force leur est d'introduire d'autres questions de la réalité dans le discours et de produire un savoir leur permettant de trouver des réponses correctes. Si je saisis bien les enseignements de cette recherche, alors les représentations sociales sont intellectuellement différentes des représentations professionnelles, voire scientifiques, pour des raisons inverses de celles qu'on évoque d'habitude. Ce n'est pas en raison d'un défaut de structure, d'une insuffisance logique ou d'une méconnaissance des contradictions entre les notions combinées. Mais parce qu'elles sont tenues de combiner plusieurs domaines de connaissance et de pratique en même temps que plusieurs modes de pensée. Une seule représentation collationne ainsi une grande variété de raisonnements, d'images et d'informations d'origine diverse à l'aide desquels elle forme un ensemble plus ou moins cohérent. Au non-spécialiste est permis et même demandé ce qu'on défend aux spécialistes, à savoir associer des contenus intellectuels et des modes de réflexion disparates en un réseau continu de solutions aux problèmes rencontrés. Il « zappe », comme on dit pour la télévision, puisant selon ses intérêts successifs dans le stock d'informations disponibles, pratiquant les rapprochements les plus étonnants, comme le font les habitants d'Ainay-le-Château, entre des connaissances médicales et des connaissances traditionnelles. Voilà qui justifie l'idée étrange que la maladie mentale est contagieuse et peut s'attraper en mangeant dans les mêmes assiettes que les fous, en lavant son linge dans la même eau que le leur. J'ai nommé autrefois polyphasie cognitive cette particularité des fusions d'éléments disparates dans une représentation sociale et les propriétés qui en résultent. Cette manière de voir se rencontre aujourd'hui parmi les chercheurs en intelligence artificielle, et Minsky la résume en ces termes : « Pour être considéré comme un "expert", il faut posséder de nombreuses connaissances dans un petit nombre de domaines. À l'opposé, le "bon sens" d'une personne ordinaire demande un nombre de types différents de connaissances beaucoup plus élevé, ce qui nécessite des systèmes de gestion plus compliqués... Du fait de la plus grande variété des représentations nécessaires, il lui serait beaucoup plus difficile d'acquérir la "même quantité" de connaissances (qu'un expert, n.n.). Pour chaque nouveau domaine, notre novice devrait apprendre un nouveau type de représentation et de nouvelles aptitudes à l'utiliser. Ce serait comme d'apprendre une multitude de langues différentes ayant

chacune sa grammaire, son lexique et ses idiomes. »¹ C'est bien à quoi on est tenu dans la vie de tous les jours.

Il est certain que la psychologie sociale n'a pas été sensible au trait, si l'on veut, hybride du discours et de la réflexion ordinaires. Elle explique leurs propriétés par des illusions, des partis pris, une dérive de l'activité mentale. À seule fin d'arriver à justifier le caractère apparemment irrationnel des représentations publiques et des croyances. Dans la perspective où elle se place, Denise Jodelet n'a pas à invoquer de telles déficiences ou incongruences, ni à en rendre compte comme d'anomalies exotiques de la pensée. Une constatation plus décisive est que cette combinaison d'informations et de façons de connaître exige certains degrés de liberté. Il faut en un sens créer de l'arbitraire pour rapprocher des formules cognitives désassorties. Pour laisser du jeu, on doit ajouter des fioritures en trompe l'œil ou simuler des liens qui n'existent pas. Et aussi éviter de trop s'engager, afin de se ménager des portes de sortie ou la possibilité de négocier avec autrui le sens d'une idée, l'interprétation d'un fait. Les représentations nous frappent par ces dissonances, télescopages, contradictions et autres courts-circuits intellectuels dont leurs usagers ne semblent pas s'apercevoir ou qu'ils ne cherchent pas à rectifier. Des éléments affectifs, une indifférence à l'égard de la logique et des préjugés sont sans doute en cause. Cependant, à lire attentivement les entretiens qui nous sont proposés, on y décèle un aspect qui va beaucoup plus loin.

Comment cela se passe-t-il ? Une personne explique pourquoi les malades sont agités ou violents, ou bien porte un jugement sur les médications qu'on leur fournit. L'enquêteur relève une affirmation curieuse et insiste. La réponse de la personne montre alors que celle-ci s'est exprimée avec une réserve certaine. Elle semble dire en sourdine : « Je ne prétends pas à la vérité de l'affirmation présente. » Cette réserve mentale est fort importante pour la manière de conduire le raisonnement et d'associer les notions. En faisant une affirmation qui ne prétend pas à la vérité, la personne se situe hors d'une logique de la non-contradiction. Elle n'énonce rien qui puisse être tenu pour une erreur. En somme, la proposition émise est indécidable, à la fois pour celui qui la prononce et pour celui qui la recueille. Ce qu'elle affirme ne se réfère pas à un système, n'a pas valeur de vérité, n'est pas susceptible d'être réfuté par un exemple ou une proposition contraire.

Que signifie en pratique le fait qu'une affirmation est indécidable ? Tout simplement qu'elle est négociable, qu'on est prêt à en parler avec d'autres personnes pour décider de sa justesse. On retrouve d'ailleurs chez les habitants d'Ainay-le-Château cette opposition entre décidable et indécidable sous la forme d'une opposition entre indiscutable et discutabile. Un exemple simple ? Parlant entre eux pour répondre à la question : « Qu'est-ce qu'un bon ou un mauvais pensionnaire ? », ils jugent que cela est discutabile. S'agissant du travail et des

¹ M. Minsky, *La société de l'esprit*, Paris, Interéditions, 1988, p. 124.

aptitudes nécessaires, ils déclarent au contraire que cela est indiscutable, sans en fournir plus de raisons. Il se passe ce que décrit l'anthropologue Sperber : « Dans certaines sociétés, les indigènes, tout en partageant les mêmes croyances, en offrent des exégèses différentes et s'interrogent, s'opposent, voire se combattent sur des problèmes d'interprétation. Dans d'autres sociétés, lorsqu'on demande aux indigènes ce que signifient leurs croyances, qu'est-ce qu'elles impliquent, comment elles s'accordent avec la réalité de tous les jours, ils donnent des réponses évasives du genre "c'est la tradition", "les anciens savaient", etc. »

Je me suis engagé sur une voie épineuse qu'il est hors de question de parcourir ici jusqu'au bout. On comprend cependant que ces plages d'énoncés indécidables offrent un espace de jeu, le degré d'arbitraire nécessaire pour articuler images et notions d'origine dissonante dans une même représentation. Si nous isolons les contradictions et les incohérences pour les supprimer, ou les dénoncer, il nous faut savoir au préalable comment les gens les prononcent et quelle est leur attitude vis-à-vis de leurs propres déclarations. Ce qui de l'extérieur paraît irrationnel dans une croyance ou dans le sens commun est pour ceux qui les partagent de l'indécidable, matière à option. Le lecteur rétorquera que si le jeu et l'arbitraire donnent la possibilité d'articuler des éléments disparates, ils les rendent aussi vagues et flottants. Jusqu'à un certain point, oui. Mais n'oublions pas que, loin d'éliminer l'imprécis et l'inconsistant pour s'en tenir aux éléments vérifiables, « les sociétés reposent au contraire sur les choses vagues », comme l'observait Valéry. Même sans en faire un principe, on doit en tenir le plus grand compte. Je n'insiste pas davantage, laissant au lecteur le plaisir de découvrir comment l'indécidable travaille. Si je m'avance à le dire, c'est parce qu'une impression se dégage : bien que personne ne fausse compagnie à la vérité, ce n'est pas d'elle qu'on attend une satisfaction dans l'ordre des idées. On la cherche plutôt dans la rencontre des esprits, dans le parler lui-même, qui créent une intimité, la familiarité avec le monde, et portent en eux-mêmes leur propre récompense. Je me contente de répéter maladroitement ce que vous allez lire. Mais passons.

Étudiant les représentations sociales, Denise Jodelet étudie donc cette articulation d'une humanité à l'endroit aux prises avec ce qui lui apparaît comme l'envers d'une humanité, sans réciprocité possible. Leur créativité surabondante défie notre conception victorienne de la pensée. Y surgissent de manière incontinent des questions et des réponses virtuelles, parmi lesquelles chaque groupe puise les siennes Pour les rendre actuelles. Les mécanismes classiques de l'ancrage et de l'objectivation le permettent. Mais comme souvent dans les entretiens, les propositions se suivent sans vraiment s'enchaîner les unes aux autres, pleines d'un bonheur d'expression. Les mêmes images ou notions, différemment agencées, contrarient ou inversent leur sens ; les liens de cause à effet sont fragiles – mais qui s'en soucie ? Sans se préoccuper de l'œil-de-bœuf d'une économie de pensée, ces liens se resserrent ou se distendent, une fois qu'ils ont commencé à se propager, et il est hors de question qu'on puisse les arrêter. Tout est bon qui leur permet de s'étendre jusqu'à occuper l'espace mental tout

entier, en gardant cependant le nécessaire de cohérence logique. Seuls la répétition, le retour des mêmes expressions et des mêmes thèmes indiquent une limite, spécifient la particularité d'un point de vue ainsi mis en valeur comme une citation de soi-même. C'est ce provisoire arrêt dans les récits mélangés d'Ainay-le-Château qui offre à Denise Jodelet l'occasion d'en dégager un des leitmotifs. C'est l'habitude, le dépôt au fond des esprits comme allant de soi des raisons et de la présence parmi eux de ces pensionnaires. Ils ont conscience de faire une expérience extraordinaire, confrontés à une situation dont on connaît peu d'exemples.

Certes, être assailli par l'étrangeté de ces hommes pas comme les autres n'est pas une sinécure. On se résigne à « endurer ça ». On s'efforce de comprendre, de trouver un sens. Chacun a des éléments en main, mais comment les combiner ? D'abord il les voit isolément. Comme pour une recette de cuisine, il convient d'incorporer les ingrédients dans un ordre, d'inventer le tour de main, afin que la mayonnaise prenne et repose sur son épaisseur. Pour se résigner et se convaincre que cet extraordinaire, la pérennité de la folie, est à la fois fondamental et pas grave, somme toute dans l'ordre des choses. Et c'est ce qu'ils font à travers leurs représentations communes de la maladie et des malades atteints de maux inquiétants. Elles naissent dans ce mouvement qui vise à familiariser avec l'étrange et en sont fortement marquées.

La théorie suppose que les choses se passent ainsi en général. Ici, on découvre le détail, on observe les ressorts mis à nu avec une très grande finesse. C'est difficile à expliquer, mais d'habitude on regarde la pensée à la lumière du contraste entre le vrai et le faux. On adopte l'attitude propre à la science qui s'efforce de résoudre des problèmes et d'adapter les solutions aux faits. On y apporte seulement plus de clairvoyance, on est plus sensible au concret, on suppose le succès et l'échec avec toutes leurs conséquences. En somme, le mode de penser social est conçu selon un critère sémantique ou pragmatique. Cependant, une série d'observations nous amène à reconnaître que, dans la plupart des cas, c'est la tension entre le familier et l'étrange qui crée le besoin de se représenter et en façonne les résultats. Elle emprunte cette voie pour lier des éléments disparates au fonds commun et permettre aux uns et aux autres de les reconnaître. De même que, dans la conversation, deux personnes qui ne se connaissent pas cherchent une relation commune ou une ressemblance qui ne se trouve pas dans les phrases mais dans le ton, la façon de présenter les choses, de gonfler certains détails. Autrement dit, tout ce qui permet d'accrocher ensemble les sous-entendus par lesquels on pourra s'entendre.

Or cette tension est, à maints égards, première, sinon archaïque. Est-ce une des expériences les plus anciennes ? À deux semaines déjà, le nouveau-né témoigne son aversion lorsqu'un étranger lui parle, et surtout si celui-ci lui parle avec la voix de sa mère. Des bébés de quatre à cinq mois se bloquent, au sens propre, lorsqu'un adulte étranger esquisse un geste d'approche vers eux. Ils se

figent, retiennent leur souffle, ne bougent pas un muscle. À huit mois, ces réactions prennent une forme suffisamment régulière pour qu'on parle d'un âge de la peur de l'étrange et du non-familier, qui atteint un sommet vers la seconde année pour décliner ensuite. Une peur sans doute associée à la crainte de perdre le lien avec la mère, avec les siens. En considérant qu'elle coïncide avec la période où l'enfant commence à parler et exprimer ses pensées, on peut supposer que sa trace subsiste, la vie durant. Aurait-on là une espèce de pensée maternelle, analogue à la langue maternelle ? La question se pose. Le poète Celan répondait simplement : « Ce n'est que dans la langue maternelle qu'on peut dire la vérité. Dans une langue étrangère, le poète ment. » Assurément elle nous attire vers le familier, comme si nous possédions déjà les notions pour le comprendre et les mots pour l'exprimer, avant même de les chercher. Il s'agit d'une pensée qui a pour ressort de rétablir le lien et qui procure une satisfaction en nous protégeant contre le risque d'être séparés par une intrusion que nous aurions négligée. Une satisfaction qui doit être aussi archaïque que la crainte de l'étrangeté surmontée autrefois et déviée de sa route.

Parmi les apports de ce livre figure donc aussi l'analyse des opérations théoriques par lesquelles ce qui apparaît étrange ou extraordinaire est approprié par les habitants d'Ainay-le-Château et métamorphosé en un élément de leur univers mental. Ils font en parallèle un travail sur eux-mêmes, comme s'ils n'étaient pas sensibles à l'étrange. Petit à petit, les fous qui constituent pour tout un chacun une expérience révélatrice du social et de la nature humaine se fondent dans le paysage routinier et prennent une couleur de banalité. De cette banalité dont Heidegger disait qu'elle est la deuxième chute de l'homme après celle du péché originel. Peut-être parce qu'elle le plonge dans un monde d'évidences protégées, à l'abri des controverses. Ce n'est point l'effet d'une convention ou d'un consensus mais d'une habitude qui rend les mots et les images incontestables. La réalité immuable et incontestable d'une collectivité représente du même coup tout ce qui est considéré juste, raisonnable, agréable. On se sent dispensé, une fois pour toutes, d'en fournir les raisons, c'est-à-dire d'expliquer la signification d'un jugement et de prouver l'utilité d'un acte. Cela veut dire que toute représentation tend, en dernière instance, à une autorité et que, parvenue à son faite, la pensée collective n'est rien d'autre qu'une banalité. Il est rare que nous ayons l'occasion d'observer ce que pourtant Denise Jodelet rend évident. À savoir, de quelle manière ce qui est routinier, culturellement opaque, devient un facteur éclairant la genèse inaperçue d'une telle représentation sociale. La piste autrefois ouverte par notre hypothèse est ici lumineusement tracée.

En voudrait-on un exemple plus concret ? Outre celui de l'habitude à ce qui constitue, c'est le moins qu'on puisse dire une situation singulière, le classement des malades et de leurs bizarres affections par les habitants d'Ainay-le-Château est parlant. Bien sûr, chaque collectivité humaine a un genre de typologie pour catégoriser ses membres, selon l'âge, le sexe, les diverses professions. À cette fin elle sélectionne quelques critères souvent purement externes, dans le répertoire de

la biologie, de la technique ou dans celui d'autres groupes. Sans oublier les critères chimériques de langues disparues ou de race, comme les Indo-Européens ou les Aryens qui créent autant de groupements fictifs. On a consacré beaucoup moins de nuits d'insomnie à réfléchir sur les Allemands qui se prétendent Aryens que sur les Borreros qui se proclament des Arraras, pourtant l'énigme est la même.

Quoi qu'il en soit, classer est une opération innocente sur le plan intellectuel, mais périlleuse sur le plan social. Les habitants de ce village devaient, comme tous les Français, se classer eux-mêmes et en outre classer leurs pensionnaires. Ils auraient pu se contenter d'emprunter aux infirmiers qui leur confiaient corps et âmes ces hommes sans foyer la typologie psychiatrique. Mais elle avait un caractère inquiétant, elle perturbait leur vocabulaire et leur répertoire de notions usuelles, tout autant que les médicaments qu'ils devaient administrer aux malades. De toute manière, s'ils avaient adopté la typologie ésotérique, les hommes qu'on leur confiait seraient restés des étrangers, des êtres humains abstraits et indifférents. Pour les rapprocher et se les approprier, les faire participer à leur univers, ils avaient à se les représenter distribués dans des classes créées pour eux et tirées du fonds propre au village. Comme s'ils émergeaient de l'ombre, solidifiés, se découpant en silhouettes familières et revêtus d'habillements mentaux conformes. Prêts à occuper leur place dans le village, à y figurer des personnages de la vie en commun.

Denise Jodelet nous montre que la représentation sociale a un pied dans deux classements, comme si deux sûretés valaient mieux qu'une. Le premier, d'ordre diagnostique, combine les différences et les ressemblances entre les pensionnaires pour les définir. Il distingue les « nerveux » des « innocents » et raffine les sous-classes, le maboul, le fou mental ou le gars de cabanon que l'on décrit en détail. Chacun résulte d'une observation quotidienne méticuleuse des comportements et correspond à une théorie du fonctionnement mental qui l'explique. On peut juger la typologie naïve, il serait vain de méconnaître l'effort de réflexion clinique investi. Le second classement, que je nommerai prescriptif, tend à donner un sens légitime aux différences et ressemblances, à les charger de valeur. Et ce justement dans la mesure où les habitants s'y incluent eux-mêmes et deviennent un terme de comparaison disjoint de ceux à qui ils se comparent. On le remarque au fait qu'ils se qualifient de « civils » par opposition aux « bredins » non civils. Ils recourent alors à un critère légal, celui des droits civils dont ils jouissent alors que la maladie en prive leurs pensionnaires.

Sous un certain angle, la démarche cognitive qui aboutit à la taxinomie et au compartimentage des individus est la même. Et sous un autre angle les deux classements n'obéissent pas aux mêmes contraintes, ne relèvent pas du même genre de créativité sociale. Le classement diagnostique présuppose une certaine prise de distance, voire l'impersonnalité. Il constitue les individus sur un modèle positif. On pourrait le qualifier de réversible, s'appliquant de manière indistincte à

tous les résidents du village, pensionnaires ou pas. Au contraire le classement prescriptif implique une attitude, instaure une hiérarchie entre les individus, permet ou prohibe les relations. Ainsi les relations sexuelles ou de proximité amicale entre civils et bredins sont proscrites. Quiconque enfreint l'interdit est mis au ban de la collectivité, taxé de bredin ou de fou. Il s'agit de toute évidence d'un classement irréversible qui ne vaut pas pour tous de la même façon et associe une personne à sa catégorie sans transgression possible. On pourrait dire qu'il définit non seulement le statut des individus au sein du groupe, mais aussi le statut du groupe au sein des individus. Ces deux taxinomies ne sauraient être séparées, et il n'est pas facile, quand l'occasion se présente, de choisir l'une plutôt que l'autre. Mais sait-on pourquoi, sinon en vertu de l'hypothèse suggérée ci-dessus ?

D'une part, donc, les pensionnaires ont été reclassés à Ainay-le-Château dans les compartiments de la tradition, innocents ou nerveux et, d'autre part, dans ceux de la valeur, bredins opposés aux civils, ils sont déclassés. Plutôt que, de part et d'autre, ne faut-il pas dire à la fois ? On classe sans doute les objets ; les personnes, on les reclasse, déclasse ou surclasse. Ce pourquoi on recourt toujours à plusieurs systèmes ayant chacun son principe qui répond au but poursuivi. Et dont chacun a le pouvoir de générer une réalité. Les hommes ne représentent pas seulement eux-mêmes, leurs semblables, ils actualisent ces représentations. Dans la vie réelle, ils les mettent en scène objectivement, de sorte que chaque catégorie devient un acteur effectif de la vie en commun.

En préambule à ce qui suit, je rappelle que la pratique connaît de nombreuses thérapies dont personne ne sait si et pourquoi elles agissent. Les médecines douces, par exemple, ou les pratiques thaumaturgiques, dont celle des médias, ont les faveurs d'un vaste public. Libre à chacun de les taxer de survivances, et même de superstitions, mais qu'est-ce que cela signifie ? Rien ne permet d'affirmer qu'elles ont été plus exclusives par le passé, ni qu'elles disparaîtront à l'avenir, exorcisées par la science. Comment imaginer que les hommes renonceront à chercher des moyens impossibles en vue d'atteindre des fins nécessaires ? Il existe à Ainay-le-Château une série de pratiques dont la fréquence a eu le don d'intriguer Denise Jodelet. Elles consistent à laver séparément le linge des malades, à ne pas mêler leur vaisselle à celle de la maison, à éviter certains contacts physiques trop intimes. Le souci d'hygiène y prend un caractère obsessionnel et une coloration phobique. Quelque chose dans ces pratiques les rapproche des rites négatifs destinés à éviter le contact. Subrepticement se découvre un chaînon de cette prohibition qui commande toutes les autres, interdisant de toucher, de parler ou de frayer avec certaines personnes déclarées impures sous peine de le devenir soi-même. Parmi ces personnes, on compte, c'est connu, les étrangers à la tribu, les handicapés ou tout individu supposé doté de pouvoirs exceptionnels. « Ce sont, pensait Durkheim, des tabous primaires dont les autres ne sont que des propriétés particulières. »

Il est grand temps de vous mettre dans le secret de la vérité que Denise Jodelet a atteinte, dans un chapitre sémaphore de son livre : on pense que la maladie mentale est contagieuse et qu'on risque d'être contaminé. Ainsi ces rites ont pour objet de se prémunir contre ce danger. La surprise n'est pas totale. S'agissant de la maladie, et même du handicap, de quelque nature qu'il soit, la représentation de la contagion est la plus spontanée et la plus répandue. Elle persiste et déjoue toutes les preuves du contraire. Justement parce qu'elle reste dans l'indécidable, n'ayant pas de prétention à la vérité et se soutenant d'évidences partielles. Le sentiment du grand nombre fait le reste. Quoi qu'il en soit, ce lien découvert entre le rite et la peur d'une contagion par les malades mentaux donne à l'affaire une tout autre envergure.

Autant que je puisse en juger, ces pratiques ou rites sont des actions d'un genre particulier. Denise Jodelet montre en quoi et comment elles sont des « pratiques significatives ». Je les traiterais comme des « actions représentationnelles » dans la mesure où elles mettent en œuvre un contenu soutenu par l'accord du groupe et mettent en scène des explications que l'on veut rendre efficaces par des conduites particulières. Ce ne sont pas des moyens physiques destinés à produire des fins physiques, mais un enchaînement de conduites dont l'une se prévaut de l'intelligibilité de l'autre. Une fois que les nourrices ont été identifiées en tant que telles et leur rôle compris, leurs gestes domestiques, qui pourraient paraître stupides – laver séparément les affaires des malades, se tenir à l'écart d'eux, protéger les enfants – deviennent des actions significatives. Ces femmes se comportent comme si certaines idées ou croyances étaient vraies, reconnues par un consensus. En d'autres mots, ces actions représentationnelles, dont les rites sont le prototype, sont définies par ce qu'elles représentent (darstellen, en allemand) et ne représentent que ce qu'on tient pour réel.

Comment peut-on articuler de nos jours une représentation et une action en un tel rite ? Ce dernier n'a pas les caractères reconnus aux rites négatifs (contrainte, périodicité, revivification cérémonielle, légitimation par une règle). On a affaire à une série de conduites régulières, conformes aux normes, mais en grande partie volontaires et de ce fait intentionnelles. Comment rendre compte du lien entre les représentations et la suite des conduites ? Qu'une charge d'affects soit présente est patent. Une sorte d'aversion se dessine vis-à-vis de la maladie, dans la manière dont les malades sont perçus à travers leurs gestes désordonnés, leur transpiration ou leur saleté. La crainte de devenir comme eux, la coexistence prolongée éveillent une phobie du contact, dont le philosophe Vladimir Jankélévitch écrivait que c'est la phobie par excellence. Pour ne pas s'abandonner à la phobie et se détourner de la crainte, les habitants sont entraînés vers des croyances et des actes peu conformes à la raison, échappant à l'explication usuelle. Ils le font avec d'autant plus d'insistance que l'objet d'aversion reste proche et les tourmente par la pensée que ses effets vils et dégradants pourraient s'étendre à l'ensemble de la collectivité.

À titre d'explication, on peut encore invoquer la mémoire collective. Il suffit de supposer que la contagion participe d'une vision ancienne des causes de la maladie qui se maintient et se superpose à la vision médicale. Rien n'empêche de respecter celle-ci à l'extérieur, dans les relations avec les infirmiers ou les psychiatres, et celle-là à l'intérieur, dans la sphère domestique et familiale, comme une recette transmise de mère en fille. De fait, et on verra dans le livre pourquoi, les deux points de vue se combinent et se relaient. Tout se passe en effet comme si la conception « médicale » redonnait de la vigueur à la conception « folklorique ».

À quel point cette combinaison de mémoire et d'affect est nécessaire, je ne le sais que trop. Alors pourquoi une résistance à l'admettre ? Les deux explications sont incomplètes dans la mesure où aujourd'hui ces actions ont ceci de singulier de ne pas être déterminées par des causes au sens strict du mot, ni par de simples contraintes, mais par des intentions. Cherchant à savoir pourquoi l'individu fait ceci ou cela qui peut sembler déconcertant, il faut admettre que son choix ou celui du groupe est dicté par telle ou telle intention. Or, dans ce cas, il se trouve que la représentation et l'action sont articulées en fonction de leur contenu. S'il faut ajouter que cette représentation n'est jamais la bonne, on ne peut toutefois en nier l'efficacité. L'articulation s'explique de manière à peu près rationnelle comme étant celle d'un syllogisme pratique. J'emprunte au philosophe américain Fodor l'exemple qu'il en propose. John croit qu'il pleuvra s'il lave sa voiture. John veut qu'il pleuve. Donc John agit d'une manière qui, dans son intention, est un lavage de voiture. C'est à peu près ainsi que l'on décrivait autrefois la magie sympathique employée dans des cérémonies destinées à faire tomber ou cesser la pluie, lever le vent ou l'abattre. Et les nourrices croient qu'elles empêcheront la maladie de se propager si elles respectent les précautions évoquées. Pour revenir sur l'exemple donné par Fodor, on peut interpréter la conduite de John en affirmant que laver la voiture est un effet de la relation causale entre la croyance de John et l'utilité de celle-ci. Ou bien l'on pourrait avancer l'argument contrefactuel suivant : John n'aurait pas lavé sa voiture, si le contenu de sa représentation avait été différent de ce qu'il est.

En reconnaissant une force à la téléologie, on souligne la propriété qu'a l'action de modifier le cours des choses, les agencer différemment. À coup sûr, nous n'agirions pas si nous n'étions pas persuadés que, sans notre action, le monde évoluerait d'une autre manière. La magie est l'expression extrême de cette conviction : nul n'est retenu par l'impossible, pourvu que la volonté et l'intention soient partagées. En résumé, le syllogisme pratique exprime de quelle manière ce genre d'actions représentationnelles qui ne sont plus ni automatiques, ni cérémonielles, sont plausibles aux yeux de ceux qui les effectuent parmi nous. Par le fait, Hubert et Mauss voyaient dans la magie une gigantesque variation sur le thème de la causalité, convaincus que son principe amorce et précède celui de la science. Et selon l'anthropologue anglais Evans-Pritchard, il s'agit de la recherche d'une cause significative sur le plan des rapports sociaux. Il est toutefois plus précis et conforme à l'observation de reconnaître que l'explication

part moins du contenu spécifique que de l'action destinée à atteindre une fin. On pourrait dire que le contenu se transforme en une causalité intentionnelle de l'action. Ainsi le caractère supposé contagieux de la maladie justifie, en bonne logique, les pratiques d'hygiène. On peut y adhérer plus ou moins, cependant le rituel convenu permet d'agir en fonction de la croyance.

Les pratiques des nourrices dont il a été question reposent tout entières sur la conviction qu'elles peuvent intervenir dans le déterminisme de la maladie mentale en dirigeant ou modifiant son cours. Elles ne sauraient avoir d'effet à nos yeux, ceci ne signifie pas qu'elles sont sans effet. Arrêtons-nous-y encore un instant. Leur aspect le plus frappant est de faire ressortir jusqu'à quel point le classement des individus qui les rapproche et les marque est important. C'est lui qui trace une frontière, indiquant avec qui on doit ou ne doit pas entrer en contact, et crée un objet qui serait d'aversion ou de crainte. La maladie est ce contact lui-même, une possibilité de contagion qui transformerait en semblables des gens aussi différents. Ces pratiques ont une répercussion avérée sur le plan social : elles prolongent, dans la maison et dans la vie quotidienne, les ségrégations diffuses dans la commune. Les procédés employés sont autant de moyens de répondre à cette obligation de distance » dont on parle entre les civils et les bredins. Et leur allure se fait d'autant plus intense, minutieuse, obsessive, que la distance devient plus petite et que les uns se rapprochent des autres. Cela signifie que tout geste, toute rencontre, doit être au service d'une distinction, rétablir une séparation des classes reconnues. Aussi n'y parvient-on que par une densité presque maniaque des conduites de ce genre, une vigilance sans défaut.

Par ce livre un scandale arrive. Vous voyez pourquoi. L'institution qui place ces malades cherche à les réinsérer, les faire participer à un cadre normal d'existence et à la société. En vertu du principe établi par les psychiatres qu'une pareille existence, hors de l'asile, a des chances d'être bénéfique, d'améliorer leur état, d'en faire des hommes comme vous et moi. Si la guérison était possible ailleurs, dans l'hôpital psychiatrique, grâce aux thérapies et aux médicaments, on aurait certes préféré cette solution. Comme on sait, le discours des psychiatres est d'abord à l'usage des psychiatres ; néanmoins, sur ce point, il correspond à la sagesse conventionnelle et au sentiment général. C'est le retour imaginé aux époques où les malades restaient mêlés à la vie en commun, quelque gêne qu'ils occasionnent. Or, par les conditions dont nous avons maintenant une idée, les malades placés dans les familles d'Ainay-le-Château sont tenus à la lisière de la communauté, traités comme autres et même absolument autres. Cette dernière remarque peut paraître injuste. Le placement de malades, de personnes isolées et étrangères, n'appelle-t-il pas ce genre de réactions pour sauvegarder l'intimité d'une maison et l'intégrité d'un village ? Le fait demeure qu'on les loge en même temps qu'on les démarque, on s'en occupe et à la fois on leur assigne une place circonscrite par un langage camouflé, des prohibitions et des gestes éloquents, même si les paroles sont retenues. Je ne dis pas que cela se fait de gaieté de cœur, que ce n'est rien ou que les habitants d'Ainay cherchent ainsi à se procurer des

revenus avec un minimum d'inconfort. La souffrance de ces hommes les touche autant que n'importe qui. Il est néanmoins avéré que, pour des raisons de psychologie sociale, ils n'arrivent pas à considérer leur « pensionnaire » dans son unicité, mais tantôt comme un individu d'un genre (innocent, maboul, etc.) et tantôt comme un genre d'individu, le non-civil, le bredin. De cette façon, le classement se double d'une ségrégation. En définitive, alors que, dans l'hôpital, on regarde le malade en s'efforçant de ne pas le voir, au-dehors on le voit en s'efforçant de ne pas le regarder. Sans le vouloir, le jugement qu'on porte sur lui a pour résultat une violence. Oui, voir jour après jour un genre sous un individu, interpréter ce qu'il fait et ce qu'il ressent selon une catégorie, est une violence faite au singulier, la plus forte qui soit. C'est le pousser vers das Grenzland zwischen Einsamkeit und Gemeinschaft (le territoire limitrophe entre la solitude et la communauté – l'expression est de Kafka), l'arrachant aussi bien à l'une qu'à l'autre.

Il en résulte une violence cognitive, propre au social, et qui consiste à traiter les gens par rapport à moi et à mes catégories et jamais dans leur singularité, leur soi propre. S'il est vrai toutefois, comme l'écrivait le philosophe Levinas, qu'est violente toute action où l'on agit comme si on était seul à agir. Par construction, le problème vient des autres, en l'occurrence de ceux qui ont un handicap mental : il leur manque certaines habiletés, ils sont solitaires et abandonnés, ils ont des comportements bizarres, etc. Il est un groupe de gens à Ainay-le-Château qui approchent le malade comme une personne singulière, essaient de comprendre et de reconstituer son histoire et lui prêtent de l'affectivité. Mais un groupe fort peu nombreux. La plupart cherchent un sanctuaire psychologique et social dans les représentations qu'ils créent et les catégories qu'ils partagent. On voit ainsi qu'au départ l'asile s'entrouvre et suspend les mesures d'enfermement des malades. En leur offrant l'occasion de rester dans un village et dans une famille, on leur promet le retour à la vie. Et pourtant, l'ethnographe Chiva en a fait la remarque, chaque maison les enferme d'une manière différente et devient une sorte d'asile. Voilà qui multiplie par dix ou cent sur une petite échelle cela même qu'on ambitionne de faire disparaître sur une grande échelle. Denise Jodelet ne manque pas de noter combien le regard du « nourricier » sur le « pensionnaire » finit par ressembler à celui du médecin et de l'infirmier. À ceci près que les représentations et les catégories de l'un sont morales, tandis que les autres suivent une doctrine médicale. Qu'on le veuille ou non, un regard moral, donc social, est ressenti de manière plus douloureuse.

Dans la mesure où des initiatives analogues ont tendance à se multiplier de nos jours, pour d'autres malades ou handicapés, les observations relatées sont très précieuses. Certes, la grande ville, indifférente, anonyme, variable, n'est pas un milieu accueillant. Sa tolérance est plutôt le fruit de l'effritement des convictions, des relations fugaces où les personnes deviennent indiscernables. Mais le village, pas plus que la famille, n'est tolérant, ni libre par nature. On y accepte difficilement un nouveau venu, même si c'est un gendre ou une bru, et les

connivences, les hostilités alimentent une suspicion permanente qui n'encourage pas la compréhension, le souci d'autrui. La psychologie sociale nous aide à comprendre ce qui se passe à Ainay-le-Château et qui a une valeur générale. Mieux vaut en avoir conscience, même si ces questions dérangent les bonnes volontés morales et les intentions politiques. Il est temps de conclure ces remarques en disant que nous sommes ici en présence d'un livre captivant dont le leitmotiv est l'altérité. Chacune de ses analyses sur les liens que noue la folie, sur les relations aux malades, nous touche au plus près. De séduisantes meurtrières s'ouvrent sur le racisme, le rapport à l'étranger et la violence cognitive en profondeur. Ce ne sont pas toujours des analyses réjouissantes, mais la situation dans laquelle des hommes se sont trouvés et se trouvent est exposée avec un talent indéniable. On ne lit pas l'ouvrage de Denise Jodelet sans avoir envie de le relire.

Serge Moscovici.

FOLIES ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES

INTRODUCTION

« Peut-être une seule collectivité, à condition d'être totalement comprise, révélerait-elle l'essence de toutes les collectivités. »

R. Aron,
L'opium des intellectuels, 1955, p. 149.

[Retour au sommaire](#)

La transformation des politiques psychiatriques ouvre les portes de l'asile, situation sociale qui bouleverse des habitudes mentales forgées de longue date. Le fou, jusqu'alors relégué aux franges de la collectivité, réinvestit son cœur. Mais qu'advient-il des préventions qui trouvaient leur compte à son enfermement ? Passons-nous, sans autre forme de procès, de l'état de « société anthropoémique » qui le rejette, le vomit, hors de ses frontières, à l'état de « société anthropophagique » qui l'absorbe, pour reprendre une image lévi-straussienne ? Ne se produit-il pas des phénomènes qui déplacent la rigueur du rapport social à la folie du niveau institutionnel à un autre : celui du contact direct et des représentations qu'il mobilise ? Le décret du politique va-t-il avoir aussi facilement raison des barrières symboliques qu'il en a des barrières matérielles ? Il se pourrait que, comme cela se voit dans bien des cas, les mesures de la libéralité et du droit, bénéfiques dans leur principe, ne soient pas appliquées impunément, car la sensibilité sociale n'obéit pas à la même logique et risque de donner au rapport vécu à l'altérité les couleurs de la déraison.

Ce questionnement sous-tend l'histoire que ce livre donne à voir. Une histoire qui remonte jusqu'au début de ce siècle et se passe, au centre de la France, autour d'une institution psychiatrique ouverte, pratiquant le placement familial de malades mentaux. Ce que l'on appelle une Colonie familiale. Cette histoire file ce qu'il arrive, aux plans mental, psychologique et social, lorsque les fous font retour dans le tissu social.

Que voyons-nous ? D'un côté les gens du pays, gens de tous métiers, citoyens en bonne et due forme. Ils se disent des civils. Ce pourrait être vous ou moi. De l'autre, les bredins, les fous dans le parler ancien de cette région de France. Ils ont beau vivre en liberté et de plain-pied dans la communauté rurale que chapeaute la Colonie familiale, ils sont dits des *non-civils* : marqués par leur appartenance psychiatrique, ils sont autres. Ainsi en est-il chaque fois qu'une différence (fût-elle d'origine nationale ou ethnique, de couleur ou de race, ou simplement de langue et de coutumes de vie) fait basculer dans l'altérité aux yeux de ceux qui trouvent dans leurs racines territoriales ou culturelles des raisons de nature à rester entre soi. Tant il est vrai qu'une parenté profonde existe entre toutes les situations où se confrontent des groupes différents.

Cette parenté conduit à se demander si n'existent pas des processus communs à la base de ces mises à distance dont les ressorts sont toujours tendus si minimes que soient les risques de rapprochement ; si ces processus ne tiennent pas tout autant qu'à des facteurs d'ordre politique, économique ou social, à des représentations de ce qu'est et fait l'altérité. D'où la recherche à partir de laquelle fut reconstruite l'histoire de la vie et des représentations d'un groupe confronté à la folie.

Trois questions en une

Trois veines de préoccupation en formèrent la trame : comment fonctionnent les représentations dans une confrontation de ce type ? Comment se fait l'accueil du malade mental dans la société ? Comment se construit le rapport à l'altérité ? À première vue hétérogènes, ces préoccupations convergent cependant vers un seul questionnement : en quoi les représentations sociales de la folie rendent-elles compte du rapport au malade mental, figure de l'altérité ? En étudiant ces représentations dans un contexte de rapport étroit avec des malades mentaux, on pouvait s'attendre à éclairer le statut, encore mal cerné, que la société accorde à ces derniers, comme à découvrir quelque chose de ce que nous faisons de l'autre.

Aborder de front ces trois ordres de phénomènes n'a pas encore été tenté, même en psychologie sociale. C'est pourtant nécessaire. Voyons pourquoi en les prenant à rebours.

► 1 / L'altérité d'abord. Elle interroge notre temps. Altérité de l'ailleurs – celle de pays, de peuples dont la découverte renouvelle notre savoir sur l'homme et

questionne l'image que nous avons de nous. Altérité du dedans : celle de groupes, de gens que dessinent, sans laisser de nous surprendre par leur façon sournoise ou violente, les lignes du partage social.

C'est le rapport à l'altérité du dedans qui nous retient ici. Rapport de groupe à groupe, de corps à corps. On fait souvent équivaloir ce rapport à un simple rapport de différence que l'on explique de deux manières. Soit en ramenant les relations à l'autre, groupe ou membre d'un groupe, à une activité de différenciation, dont rendrait raison une tendance naturelle et sociale poussant à distinguer le soi du reste. L'autre, dès lors, n'est que la forme vide de l'assomption identitaire. Soit en faisant appel à des traits psychologiques, telle la personnalité autoritaire, par exemple, ou à des attitudes sociales comme la tolérance ou l'intolérance pour rendre compte des avatars de ces relations. Ces manières d'autocentrisme enlèvent à l'autre toute épaisseur de vie et, surtout, ne permettent pas de comprendre ce que l'on fait à cette vie. Or il semble bien qu'existent des processus sociaux de mise en altérité par lesquels ce qui n'est pas moi ou des miens est construit en une négativité concrète. Ce qui appelle deux questions : d'où vient que, malgré les similitudes de genre et les assimilations de fait, l'autre soit posé et demeure tel pour nous ? Que résulte-t-il de ce qu'il nous paraisse tel ? La réponse à ces questions passe par l'examen de la façon dont se construit cette négativité. Et cette construction, image dont les contenus sont étroitement soudés à des pratiques sociales, image qui va permettre, dans l'interaction sociale, le jeu de la différenciation et le travail de l'aliénation, relève du domaine d'étude des représentations sociales, constitutives de notre relation au monde social.

Mais continuons. Si l'autre ne se réduit pas à un support vide qui permet de poser son identité, alors l'altérité ne peut s'étudier « en général ». La construction de la négativité est toujours spécifiée quand bien même on se doute que les processus de la mise en altérité sont généraux, s'étayant sur des ressorts psychologiques et sociaux invariants. Repérable à propos de tout et n'importe quel autre, la mise en altérité sera d'autant plus instructive à étudier qu'elle nous fera rester à l'intérieur de notre société et concernera un cas où ne priment pas les signes de la différence culturelle, raciale ou sociale. Le fou est de ce point de vue une figure privilégiée. Là ne réside pas néanmoins le seul motif à le choisir comme objet de recherche.

► 2 / Il manque encore de grands pans à l'approche du destin social du malade mental. On a beaucoup écrit autour de ce dernier, sans savoir grand-chose sur le sort que le public, la société civile lui réservent. Les descriptions en abondent, la compréhension en est maigre. Et la psychologie des représentations sociales a son mot à dire sur ce chapitre.

Depuis plus de vingt ans que la recherche s'intéresse à la perception et aux attitudes concernant les malades mentaux¹, ses résultats ne sont en effet ni concluants, ni cohérents. L'analyse de l'institution psychiatrique s'est faite de plus en plus fine et percutante dans la ligne ouverte par Foucault (1961) et Goffman (1961). Pas celle de la réponse du public. L'état du champ n'a guère changé par rapport à celui que Dufrancatel brossait en 1968 : mesure des conceptions naïves à l'aune du savoir psychiatrique qui cherche ainsi sa propre légitimation ; obsession méthodologique qui ne questionne pas les présupposés du chercheur ; vide quant à l'examen des représentations sociales de la maladie mentale. Quelques déplacements d'accent sont cependant à noter, notamment le déclin d'une vue interactionniste qui ramène la définition du pathologique à la déviance et le rejet du malade mental à un processus d'étiquetage. On porte plus d'attention à la lecture symptomale du comportement des malades mentaux, aux cas de coexistence effective avec ces derniers.

Cette perspective moins symboliste, plus « objectiviste », peut paraître comme le pendant de celle qui a porté l'accent sur les contraintes institutionnelles moulant la carrière du patient psychiatisé. Mais elle ne va pas dans le même sens. À l'inverse de ce qui se passe pour le pouvoir psychiatrique, dont la contestation a produit une mise en cause du fonctionnement de ses institutions et de son personnel, elle fait passer d'une méfiance sceptique à l'égard du public à une sérénité d'autruche².

En effet, pour la plupart, les recherches menées sur les positions du public à l'égard des malades mentaux avaient multiplié les témoignages sur ses préventions, son potentiel de rejet, sa résistance à des campagnes d'information. On critique aujourd'hui ces résultats de plusieurs points de vue. D'une part, on met en question la validité des tentatives faites pour analyser et modifier les attitudes. Non seulement elles ne seraient ni fiables, ni efficaces, mais elles entraîneraient des effets opposés à ceux attendus en accentuant la conscience de cas extrêmes qui éveillent des réactions de peur et de refus. D'autre part, on souligne le rôle préjudiciable de l'officialisation médicale qui serait à la source de rejets inexistant sans elle. La psychiatisation induirait des réponses négatives que démentent les pratiques spontanées dans l'univers quotidien. Face à quoi on préconise la politique du fait accompli : mettre le malade mental dans le monde social, attendre et voir ; ça se passera mieux que l'alarmisme des années 60 ne le laissait prévoir.

¹ La littérature dans ce domaine est trop abondante pour que nous chargions cette introduction de références qui ont par ailleurs fait l'objet de revues de questions exhaustives (Dufrancatel, 1968 ; Le Cerf et Sébille, 1975 ; Rabkin, 1979 ; Dulac, 1986). Nous n'avons retenu dans notre bibliographie que quelques auteurs représentatifs des tendances les plus spécifiques de la recherche, au cours des vingt dernières années.

² Un numéro spécial de *Psychologie médicale* (15), paru en 1983 et présentant les communications d'un symposium international sur les attitudes sur la maladie mentale, est illustratif de l'ambiguïté actuelle de l'analyse des réactions sociales à la maladie mentale.

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

À l'observer de plus près, ce changement d'optique va au-delà du simple enregistrement des retombées d'une nouvelle politique qui remplace le malade mental dans le tissu social. Il correspond à un changement de paradigme dans l'approche des relations intergroupes : l'attention se déplace des attitudes vers les comportements, partie en raison de l'échec des recherches à montrer l'incidence des premières sur les seconds. Nous illustrerons ce changement de paradigme à partir de deux expériences célèbres dans ce domaine : celle de Griffin (1961) et celle de Lapière (1937). Le premier, en se noircissant la peau, démontra le caractère systématique et conventionnel de la « ligne de couleur » et des attitudes racistes dans le sud des États-Unis. Longtemps son récit alimenta le pessimisme sur les préjugés raciaux. On préfère actuellement penser, avec le second, que les comportements sont plus positifs que les attitudes. Lapière, en effet, réussit à se faire accepter avec un couple de Chinois dans 250 hôtels et restaurants dont les propriétaires, ayant eu auparavant à répondre à un questionnaire d'attitude, affirmèrent dans 92 %, des cas qu'ils refuseraient l'entrée de leur établissement à un Chinois.

C'est ce qu'il convient de faire, semble-t-on penser, avec les malades mentaux. Les programmes de santé mentale vont entraîner *de facto* une modification au sein de la population (Katschnig, Berner, 1983), comme le prouvent les résultats obtenus dans des villes canadiennes que les recherches des Cumming avaient rendues célèbres en 1959, en raison de leur négativité à l'égard de la folie et leur résistance au changement (Wattie, 1983). Et pourtant, bien des questions restent entières. On peut en juger, entre autres exemples, par le décours de l'expérience italienne de fermeture des hôpitaux psychiatriques, à la suite de la réforme de 1978 qui, inspirée par la réflexion de Basaglia, fut portée par un fort courant populaire. Il n'a pas fallu plus de deux ans pour qu'augmentent la peur du fou et sa « démonisation » ; pour que se développent dans les familles un sentiment de « victimisation » et une demande de protection. Et, malgré un meilleur niveau d'information et une plus grande sensibilité de l'opinion, on note aujourd'hui une baisse notoire de l'attention compréhensive portée aux malades mentaux (Bertolini, 1983). Le bilan des recherches menées outre-Atlantique confirme une telle tendance (Dulac, 1986). On observe que si, depuis vingt ans, la qualité des connaissances sur la maladie mentale et la finesse d'appréciation des symptômes se sont améliorées, l'image du malade mental est, elle, de plus en plus associée à l'idée de dangerosité. De même, si l'expression d'une distance sociale diminue, ce phénomène s'accompagne d'une tendance croissante à éviter le contact des malades mentaux. Les tentatives de réinsertion sociale des patients « désinstitutionnalisés » révèlent que les communautés manifestent une grande résistance quand ces

derniers font nombre. Une saturation rapide du milieu social entraîne leur concentration dans des zones réservées ou progressivement isolées.

Pour rendre compte de ces contradictions, il faut aller plus loin dans l'analyse de la réponse publique au contact avec des malades mentaux. Comme nous le verrons, en appeler à des attitudes telles que la tolérance ou l'intolérance ne touche pas le fond du problème et s'en tenir à l'acceptation formelle de la présence des fous sur la scène sociale est une manière de l'escamoter. Les auteurs qui prônent le fait accompli de cette coprésence ne l'ignorent pas. Ils ont plutôt l'air de formuler une *self-fulfilling prophecy*, attendant que ce qui est nié n'existe pas ou que, à passer outre, les préventions, résidus de croyances périmées, s'éteindront d'elles-mêmes. Nous aurons l'occasion de montrer qu'il n'en est rien. Au contraire, l'évolution du régime et de la thérapeutique psychiatriques pourrait bien susciter des réponses sociales et réactiver des visions de la folie à travers lesquelles se mettent en scène et en acte la peur d'une altérité et la défense d'une intégrité. D'où l'importance d'explorer un espace encore peu banalisé du rapport à la folie : celui de ses dimensions idéelles et symboliques.

► 3 / La voie pour accéder à ces dimensions est l'étude des représentations sociales qui se rapportent à la folie et au fou. Celle-ci sera le pivot de notre démarche dans la mesure où nous y voyons la clé pour comprendre aussi bien les manières de traiter, placer socialement les malades mentaux que la construction de l'altérité. Point de vue qui se démarque des courants dominants dans l'étude du rapport société-folie.

En effet, jusqu'à présent, les représentations sociales de la maladie mentale ont été peu étudiées dans notre société. Elles sont rarement abordées de front ou dans la totalité de leurs aspects. Certes, on y renvoie dans des travaux historiques et ethnologiques sur les pratiques et savoirs populaires concernant la folie (Charuty, 1985), dans l'examen des institutions et agents qui la prennent en charge (Morvan, 1988), ou encore à propos de secteurs de la conduite qui en sont affectés (Giami *et al.*, 1983).

Mais il s'en faut que les représentations sociales reçoivent la place centrale qui leur revient dans l'effort pour comprendre l'approche sociale du malade mental. On sait pourtant que les masques et les figures de la folie ont peuplé l'imaginaire social au plus loin que l'on remonte dans l'histoire (Bastide, 1965), ne faisant qu'un avec les traitements que la société destine aux fous (Foucault, 1961). De même des recherches récentes montrent la cohérence des systèmes de représentation de la maladie mentale, à travers des cultures ou des sous-cultures différentes, comme leur articulation aux pratiques développées dans la vie quotidienne ou dans un cadre professionnel (Bellelli, 1987).

Cette situation du champ tient en partie à ce que l'attention des chercheurs s'est essentiellement portée sur le rôle des pratiques et idéologies psychiatriques dans le

contrôle de la déviance mentale. Une telle optique subordonne les représentations à la définition et au renvoi social des conduites illicites, au contrôle des antagonismes culturels et sociaux. Se trouve ainsi minoré l'intérêt scientifique de la réponse d'un public dépossédé de ses modes de prise en charge traditionnels, effacé de la scène par l'intervention du pouvoir médical auquel il s'en remet. Désormais, les changements institutionnels et thérapeutiques redonnent à cette réponse son poids social en ce qu'elle va régir la position des malades hors des espaces officiels de sa relégation. De plus, si l'on a cherché à montrer comment les critères d'exclusion du fou se forment en relation avec les luttes et les fractures du corps social, on ne s'est guère interrogé sur les conflits que peut y faire naître la présence de gens imputés de déviance par leur psychiatisation.. Conflits tout aussi décisifs pour le destin du malade mental et qui nous font toucher ce « niveau profond » de la « vie intime » et des « drames » de la société assurant « l'accès aux rapports réels les plus fondamentaux et aux pratiques révélatrices de la dynamique du système social » (Balandier, 1971, p. 6-7).

Cette situation s'explique aussi par le fait que les représentations sociales n'ont pas toujours été reconnues comme un objet scientifique légitime, pour deux raisons. Soit que l'on y vit des phénomènes secondaires, retombées ou reflets de processus sociaux, économiques, idéologiques, etc., jugés décisifs ; soit que l'on manquât d'instruments d'analyse pour dépasser le niveau de la simple description d'images expressives d'attitudes culturelles. C'était ignorer les apports du domaine d'étude des représentations sociales, ouvert en psychologie sociale par Moscovici (1961) et qui trouve un écho concordant dans d'autres disciplines psychologiques et sociales comme en témoigne, entre autres, un ouvrage collectif (Jodelet, 1989) donnant une vue de la portée de la notion reprise de Durkheim et des travaux accumulés depuis une vingtaine d'années. Désormais, l'étude de la production et de l'efficace des représentations dans une totalité sociale ne fait plus de doute, ni dans son importance, ni dans sa faisabilité. Il suffit de définir avec soin les formes de sa mise en œuvre empirique.

Notre démarche va dans ce sens. Elle se situe dans la ligne tracée par Moscovici dans sa recherche sur la représentation de la psychanalyse, centrée sur la façon dont les représentations sociales, en tant que « théories », socialement créées et opérantes, ont affaire avec la construction de la réalité quotidienne, les conduites et communications qui s'y développent, comme avec la vie et l'expression des groupes au sein desquels elles sont élaborées. Cette démarche suit un « parti », au sens où cela se dit d'un projet architectural, en regardant surtout du côté d'une psychosociologie de la connaissance, ce qui est en prise avec l'optique développée par Moscovici. Elle s'attachera spécifiquement à l'examen d'une théorie naïve de ce que sont folie et fou, comme à l'analyse de sa formation et de son intervention dans un contexte social défini. Ce parti s'impose à deux titres.

En premier lieu, l'importance existentielle de la maladie mentale appelle des supputations sur sa nature, ses causes, ses conséquences pour l'individu et son

entourage. Or, en matière de connaissance sur cette affection, il n'y a pas vraiment de « noyau dur », ni de positions homogènes dans le domaine scientifique et médical. Penser, statuer, opiner sur elle, renvoie donc souvent à une construction sociale autonome où le savoir savant et légitime n'a pas grand mot à dire, malgré les emprunts qu'ont favorisés, depuis le XIX^e siècle, la médicalisation et l'institutionnalisation de la folie. De plus, l'état flou et conflictuel du champ psychiatrique ne fournit pas au public matière à sécurisation, ce qui va aussi faciliter la prolifération ou le maintien de savoirs de sens commun singuliers. De ce point de vue, la maladie mentale est un objet idéal pour étudier la pensée sociale et son fonctionnement.

En second lieu, ces élaborations sur la maladie mentale, pour être spontanées et situées en écart du savoir savant, ne se font pas dans le vide social et de manière arbitraire. Relatives à un objet dont la pertinence est vitale dans le champ des interactions sociales, elles ont une base sociale, une portée pratique et présentent les propriétés d'une véritable connaissance qui dit quelque chose sur l'état de notre monde environnant et guide notre action sur lui. Il faut donc les étudier comme des connaissances sociales et rendre compte de leur liaison aux comportements des individus et des groupes. Exigence que conforte pleinement la critique adressée aux recherches sur les attitudes relatives à la maladie mentale. Autant fut contestée la validité de celles où les catégories de l'approche psychiatrique ont été reprises et imposées au public en négligeant ses propres catégories ; autant aujourd'hui, reconnaissant que les attitudes évaluatives reposent sur des représentations et des croyances partagées, cherche-t-on dans les dimensions cognitives de la réponse sociale, liées à des facteurs historiques et socio-écologiques, la raison des pratiques collectives.

Aussi bien notre démarche suivra-t-elle un double mouvement, visant d'une part à isoler les conceptions qui orientent le rapport entretenu avec les malades mentaux, d'autre part à préciser comment le contexte dans lequel ce rapport est noué, concourt à l'élaboration de ces conceptions. En un mot, il s'agira de prendre les représentations en tant que production, expression et instrument d'un groupe dans sa relation à l'altérité. Ainsi se fermera la boucle entre nos trois questions puisque les représentations de la folie vont aider à comprendre la construction de l'altérité du malade mental et qu'en retour l'examen d'une situation concrète de contact avec les fous va éclairer la façon dont se forment et fonctionnent ces représentations.

Représentation, connaissance et pratique sociale

Appliquer le parti d'une psychosociologie de la connaissance à l'approche des relations d'une communauté à ses autres ne revient pas à adopter un point de vue résolument « rationnel », intellectualiste, au détriment de la saisie d'autres dimensions, institutionnelles, symboliques, axiologiques, affectives, notamment. Au contraire, c'est tenter de cerner, dans leur globalité, les processus qui lient la

vie des groupes à l'idéation sociale, en déployant les propriétés de la notion de représentation, devenue une notion clé dans l'explication du fonctionnement psychique et social, de l'action individuelle et collective. On ne peut manquer, ce faisant, d'établir des ponts entre des traditions de recherche qui ont développé la notion de manière parallèle, sans véritablement converger – en tout cas pas encore s'agissant de la compréhension d'un milieu social concret.

En effet, l'importance de la représentation est reconnue, depuis plus d'une décennie, dans tous les territoires des sciences humaines. Mais de la psychologie aux sciences sociales, la notion est prise dans des acceptions assez différentes pour laisser penser à son éclatement ou à sa dilution. Tirant les phénomènes qu'elle recouvre du côté des processus intrapsychiques ou des productions mentales sociales, de la cognition ou de l'idéologie, du comportement privé ou de l'action publique, on en formule bien des conceptions et des problématiques. Cependant, il reste un terrain d'entente entre ces tendances : la reconnaissance de la pertinence et de l'efficacité des représentations dans le processus d'élaboration des conduites. Et comme je l'ai tenté ailleurs (Jodelet, 1985), il est possible de trouver, d'un champ à l'autre, des parentés et des complémentarités ouvrant la voie à une approche unitaire dont l'élaboration revient sans doute à la psychologie sociale, discipline située à l'interface du psychologique et du social, de l'individuel et du collectif. Il lui revient, en particulier, de surmonter un double écueil : penser le social comme du cognitif et les propriétés de la cognition comme quelque chose de social, penser la part affective de la pensée sociale.

Si l'on confronte les acquis de la recherche dans les différentes disciplines, on observe que, ici ou là, certaines propriétés de la représentation sont fermement établies, mais qu'elles le sont toujours incomplètement. On a beau s'accorder sur le fait que la représentation est une forme de connaissance, on a quelque mal à en rendre compte dans sa plénitude conceptuelle, c'est-à-dire en tant qu'elle est reliée, comme phénomène psychologique et cognitif, à la dynamique et à l'énergétique des interactions sociales. Rapidement ébauchés, quelques indices de cet état du champ d'étude des représentations.

Si la psychologie cognitive a mis en évidence les propriétés structurales de la représentation, la dominance des modèles basés sur le traitement de l'information et l'étude computationnelle de l'intelligence artificielle y a produit ou renforcé une conception du processus mental, coupé d'avec le lien social, et sa base psychique et corporelle. S'appuyant sur la représentation du savoir dans un ordinateur, on conçoit la connaissance comme modélisation de certains aspects, traits, relations du monde représenté. Ce savoir est analysé en tant que *structure* – en distinguant ses contenus et ses formes (le savoir déclaratif) et ses opérations (le savoir procédural) – dont le stockage met en relief l'importance de la *mémoire*. Pour importante qu'elle soit, cette formalisation, subordonnant l'analyse psychologique aux contraintes de l'informatique, est amenée à négliger plusieurs aspects de la représentation.

L'aspect symbolique, d'abord. On étudie la connaissance sans préjuger de sa correspondance avec une quelconque réalité (Mandler, 1983) et sans tirer les implications du fait que la représentation « tient lieu de » et signifie un aspect du monde, à soi-même ou aux autres. Négligeant les fonctions référentielle et communicative de la représentation, on aboutit à une formalisation hypothétique où l'intra-mental est fermé sur lui-même. Or, comme il ressort de l'examen des formulations les plus connues de cette perspective (par exemple, Minski, 1977 ; Schank et Abelson, 1977), faute d'avoir intégré la propriété symbolique dans le modèle théorique, on doit la réintroduire pour rendre compte du fonctionnement cognitif en situation réelle. Les structures postulées (*frames, scripts, etc.*) ne peuvent être appliquées qu'en s'aidant du langage, de l'expérience et des savoirs partagés dans une même culture. Ce que confirment d'autres auteurs traitant du savoir sur le monde et des conceptualisations portées par le langage (par exemple, Johnson-Laird et Wason, 1977 ; Miller, 1978). Cela suffit à souligner la nécessité d'inclure la dimension sociale et la communication dans tout modèle de la connaissance. Si, complémentaiement, on regarde du côté des travaux analysant les conditions de la compréhension et de l'échange linguistique (par exemple, Clark et Haviland, 1974 ; Flahaut, 1978 ; Grice, 1975 ; Searle, 1983), on y voit postuler un médium collectif (arrière-fond culturel, savoir tacite, conventions, etc.) et ce qui, dans la représentation, est social. Il serait temps de le traiter comme tel, corrigeant ainsi l'insuffisance soulignée par Cicourel : « Le problème de la signification tel qu'il est abordé en philosophie, en linguistique, en psychologie et en anthropologie modernes, ne met pas en évidence le fait que la connaissance est socialement dispensée » (1973, p. 77).

Ce n'est pas tout. Cette sorte d'isolationnisme cognitif, focalisé sur *ce qui est connu* et *comment c'est connu*, ne dit rien de *celui qui sait* et *d'où il sait*. Partant, on élimine la fonction expressive de la représentation et sa relation à la vie affective et émotionnelle, grave écueil souligné d'abondance dans la littérature scientifique. On ne s'intéresse guère non plus à l'action et son support, le corps. La base motrice, posturale et imitative de la représentation a pourtant été mise en évidence à propos du fonctionnement cognitif et de son développement (Bruner, 1966 ; Jodelet, 1979 ; Piaget, 1950, 1962 ; Wallon, 1942). Ces omissions ne permettent pas de rendre compte du rôle du lien social dans la formation des connaissances, des investissements affectifs dans l'organisation cognitive et du soubassement pulsionnel dans l'émergence du sémiotique (Green, 1984). Elles auront pour conséquence la difficulté à traiter du rapport entre représentation et pratique et de l'articulation de la pensée à l'ordre du désir et des affects négatifs. Ce que la psychosociologie est en mesure de faire dans une perspective clinique inspirée de la psychanalyse, le travail de Kaës (1976, 1980) en est un exemple. Et il ne faut pas oublier que Durkheim avait déjà insisté sur l'importance de l'ancrage corporel des représentations individuelles et collectives, sa liaison avec les émotions, avec les phénomènes de mémoire sociale – dont ni la psychologie cognitive, ni les neurosciences ne peuvent rendre compte (Changeux, 1984) –, ainsi qu'avec les habitudes et ritualisations sociales.

Enfin, la perspective cognitiviste a conduit à dissocier représentation cognitive et représentation sociale, sous l'espèce d'une double opposition. Celle entre processus qui renvoient uniquement à des mécanismes intra-individuels, et contenus qui seraient la marque distinctive du social, avec l'affirmation d'une préséance scientifique de l'étude des processus, étant donné la variabilité culturelle et historique des contenus (Codol, 1984 ; Denis, 1976, entre autres). Dans le second cas, le cognitif est opposé à l'idéologique dont la représentation sociale serait la forme empirique. On va jusqu'à affirmer, alors, le caractère secondaire de la composante cognitive de cette dernière, voire le danger d'autonomisation et de réduction que comporte sa prise en compte (Robert et Faugeron, 1978 ; Ramognino, 1984). Correspondant à des visions différentes de la place de l'individu et du social dans la production des représentations, cette dissociation manque à saisir la spécificité des phénomènes représentatifs eu égard à l'idéologie (Jodelet, 1985) et ne peut rendre compte ni du marquage social du cognitif, ni des conditions cognitives du fonctionnement idéologique.

Cette dernière remarque s'applique en partie au traitement de la représentation dans les sciences sociales. Les courants récents de l'anthropologie, l'histoire, la sociologie (voir notamment : Augé, 1979 ; Bourdieu, 1982 ; Duby, 1978 ; Faye, 1973 ; Godelier, 1984 ; Héritier, 1979 ; Michelat, 1977) reconnaissent à la représentation un statut originaire dans la constitution des ordres et des rapports sociaux, l'orientation des comportements collectifs et la transformation du monde social. Mais on y observe, à quelques exceptions près (Sperber, 1982 ; Douglas, 1986), une tendance à minorer les aspects proprement cognitifs de la représentation au profit de ses aspects sémantiques, symboliques et idéologiques, ou des propriétés performantes des discours qui la portent.

Il faut insister sur la contribution décisive que constitue, dans ces courants de recherche, la démonstration de l'étroite intrication entre les productions mentales et les dimensions matérielles et fonctionnelles de la vie des groupes. Cette contribution réside surtout dans : *a* / le dépassement de la hiérarchisation des niveaux de la structure sociale et du déterminisme linéaire de l'ordre de la pensée par ses conditions infrastructurelles ; *b* / l'éclaircissement de la place des représentations dans les pratiques sociales qui particularisent, au sein de chaque formation sociale, la mise en œuvre ou la transformation d'une organisation structurale. Ce qui renouvelle l'approche de la production sociale des connaissances et de leur rapport aux pratiques. Cependant, même si, dans tous les cas, l'on fait des représentations, des « connaissances », « théories », « versions », « visions » de la réalité, servant aux individus et aux groupes pour interpréter et maîtriser cette dernière, la légitimer ou en invalider l'ordre et la place qu'ils y occupent ; même si l'on y voit des phénomènes ayant une efficacité propre dans l'institution et le devenir des sociétés, il reste que les représentations n'étant pas l'objet central de ces théorisations, leur statut en tant que « formes cognitives » n'est pas élucidé. Ces connaissances sont vues comme des contenus dont l'opérativité est rapportée à des processus qui leur sont extérieurs : logique

discursive assurant leur mise en « acceptabilité » dans l'échange social (Faye), « idéo-logique » définissant simultanément l'ordre intellectuel et l'ordre social » (Augé), « magie performative » des énoncés que légitiment la cohésion et la dynamique des groupes (Bourdieu), etc. On ne s'interroge pas sur les propriétés cognitives de ces contenus qui, socialement générées, favorisent leur adoption dans une collectivité et leur intervention dans la totalité sociale.

Néanmoins, dans la manière de faire fonctionner les représentations dans cette totalité, nous sommes renvoyés à ces propriétés cognitives. Essentiellement à travers la notion de *structure*. On y réfère à des « structures formelles » dans les narrations sociales (Faye), des « schèmes organisateurs » au cœur des pratiques, matérielles et discursives (Godelier), des « schèmes constitutifs » dont certains sont « universaux » articulant les registres pratique, symbolique et idéologique (Augé, Héritier). Duby, à propos de l'imaginaire du féodalisme, a élaboré ce rôle de la représentation, « membrure », « structure latente », « image simple » de l'organisation sociale assurant le passage entre les systèmes spéculatifs et les idéologies. Nous voyons là, comme dans l'importance conférée au langage et à la circulation des discours, la condition pour que sciences sociales et psychologie cognitive se rejoignent par le canal de la psychologie sociale.

Cette dernière en effet, avec le courant d'étude des représentations sociales, donne les moyens de penser sans contradiction la représentation – non seulement comme contenu mais aussi comme structure et forme cognitive, expressive des sujets qui la construisent –, dans sa liaison aux processus symboliques et idéologiques, à la dynamique et à l'énergétique sociale. C'est ce que nous tenterons de réaliser en faisant travailler la notion dans une totalité sociale concrète où se noue une relation à l'altérité. Nous regarderons comment ses membres vont, en fonction de leur position, des investissements et passions qui y sont mobilisés, mettre en relation les différents registres de la vie collective dans une construction socialement marquée et permettant de gérer le contact à l'altérité. Entreprise qui réclame de tirer parti des implications de la recherche sur les représentations sociales et de dépasser certaines difficultés sur lesquelles elle achoppe encore. Nous en dégagerons les principales, sans entrer dans le détail des tendances et travaux qui font maintenant l'objet de nombreuses présentations (parmi les plus récentes, citons : Doise et Palmonari, 1986 ; Farr, 1984, 1987 ; Farr et Moscovici, 1984 ; Herzlich, 1972 ; Jodelet, 1984, 1989 ; Moscovici, 1976, 1981, 1982, 1984).

Nous trouvons dans le modèle séminal de Moscovici des éléments qui, corroborés à divers titres dans le champ nouvellement développé autour des représentations sociales, en constituent des acquis irréfutables. En particulier, le rôle de ces phénomènes dans l'institution d'une réalité consensuelle et leur fonction socio-cognitive dans l'intégration de la nouveauté, l'orientation des communications et des conduites. Le fait que les représentations peuvent être étudiées de deux manières. Globalement, lorsque l'on s'attache aux positions émises par des sujets sociaux (individus ou groupes), à propos d'objets socialement

valorisés ou conflictuels, elles seront traitées comme des *champs structurés*, c'est-à-dire des contenus dont les dimensions (informations, valeurs, croyances, opinions, images, etc.) sont cordonnées par un principe organisateur (attitude, normes, schèmes culturels, structure cognitive, etc.). De façon focalisée, lorsque l'on s'y attache au titre de modalité de connaissance, elles seront traitées comme *noyaux structurants*, c'est-à-dire structures de savoir organisant l'ensemble des significations relatives à l'objet connu. La première optique a rencontré un écho dans nombre d'enquêtes en milieu réel. La seconde s'est révélée être un paradigme à haute valeur de généralité et d'usage du point de vue de l'étude de la pensée sociale en laboratoire et sur le terrain. Elle a permis de mettre en évidence les processus constitutifs de la représentation et de dégager ses formes et effets spécifiques en tant qu'organisation cognitive.

Les processus constitutifs, l'objectivation et l'ancrage, ont trait à la formation et au fonctionnement de la représentation sociale dont ils rendent compte à partir de ses conditions d'émergence et de circulation, à savoir les interactions et les communications sociales. Voulant surtout insister sur le fait qu'ils donnent le moyen de penser l'intervention du social dans l'élaboration cognitive, nous n'en mentionnerons que les moments qui sont exposés en détail dans les présentations précédemment citées. L'objectivation rend compte de la représentation comme *construction sélective, schématisation structurante, naturalisation*, c'est-à-dire comme ensemble cognitif retenant, parmi les informations du monde extérieur, un nombre limité d'éléments liés par des relations qui en font une structure organisant le champ de représentation et recevant un statut de réalité objective. L'ancrage, comme *enracinement dans le système de pensée, assignation de sens, instrumentalisation du savoir*, rend compte de la façon dont des informations nouvelles sont intégrées et transformées dans l'ensemble des connaissances socialement établies et dans le réseau de significations socialement disponibles pour interpréter le réel, puis y sont ensuite réincorporées en qualité de catégories servant de guide de compréhension et d'action. Deux points sont à souligner ici. Cette analyse permet de décrire l'état structurel de la représentation, non comme une organisation hypothétique obéissant à un modèle empiriste et mécaniste du traitement de l'information, ainsi que le propose la psychologie cognitive, mais comme le résultat d'une interaction entre les données de l'expérience et les cadres sociaux de leur appréhension, de leur mémorisation. D'autre part, elle permet d'en reconstituer la genèse, et de trouver dans son origine et ses fonctions une loi d'organisation, progrès par rapport aux points de vue des sciences sociales qui dégagent, de leurs observations, des structures sans rendre raison de leurs termes particuliers – sauf à en appeler à des universaux de l'esprit, dupliqués dans les différents niveaux symboliques, ou à recourir aux modèles de la linguistique.

Dans ses efforts d'analyse, la psychologie sociale a avancé dans deux directions : en examinant les mécanismes sociaux qui président à la sélection des termes de la structure et en approfondissant les propriétés structurales de la représentation sociale. Dans le premier cas, pour rendre compte de l'accentuation

ou de l'occultation de certains caractères ou dimensions des objets représentés, divers auteurs ont étudié l'incidence des valeurs propres à un groupe social ou une culture, celle des contraintes normatives liées à la position occupée par les acteurs sociaux au sein d'un système institutionnel, ou encore celle des modèles collectifs permettant aux individus de donner sens à leur expérience sociale (voir notamment Chombart de Lauwe, 1971, 1984 ; Gilly, 1980 ; Herzlich, 1969 ; Kaes, 1968 ; Jodelet, 1984 ; Moscovici, 1961 ; Robert, Lambert et Faugeron, 1976). Dans le deuxième cas, des recherches de laboratoire ont mis en évidence certains aspects de la composition de cette structure, distinguant entre éléments centraux et périphériques de la représentation sociale pour étudier ses relations aux comportements et ses transformations (voir notamment Abrie, 1987 ; Flament, 1984, 1987).

Mais il faut constater que ces différentes recherches dont les progrès restent éclatés, ne permettent pas encore une vue unitaire pour théoriser les phénomènes représentatifs à l'œuvre dans la vie des groupes. On aura, notamment à regretter deux types de limitation. L'étude de la production représentative souffre, d'une part, d'une restriction du champ d'exploration dans la mesure où les recherches s'attachent à une liaison directe entre la position sociale des individus et leur construction cognitive à propos d'un secteur d'activité défini. Elle souffre, d'autre part, d'une difficulté à établir une liaison entre représentation et pratique dans la mesure où l'on s'attache presque exclusivement à la valeur expressive de la représentation eu égard au vécu des sujets, sans évaluer la portée de la construction cognitive en tant que définition de l'objet vis-à-vis duquel ces sujets se situent (Jodelet, 1985, 1987). L'étude structurale des représentations, malgré son plus grand degré de généralité et sa démonstration de l'incidence de certains éléments structuraux sur l'orientation de l'action, souffre de laisser dans l'ombre la question de la genèse de la représentation.

À l'intersection des divers points de vue sur lesquels a porté notre aperçu, trop partiel et succinct, se dessinent quelques pistes d'approfondissement. Nous nous y engagerons fixant l'attention sur certains problèmes nodaux. Saisir dans leur intrication les aspects cognitifs et expressifs d'une représentation partagée par un groupe, à propos d'un objet tel que la maladie mentale qui engage l'affectivité et l'identité de chacun. Examiner la façon dont les conditions sociales, le langage et la communication interviennent dans la formation, le changement ou le maintien d'un système représentatif, en particulier dans la sélection et l'organisation des éléments qui en constituent l'armature. Cerner les conditions d'opérativité de cette structure dans l'établissement d'une vision consensuelle et l'orientation des comportements individuels et collectifs, en particulier les conditions cognitives requises pour rendre véritablement compte de l'efficace sociale des représentations et de leur articulation aux registres symbolique, axiologique et idéologique. À cet effet, nous traiterons les représentations comme une forme de pensée sociale dont la genèse, les propriétés et les fonctions doivent être rapportées aux processus qui affectent la vie et la communication sociales, aux mécanismes qui concourent à la définition

de l'identité et la spécificité des sujets sociaux, individus ou groupes, ainsi qu'à l'énergétique qui sous-tend les rapports que ces derniers entretiennent entre eux. Pour mettre en œuvre une telle perspective, unissant les approches psychologiques et sociales, il faut s'attacher à des contextes sociaux réels et adopter un point de vue pluridisciplinaire.

Un terrain, un regard, une méthode

Ceci a amené à rechercher un terrain d'étude qui permette de cerner les conditions d'émergence et de fonctionnement des représentations, leurs place et rôle dans la dynamique des interactions avec les malades mentaux. Répondant à une exigence qui concerne la validité de l'analyse du rapport social à la folie, autant que celle des représentations, nous avons choisi de travailler dans un contexte où soit effectivement réalisée une situation de coudoisement quotidien avec des malades mentaux. Parmi les situations existantes, nous avons choisi un cadre social géographiquement et institutionnellement circonscrit où toute une vie passée et présente de proximité avec ces derniers fonde représentations et pratique : la Colonie familiale d'Ainay-le-Château. Dans cette institution, plus de mille ressortissants d'un hôpital psychiatrique sont placés chez l'habitant, dans près de cinq cents foyers, répartis sur treize communes. Cette Colonie familiale est, avec celle de Dun-sur-Auron, le seul cas de ce genre en France et fait écho à celle de Gheel, en Belgique, dont l'expérience séculaire a servi d'exemple.

Ici et là, tout un système social s'est mis en place et fonctionne autour de la présence de malades mentaux, des avantages qu'elle procure et des inconvénients qu'elle crée. C'est ce qui donne à ce type de terrain toute sa valeur. La dissémination des malades mentaux dans l'espace social, leur intrication dans la vie locale, la variété de leurs contacts avec la population permettent d'observer, comme sous une loupe grossissante, des phénomènes qui se produisent de façon diffuse et parcellaire dans le cadre de notre vie quotidienne. De plus, une institution ancienne laisse observer des formes de coexistence avec la folie déjà cristallisées et rechercher comment elles se sont établies et pourquoi. De la sorte nous est offerte une possibilité rare de rapprocher notre démarche de celle d'autres sciences sociales.

Cette démarche s'est inspirée de certaines de leurs méthodes, nous le verrons. Leur regard, surtout le regard anthropologique, a éclairé bien des aspects de la réalité idéale et pratique que nous découvrons, illustrant ce que disait Sapir à propos de la « subtile interaction » entre « les systèmes d'idées qui ressortissent à la culture globale et ceux que se crée l'individu à la faveur de participations spéciales » : « Plus on examine cette interaction, plus on éprouve de difficulté à faire le départ entre la société unité culturelle et psychologique, et l'individu membre de la société dont il doit épouser la culture. Si l'on veut être réaliste, on ne devrait formuler aucun point de psychologie sociale dont les prémisses reposent sur l'opposition traditionnelle entre individus et société. Il convient presque

toujours d'envisager la nature exacte et les implications d'une constellation d'idées qui fait pendant au "modèle culturel" de l'anthropologie, d'établir les relations qu'elle entretient avec d'autres constellations, de voir comment elle se modifie à ses contacts, et enfin, par-dessus tout, de préciser exactement le lieu de cette constellation » (1967, p. 100-101). Et ce mouvement centrifuge vers les sciences sociales nous semble devoir s'accompagner d'un mouvement centripète vers la psychologie sociale. Toujours Sapir : « En choisissant d'examiner les problèmes pratiques du comportement et non pas les problèmes tout faits que nous offrent les spécialités classiques, nous débouchons dans le domaine de la psychologie sociale ; elle n'est pas plus sociale qu'individuelle ; elle est, ou devrait être, la science-matrice dont sont issus et les problèmes impersonnels et abstraits que formule l'anthropologie et les explorations indiscretes dans le vif du comportement humain qui constituent le travail du psychiatre » (*ibid.*, p. 94).

Ce vif du comportement humain quand il s'adresse au malade mental n'est pas toujours aisé à saisir. Et surtout, ce que l'on y découvre n'est pas chose facile à dire. Nous en avons fait l'expérience. Il nous semble que ceux qui ont approché à Gheel une situation similaire ont rencontré la même difficulté. Les résultats qui sont accessibles du grand projet de recherche conçu et animé par Léo Srole à partir de 1960¹ laissent pressentir une certaine gêne à dévoiler des réalités en décalage avec ce que l'on pouvait attendre d'une expérience d'accueil de malades mentaux qui repose sur une tradition religieuse remontant au Moyen Age. Ainsi bien des silences planent sous les miroitements rassurants des descriptions qui sont données de la vie publique *Des fous dans la ville* (Roosens, 1977). Nous y irons franchement, même s'il faut montrer comment une société civile devient totalitaire.

Notre souci, en explorant sur quatre ans une situation de proximité avec des malades mentaux, fut de dégager, à tous les paliers de la vie sociale, les formes que prend le rapport à la folie, les conditions de son acceptation, les représentations qui y sont liées. Nous avons ainsi parcouru une longue spirale, traversant l'histoire de l'institution, et menant des phénomènes repérables sur le théâtre de la scène publique aux processus qui régissent l'intégration des malades dans le tissu social et aux interactions qui s'établissent dans les espaces privés. Nous y avons chaque fois tenté d'articuler représentations et pratiques, cherchant les ressorts psychologiques et sociaux qui fondent les unes et les autres.

Ce projet a réclamé la mise en œuvre d'une méthodologie complexe, apparentée à celle d'une monographie de communauté et s'armant de procédures empruntées à l'ethnographie, l'histoire, la psychologie sociale et la sociologie. Les raisons théoriques de cette option, détaillées ailleurs (Jodelet, 1986), étaient de deux ordres. Dépasser certaines insuffisances généralement constatées dans les études de terrain sur les représentations sociales et qui affectent la fiabilité du

¹ « The Gheel Family Care Research Project » (Srole, 1963) qui a reçu l'aide de plusieurs fondations tant américaines que belges.

matériel recueilli et servant de base aux inférences. Rappelons quelques critiques formulées à propos, notamment, de l'enquête par questionnaire ou entretien : imposition à la population interrogée de la problématique, des préconceptions et des catégories du chercheur ; hypothèse de la transparence des discours ; clôture du discours coupé de son contexte de production et sans rapport avec les pratiques ; réponses de complaisance ou de désirabilité sociale ou encore rationalisations par rapport à des positions effectivement adoptées ; caractère intuitionniste des interprétations ; lecture du sens de type herméneutique sans maîtrise des mécanismes d'émergence des significations, etc. Pour éviter ces écueils, il était nécessaire de replacer les représentations, dans leur contexte d'émergence et de fonctionnement. D'autre part, nous voulions accéder à la totalité des phénomènes avec lesquels les représentations ont à voir (communications, base structurelle et institutionnelle des rapports sociaux, modèles culturels de comportement, pratiques matérielles et symboliques, systèmes idéologiques ...). De ce point de vue, l'étude monographique qui s'est avérée féconde en psychologie sociale (Arensherg, 1954 ; Redfield, 1955 ; Becker *et al.*, 1961 ; Goffmann, 1961, etc.), en ce qu'elle saisit dans sa globalité une communauté et définit un champ d'analyse exploré dans toutes ses dimensions, nous a paru, bien qu'elle soit tombée en désuétude, utile. Pour éviter l'accumulation d'observations qui risquent de faire basculer la monographie du côté de l'unique et du particulier, nous l'avons complétée par des approches permettant de dégager les mécanismes qui affectent la vie psychologique et sociale cristallisée autour d'une institution psychiatrique et de ses ressortissants. D'où le développement des phases et opérations de recherche que nous présentons rapidement.

► 1 / Une observation participante de la vie communautaire s'est poursuivie sur toute la durée de la campagne d'enquête afin de saisir les formes du contact établi avec les malades mentaux, en différents endroits et occasions : sur la scène publique (circulation dans les rues, cérémonies et fêtes locales ...) ; dans les lieux de fréquentation collective (commerces, cafés, église ...) ; dans les espaces privés où l'on accueille et fait travailler les malades. Cette immersion dans le milieu a permis un relevé exhaustif des comportements, collectifs et individuels, réservés aux malades mentaux, dans leur stabilité ou variation selon les différentes conditions de contact.

► 2 / Pour reconstituer l'histoire de l'institution, celle des réponses et conséquences que son développement a entraînées dans le milieu d'implantation, deux voies furent suivies. L'une consista dans l'analyse de la littérature portant sur la Colonie familiale depuis sa création et surtout dans le dépouillement systématique des rapports annuels adressés par ses médecins-directeurs à l'administration de tutelle, l'Assistance publique. L'autre s'attacha à recueillir le témoignage d'informateurs occupant une position clé à l'intérieur et à l'extérieur du périmètre de placement des malades (un folkloriste et historien de la région, des notables, édiles, responsables d'associations locales ...). Ceci a permis de dégager les facteurs qui ont favorisé l'acceptation locale du système, ceux qui ont entraîné

son refus ou sa condamnation, le travail psychologique que la communauté d'accueil a opéré sur elle-même pour surmonter les craintes ou conflits nés du contact avec la folie, les tensions qui ont marqué ses relations avec l'hôpital, les images associées au commerce des fous.

► 3 / L'organisation et le fonctionnement du système de placement des malades dans les familles, les conceptions que s'en font les différents acteurs furent étudiés en interrogeant un échantillon représentatif du personnel hospitalier, médical et para-médical. A été particulièrement précieuse la contribution des « infirmiers-visiteurs », chargés de la liaison entre l'hôpital, les malades et les « nourriciers » qui ont en charge leur hébergement et leur surveillance. Porteurs de la mémoire du groupe, témoins de l'expérience vécue dans la cohabitation avec les malades, vecteurs de la transmission des règles et usages régissant la vie dans les placements, ils ont permis d'en découvrir les formes et les principes, comme la signification de certains écarts aux normes explicites ou de certains dysfonctionnements.

► 4 / Les deux phases d'étude précédentes ont également servi à élaborer un instrument pour le recensement et la description de l'ensemble des familles d'accueil (493) et des malades (1195). Ce questionnaire, administré avec le concours des infirmiers-visiteurs a fourni des informations sur :

a / Les placements : localisation, distance au siège de la Colonie, type d'habitat, niveau de confort, ancienneté de l'ouverture, capacité d'hébergement, roulement des malades hébergés, conditions de vie offertes aux pensionnaires (travail, type d'association à la vie familiale, partage des repas, etc.).

b / Les nourriciers : âge, origine, profession, expérience du contact avec des malades dans l'enfance, composition de la famille, nombre, sexe, âge des enfants, etc.

c / Les pensionnaires : âge, catégorie psychiatrique, ancienneté de la présence à la Colonie et dans le placement, type de sociabilité, activité professionnelle, etc. Les résultats de cette enquête auxquels renvoient les données quantitatives mentionnées dans le texte ont permis de dégager les facteurs et tendances orientant le fonctionnement des placements et la relation nourriciers-pensionnaires, ainsi que des indicateurs objectifs du rapport entretenu avec les malades mentaux. C'est sur cette base qu'a été constitué l'échantillon des interviews en profondeur réalisées dans la dernière phase de l'enquête.

► 5 / En effet, inversant l'ordre ordinaire des études de représentation qui vont du qualitatif au quantitatif, nous avons attendu de maîtriser l'ensemble des éléments intervenant dans, ou révélateurs de, la façon dont la communauté se situe par rapport à la Colonie et ses ressortissants, pour explorer les représentations qui sont engagées dans ses manières de faire.

Afin d'étudier de façon systématique les représentations sociales et vérifier certaines hypothèses formulées sur la base de nos observations, nous avons interviewé un échantillon de nourriciers choisi selon des critères de représentativité et de significativité. La représentativité a été assurée par un taux de sondage au dixième (65 placements visités sur 493). À l'intérieur de cet échantillon, des groupes de nourriciers ont été « contrastés » eu égard aux indicateurs fournis par l'enquête statistique de manière à contrôler les différences de représentation susceptibles de correspondre à des différences dans la situation et le fonctionnement des placements et dans les relations établies avec les malades.

Pour des raisons de terrain et de validité du recueil d'information, la technique de conduite des entretiens s'est inspirée de la méthode d'étude ethnographique des comportements culturels (Maget, 1962). Elle a consisté à aller du particulier au général, à passer par des descriptions de malades et des récits de vie quotidienne pour obtenir des considérations sur la maladie mentale. De ce point de vue, le « carnet de placement », registre portant mention de tous les pensionnaires ayant séjourné dans le placement, avec les dates d'entrée et de sortie, a été un instrument utile. On demandait d'exprimer, à propos des individus y figurant, des descriptions de comportement et de symptômes, des explications concernant l'affection et ses causes, des jugements concernant leurs capacités pragmatiques et relationnelles, etc. Cela a servi en outre à voir les traces laissées dans la mémoire par les différents malades. On a pu ainsi constater que les cas, rares, dont on se souvenait correspondaient à des portraits prototypiques. La pléthore des oubliés illustra combien sont nombreux ceux chez qui l'on est incapable de déceler des signes pathologiques marquants ou ceux qui sont relégués dans la grisaille de l'anonymat. Par ailleurs, l'entretien comportait des questions sur la gestion quotidienne de la vie au placement et sur les raisons qui fondaient les habitudes de vie et certaines pratiques révélées par l'enquête statistique ou par des observations antérieures (en particulier tout ce qui avait trait aux mesures d'isolement des malades et de séparation de leurs affaires personnelles et de ce qu'ils avaient touché). L'explicitation de ces pratiques a permis de mettre à jour des représentations occultées, éclairant l'ensemble du système relationnel noué avec les malades mentaux.

Cette manière de procéder a répondu à l'exigence de contextualiser l'approche des représentations pour mettre en évidence les conditions de leur formation, leur fonctionnement et leur intervention dans le devenir de l'institution aussi bien que dans les pratiques et comportements relatifs aux malades mentaux. Elle a autorisé, en outre, une élucidation des significations portées par la maladie mentale, menée en étroite liaison avec le système local de conduites et de savoirs, évitant les discours gratuits ou fallacieux, et ramenant, comme le préconise Wittgenstein (1961), « les mots et les phrases chez eux, c'est-à-dire dans la maison des situations où ils sont utilisés ».

Mais, surtout, cette combinaison d'une approche de type ethnologique et d'une exploration psychosociologique en profondeur, s'est avérée heuristique, autorisant des découvertes inattendues. En attirant l'attention, dès le début de l'enquête, sur des conduites surprenantes – notamment à propos de l'administration des médicaments, du contact des malades avec l'eau que la population réserve pour son usage personnel, ou de l'entretien des affaires et objets ayant touché le corps des malades –, elle a été déterminante dans la découverte de conceptions tenues secrètes. Celles-ci, en opposition avec les réassurances sur la non-contagiosité de la maladie mentale fournies par le discours officiel auquel nos interviewés adhéraient ouvertement, révèlent une croyance dans la transmission de la folie par les liquides du corps et tout ce qui a été en contact avec eux. Centrer une partie des interviews sur les habitudes de vie avec les malades, a permis de faire émerger des informations que ne livraient pas les discours spontanés et d'accéder à un fonds de représentation tacite, décisif dans la régulation du contact avec les fous.

Cette enquête, menée au début des années 70, dans une communauté en apparence très spécifique, a révélé des aspects fondamentaux du rapport à l'altérité. Ce qu'elle découvre des croyances en la contamination par les liquides du corps, trouve aujourd'hui un écho dans les craintes mobilisées par le SIDA, et certaines exploitations discriminatrices qui en sont faites. Ce qui laisse penser à des processus symboliques de mise en altérité fondés sur la défense d'une identité, et faisant appel à des savoirs enfouis dans la mémoire sociale. C'est ce dont nous essayerons de rendre compte dans notre parcours en spirale au cœur de l'histoire et de la vie de cette communauté à qui il fut échu de vivre avec des fous. Ce parcours nous fera passer successivement de l'examen des bases matérielles et psychologiques de l'institution sociale créée autour du placement familial de malades mentaux (première partie), aux formes que revêt leur mise en société dans une communauté qui invente les moyens d'ajuster une population exogène sans véritablement l'assimiler (deuxième partie), pour finir sur leur fondement représentationnel dont on cherchera comment il est lié aux registres matériel, symbolique, axiologique et idéologique caractérisant la dynamique sociale et aux dimensions affectives de la vie des groupes (troisième partie). Cette histoire de vie d'une collectivité aux prises avec un danger venu du dedans, nous en avons reconstitué les moments et les faits selon un mouvement allant du plus extérieur au plus intime, et épousant celui d'une exploration qui mena, non sans difficulté ni résistance, au cœur d'un secret masqué sous le voile de l'habitude. Nous avons, autant que faire se peut, laissé la parole aux acteurs de cette histoire. Pas tous les acteurs ; peu de malades mentaux furent interviewés : ce fut le prix à payer pour entrer dans un milieu prompt à dresser des barrières devant l'étranger et ceux qui s'approchent des « bredins » et leur accordent crédit. Il a suffi cependant que se déroule le long fil du discours sur la vie auprès d'eux pour comprendre leur sort et son pourquoi. Les personnes dont nous citons les extraits d'entretien ne sont pas identifiées, même fictivement. L'expérience partagée par la population et la vision qu'elle s'en est forgée en commun, sont si homogènes qu'il nous a souvent semblé

entendre le son d'une seule voix. Ceci nous a permis, en outre, de respecter un minimum d'anonymat.

En effet, l'institution que nous décrivons, unique en France, étant aisément repérable, il eût été vain d'en travestir le nom et le lieu. L'honnêteté compensera, nous l'espérons, les risques d'indiscrétion. D'autant que ceux-ci sont gommés par le temps mis à rendre publique une étude dont nous avons longtemps hésité à dire certains résultats. Beaucoup de ceux que nous avons rencontrés ont sans doute disparu aujourd'hui. Témoins du temps des origines, ils nous ont aidée à mieux comprendre les soubassements d'une situation qui se livrait, dans l'actualité, en termes abrupts ou obscurs. Que leur mémoire soit ici honorée comme sont remerciés ceux qui se reconnaîtront peut-être dans ce récit, même s'il a pour certains des couleurs passées.

Car, à ce que l'on dit, cette institution aurait changé, depuis quelques années. Mais les photographies que la presse ou la télévision en ont récemment montrées laissent voir que demeurent les réalités que nous y avons dépeintes. C'est pourquoi nous n'avons pas cherché à actualiser la description de l'univers que nous avons découvert, il y a près de vingt ans, et dont les traits donnent tout leur relief aux phénomènes mis à jour. Cela invitera peut-être à s'aventurer à nouveau sur ce terrain pour observer ce qui a pu s'y transformer.

PREMIÈRE PARTIE

VIVRE DES FOUS, VIVRE AVEC DES FOUS

Chapitre 1

Cadre et histoire d'une Colonie familiale

« La Colonie familiale... c'est ce qui est en dehors du siège central, dans le bourg, dans la banlieue de celui-ci, dans la campagne qui l'entourne, en un mot dans les placements, dans les familles des nourriciers. »

Directeur de la Colonie d'Ainay-le-Château, 1919.

OUVERTURE SUR UN DÉCOR ET QUELQUES PERSONNAGES

[Retour au sommaire](#)

Rien de notable ne semble attendre l'automobiliste, engagé sur l'« itinéraire vert » en direction de Moulins, après qu'il a croisé, dominant du haut d'une côte les dernières plaines du Cher, le panneau par lequel le Bourbonnais lui souhaite la bienvenue.

S'il est pressé, il ne verra guère de différence entre le village qu'il parcourt alors, selon la courbe en S de la route, et ceux, tant de fois traversés sur la nationale, qui livrent tout d'eux-mêmes dans un alignement de boutiques et de demeures, voilages tirés et portes closes. À peine entreverra-t-il, au détour d'un virage, la secrète épaisseur de la bourgade qui, ici, love ses maisons de pierres blondes et de tuiles patinées de mousse autour de l'église, et là les étale dans un

découpage de ruelles récentes. À peine en devinera-t-il la grâce ; son attention n'a pas été avertie : guides et ouvrages spécialisés parlent peu de cette ancienne place forte, l'une des puissantes châtelainies bourbonnaises du XVI^e siècle. Ils n'incitent guère le touriste à faire halte pour sentir le poids de la vieille ville, penchée sur un vallonement où une rivière ralentit son cours au passage d'un étang, la puissance des remparts aux vestiges alourdis de lierres luxuriants et sauvages, et découvrir entre des marronniers séculaires la masse austère de l'église du XII^e siècle à laquelle fait écho, sur l'autre versant du vallonement, la nudité d'une chapelle rustique.

Cette discrétion sur Ainay-le-Château tient sans doute à ce que, pointe avancée du Bourbonnais vers le nord, elle lui reste relativement extérieure, isolée du reste de la province, devenue département, par le rideau d'une forêt couvrant quelque 10 435 ha, visible au loin comme un barrage sombre, la forêt de Tronçais. Mais cette frontière naturelle suffit-elle vraiment pour expliquer la réticence à désigner comme partie intégrante du patrimoine culturel un lieu qui en témoigne à l'égal de certains sites, moins intéressants et cependant plus souvent cités. Les textes ne manquent pas pour souligner l'intérêt historique, folklorique, touristique de cette entrée dans l'Allier. Mais on n'y mentionne guère Ainay-le-Château. On tourne autour. Un simple exemple : un numéro spécial de la revue *Richesses de France* consacré, en 1959, à l'Allier. Valent le détour Hérisson, autre châtelainie, les églises d'Urçay, Coulevre, Lurcy-Lévis et Tronçais pour ses chênes et ses étangs. Rien de notre bourgade située au croisement des routes qui mènent des uns aux autres dont elle est distante d'à peine une dizaine de kilomètres.

Qu'y a-t-il aujourd'hui qui induise au silence ?

Certes, les restes de l'ancienne place forte sont trop restreints pour qu'y soit recommandé un séjour prolongé. Les ressources hôtelières, d'ailleurs, ne le permettraient pas : les quelques chambres disponibles sont, par leur confort et leur tenue élémentaires, plutôt faites pour rebuter le voyageur ; quant à la table, elle n'est guère plus encourageante. Et cela encore étonne : dans toute bourgade d'importance équivalente, alentour, l'auberge ou le relais avenants vous invitent à la pause. D'où vient ce dénuement ?

L'endroit pourtant est loin d'être mort. C'est même, dit-on dans le pays, où bien des bourgs se dépeuplent et s'éteignent, le dernier et unique centre animé. L'activité n'y est nullement ralentie comme dans les chefs-lieux de cantons les plus proches. Plusieurs cafés sont largement ouverts à une fréquentation continue, les commerces alimentaires présentent bien leurs étalages modernes, vivement éclairés et, pour certains, fournis en produits choisis. Si, comme ailleurs, la boutique de l'artisan a disparu, les banques par contre se sont multipliées comme les magasins cossus, tout entiers dévolus aux loisirs télévisuels et radiophoniques, aux raffinements ménagers, aux plaisirs de la lecture. Le peuplement, important, semble en extension à en juger par les constructions débordant, au sortir du village,

le long des diverses voies de communication. Sur la route nationale, en amont et en aval, des pavillons particuliers, aussi rutilants de nouveauté que neutres d'inspiration, rivalisent, non sans ostentation, de coquetterie et de recherche. Pour certains habitants, le spectacle de cette croissance dénature le charme et heurte la noblesse du vieux bourg.

Mais pour un « étranger », passé la surprise de découvrir, dans une région agricole réputée pauvre et sans grande ressource industrielle, un développement de cette force, et si évidemment orienté vers la consommation, rien là de rebutant. Une petite note urbaine ne déplaît pas quand, par ailleurs, on peut jouir de la douceur d'un paysage de bocage, aux prairies découpées de haies vives, ponctuées d'arbres plantureux et d'habitations rurales traditionnelles, juste troublées par le lent mouvement du bétail de race charolaise. Quand on est si proche d'un site naturel splendide : cette forêt de chênes dont la mise en valeur remonte aux soins de Colbert, avec ses étangs vastes et profonds, ses fontaines légendaires et son gibier – cerfs, chevreuils, sangliers – que débusquent les amateurs de « safaris-photos » ou, selon leur rituel aristocratique et cruel, les chasses à courre organisées trois fois la semaine en saison.

Quelle raison donc empêche que l'on veuille, sache, ou puisse retenir, à moins de quatre heures de Paris, le tout-venant promeneur ou vacancier ? À ceux qui le regrettent, et ils sont nombreux dans le coin, la voix de la résignation, évoquant les tentatives avortées pour aménager un accueil susceptible de drainer un public extérieur, répond : « C'est le pays qui veut ça. »

Revenons, voulez-vous, à notre automobiliste. S'il est attentif au panorama qui se découvre du haut de la côte venue du Cher, il notera l'espace de quelques instants, un grand bâtiment dominant, en arrière-plan, l'étagement harmonieux de la petite chapelle, de l'église et des toits. Il le perdra de vue en entrant dans le bourg pour ne plus le retrouver lorsqu'il en sortira vers le sud ou l'est. Les cartes postales présentant une vue de la petite cité ne montrent pas non plus cette grande bâtisse moderne, non qu'elle dépare absolument, avec son revêtement de briques qui rappelle l'ocre des toits. Mais peut-être y a-t-il quelque insolite dans la taille des ailes qu'elle déploie de part et d'autre d'un clocheton à horloge ? Peut-être faut-il masquer, dans la représentation de la ville, le bâtiment de ce que les gens de l'endroit vous désignent d'entrée de jeu comme « l'industrie du pays » ?

Il faudra s'arrêter pour y voir de plus près et chercher sa route vers l'ouest, dans une rue qui se prolonge en chemin vicinal. Là, on croisera de ces hommes comme on en a sans doute entr'aperçus sur la nationale ou sur la place centrale. De ces hommes anachroniques à tirer ou pousser un caisson posé sur deux roues, semblable à ceux que l'on accroche derrière un vélo ; déconcertants par leur oisiveté apparente ou la nonchalance de leur pas ; incongrus parfois, couchés sur le remblai de la route ou sur un tas de pierres laissé par le cantonnier, même s'il bruine. Qui en costume gris correct mais défraîchi, qui en vêtements plus bourrus

pour le travail des champs, qui en tenue plus raffinée, qui portant cape et sabots. L'aspect et le rasage plus ou moins nets. Une démarche souvent curieuse, comme mécanique, lorsque les brodequins trop durs empêchent de plier les pieds que l'on fait glisser à plat, par petites saccades, sans trop lever la jambe. Certains traînant une infirmité visible, d'autres simplement le poids de leur âge ou de leur lassitude. Les uns ont un panier de commissions à la main, les autres, bras ballants, promènent un air absent, hébété ou encore absorbé par l'écoute d'un transistor porté au bras comme un enfant complice.

Le va-et-vient de ces hommes devient de plus en plus dense à mesure que l'on approche, par-delà l'école, la mairie, le monument aux morts et le cimetière, en lisière de l'agglomération, la bâtisse recherchée. La voilà. Reconnue derrière une succession de plates-bandes soigneusement cultivées et de petits bâtiments entre lesquels circule un monde animé. Encore de ces hommes assis sur des bancs, massés à l'entrée d'une grande salle bruyante, des silhouettes masculines et féminines en blouse blanche, des voitures. Un mur bas coiffé de petites grilles délimite cet espace de jardins et de constructions auquel l'accès est librement permis par de larges portes aux battants ouverts. C'est la « Colonie familiale », un établissement psychiatrique dont l'infirmerie, vue de loin, surplombe les bâtiments médicaux, ceux des services et de l'administration, les salles de travail et de réunion. Un établissement psychiatrique d'un genre un peu particulier : on y soigne, on y administre. On n'y enferme pas. Tous ces hommes en sont les ressortissants, et vivent disséminés dans la bourgade et ses environs, logeant chez l'habitant, contre rétribution. Tous ces hommes circulant librement dans les rues et sur les routes sont des « bredins ». C'est ainsi que l'on nomme les fous dans le parler local. Trouverait-on là l'éclaircissement du mystère que l'on fait autour de cette région paradoxale et secrète d'elle-même ?

Tout ce cheminement pour livrer une atmosphère première et le sentiment d'avoir à démasquer le caché qui m'a saisi dès l'abord, pour ne plus me quitter, tout au long de cette étude sur les rapports à la folie dans un contexte de contact libre entre les malades et les autres.

Le secret, le caché d'un pays ouvert aux malades mentaux, rejeté par son environnement. Pays qui ressemble, en quelque sorte, à l'un de ces « espaces sauvages », aux franges de la normalité et du contrôle social, où Mary Douglas (1973) repère les émergences de cultes nouveaux. J'y recherchais les représentations de la folie, spontanément livrées loin du discours savant qui, selon Foucault (1971, p. 35), « repousse, de l'autre côté de ses marges, toute une tératologie du savoir... l'expérience immédiate, les thèmes imaginaires qui portent et reconduisent sans cesse des croyances sans mémoire ». Et, dans cet « espace d'une extériorité sauvage » (*ibid.*, p. 37), ce que j'allais trouver au terme d'un long et difficile dévoilement, tenait de ces « images non domptées » sur lesquelles bute la pensée, dans l'affect et le déplaisir (Freud, 1956, p. 390). Si vous voulez me suivre...

Le relatif estompage des bâtiments hospitaliers dans le paysage de la petite ville où nous venons de pénétrer reflète bien la position de la Colonie familiale dans la communauté où elle est implantée. Elle est autant, sinon plus, l'affaire du pays et de ses habitants que celle de l'institution psychiatrique. Ceci s'explique par le fonctionnement hospitalier et le rôle imparti au milieu environnant.

FONCTIONNEMENT ET FINALITÉS DE LA COLONIE FAMILIALE

[Retour au sommaire](#)

Une Colonie familiale est un hôpital psychiatrique basé sur le placement « hétéro-familial » : les malades qui en dépendent, administrativement et médicalement, bénéficient d'un type de vie libre et familial. Ils sont pris en charge, sur le plan du logement, de l'alimentation et de la surveillance quotidienne, par des familles résidant aux alentours de l'établissement hospitalier mais n'appartenant pas, à proprement parler, à son personnel soignant. Ainsi, dans le cas qui a intéressé notre étude, dans les années 70, un millier des malades, confiés à près de 500 familles, étaient égaillés dans un périmètre de 20 km autour du centre médico-administratif sis dans la ville d'Ainay-le-Château.

Le fonctionnement de l'hôpital est adapté à cette situation originale. La surveillance médicale est confiée à un corps de médecins qui reçoit les malades en consultation hospitalière et se rend périodiquement dans les foyers où ils vivent. Une équipe d'infirmiers-visiteurs assure un relais régulier entre les services de la Colonie et les lieux d'hébergement.

La Colonie familiale pour hommes d'Ainay-le-Château est, avec celle, réservée aux femmes, de Dun-sur-Auron dont elle fut primitivement une annexe, la seule expérience d'assistance familiale pour adultes réalisée en France. Gouvernées par la loi du 30 juin 1838 comme les asiles publics auxquels elles sont assimilées, ces deux Colonies ont leur siège dans les départements du Cher et de l'Allier. Cependant, depuis leur création (en 1892 pour Dun-sur-Auron et 1900 pour Ainay-le-Château), et jusqu'à la mise en vigueur de la sectorisation, elles furent des établissements de la Seine. Médecins et infirmiers appartenaient au cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine et, à quelques exceptions près, les malades étaient transférés des établissements de ce département où ils avaient leur domicile de secours. Ce statut a eu une incidence profonde sur la perception et l'accueil des malades mentaux. De même, la spécificité de son fonctionnement devait favoriser le jeu d'une dynamique entre trois forces souvent antagoniques (la population, les malades, les responsables de l'hôpital), donnant au système que nous allons étudier une physionomie révélatrice du rapport social à la folie.

Par rapport à un hôpital psychiatrique traditionnel, le placement hétéro-familial de malades mentaux présente des originalités qui ont pu inciter les fondateurs et certains des responsables de la Colonie d'Ainay-le-Château à lui prêter des finalités

en regard desquelles les réponses du milieu d'accueil prennent relief et sens. Au nombre de ces originalités figurent : la rupture avec la vie asilaire, les malades circulant sans contrainte hors de l'enceinte de l'établissement ; un mode de vie proche de celui connu avant l'internement en ce qu'ils peuvent se mêler à la population et même en partager les activités ; un cadre de vie plus intime puisqu'ils sont confiés à des familles.

Ainsi la Colonie familiale constitua-t-elle la première formule trouvée pour réaliser la pratique de *l'open door*, du *no-restraint*, dont la revendication fut très tôt exprimée dans les courants réformistes de l'aliénisme (Castel, 1976, p. 271-273). Sans nous leurrer sur le fait que, dès l'époque de sa création, elle eut une fonction de désencombrement des asiles, elle a revêtu pour certains un caractère révolutionnaire. Et, au minimum, elle conserva une vocation spécifique en regard d'autres établissements psychiatriques auxquels on reconnaît généralement (Biasi, Faraut, Paoli, 1979) trois fonctions principales de répression, assistance et thérapie, et parfois une quatrième de réhabilitation sociale. L'ouverture des portes de l'hôpital minorait l'aspect répressif au bénéfice de l'aspect assistance. Sous l'angle thérapeutique, la Colonie allait, aux yeux de ses initiateurs, réaliser une forme originale de « traitement moral » par le truchement de la cure familiale qui venait compléter les bienfaits de l'isolement dans l'air pur de la campagne et de la sédation de la vie rurale, loin des bruits et de l'excitation de la ville. À quoi s'ajouta plus tard la possibilité d'insertion dans la vie et l'activité locales et la réadaptation qu'elle implique.

Au cours du temps, ces finalités explicites ont été servies avec plus ou moins de conviction et de succès par les responsables de la Colonie comme en attestent les rapports adressés à leur administration de tutelle. Elles ont donné au système d'assistance familiale ses principes en regard desquels il convient de situer le régime de vie effectivement réservé aux malades par la population d'accueil. Car son ouverture sur l'extérieur a placé l'établissement sous la dépendance de son milieu d'implantation sur lequel repose, écologiquement et fonctionnellement, l'hébergement des malades. D'où l'infléchissement de ses visées par les réponses et les attentes de ce milieu dont cette étude est pour une part le descriptif.

À commencer par celui de deux aspects caractérisant la Colonie familiale dans sa globalité : son dispositif spatial et son histoire. Le premier tient son importance de ce qu'il représente une des différenciations fondamentales entre « asile » et « colonie » et de ce que, cadre de la vie quotidienne des malades, il sera la scène où se cristalliseront les formes des rapports que la population d'accueil entretient avec eux. L'importance de l'aspect historique tient à ce que seul il permet de comprendre la construction et la dynamique de l'ajustement entre le milieu, l'hôpital et ses ressortissants.

LE CADRE DU PLACEMENT FAMILIAL

[Retour au sommaire](#)

De même que l'ordre spatial asilaire a été tenu par Esquirol pour « l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales », la distribution écologique des malades fut considérée en soi comme un facteur de traitement. Par la vie familiale qu'elle autorisait d'abord. En Colonie, les malades deviennent des *pensionnaires*, puisque pris en charge par des particuliers dénommés les *nourriciers*. L'hôpital n'est plus que le siège de la Colonie et son fonctionnement se décentre vers les foyers d'hébergement appelés *placements*. Mais les conceptions ou les pratiques des nourriciers vont amener parfois les responsables de l'établissement à tenir la distribution écologique comme telle pour un facteur d'amélioration de l'état du malade. Ce qui peut être le cas pour certains.

Répartis sur treize communes, les placements présentent des physionomies diverses. Depuis la maison individuelle comportant souvent un étage et un jardinet ou le petit immeuble que l'on trouve dans les hameaux et dans les bourgs (60 %, des placements), jusqu'au « domaine », grande exploitation agricole de 60 ha ou plus mise en valeur par le propriétaire, un métayer ou un employé, le « maître domestique », et dont les bâtiments s'organisent en carré autour d'une cour centrale (8 %, des placements), en passant par la « locature » dont les quelques hectares sont exploités par le propriétaire ou mis en fermage et l'habitat aligné sous le même toit que les dépendances (31 %, des placements).

Il s'ensuit que, d'un placement à l'autre, même si, d'une manière générale, l'importance de l'habitat et son confort sont supérieurs à ce que l'on rencontre dans la région, les conditions d'hébergement des pensionnaires sont très variables. Ici, la construction récente du bâtiment a permis l'installation de l'eau courante, voire du chauffage central – un placement sur dix a le chauffage central, plus de sept sur dix se chauffent au bois ; la literie et le mobilier achetés tout exprès se posent sur un sol de carrelage ou recouvert de lino, les murs sont tapissés de papiers peints. Là, par contre, où l'on a utilisé un local professionnel vétuste, le sol de briques masque mal la terre battue et les murs crépis et blanchis à la chaux portent de part en part ces traces de moisissure que laisse une humidité tenace en ce pays de terrain imperméable.

La disposition de la pièce réservée aux pensionnaires affecte la manière dont s'organise leur coexistence avec la famille nourricière. L'implantation dans une dépendance située dans la cour, dans le prolongement de la maison ou dans un logement construit dans le jardin, entraîne une relative séparation entre pensionnaires et nourriciers. Le rapprochement est plus net lorsque la chambre est installée dans le logement familial, alors même que l'on a prévu une entrée indépendante pour éviter les passages par la cuisine ou le couloir.

L'étroitesse de cohabitation ne relève pas uniquement des ressources de l'habitat, elle engage aussi une conception de la vie avec les pensionnaires. Il fut même un temps, au départ de la Colonie, où la doctrine de l'institution prônait, pour le bien du malade et au nom des vertus thérapeutiques de la vie familiale, son intégration totale au sein du foyer. Cette exigence d'ailleurs rencontrait un état de fait qui lui était favorable, puisque les premiers placements, intéressant surtout des familles pauvres, furent ouverts dans des logements exigus, obligeant à prendre sur l'espace commun la place réservée au pensionnaire.

Mais, très vite, les nourriciers ont manifesté une tendance à s'isoler des pensionnaires, entraînant quelques incidents imputables à une carence de contrôle. Si bien que les responsables de la Colonie durent édicter un règlement obligeant à ménager, au minimum, une fenêtre, la « lucarne », entre leur habitation et celle des pensionnaires pour assurer une communication avec ces derniers. C'est pourquoi, encore aujourd'hui, dans certains placements, une porte vitrée relie la pièce de vie familiale à la chambre des malades, porte voilée côté nourriciers d'un rideau opaque que l'on soulève pour observer ce qui se passe côté pensionnaires. Ceci permet parfois une intervention salutaire et mesurée, comme en témoigne ce récit :

« Nous on a eu une petite attaque, une fois mon mari a dû y aller. Ils étaient en train de se disputer, justement avec l'Alsacien là. L'autre il est pas prêtreur, ses affaires c'est ses affaires. L'Alsacien, lui, il est pas comme ça. Il était bon, il aimait tout donner... Et justement, pour du tabac, il en avait plus et puis il en avait pris à l'autre. Alors ça a fait une petite histoire et l'autre, mauvais comme une gale, il l'avait traité de tête de boche. Oh catastrophe ! Il l'a attrapé et l'autre était grand et puis carré. J'étais avec mon mari, on les a entendus crier d'ici. Pis comme on a un rideau dans notre pièce, qu'on peut les surveiller, voir ce qui se passe dans leur chambre, alors mon mari a tiré le rideau. Il a dit : "Attends, on va le laisser taper un petit peu, du moment qu'il l'a traité de tête de boche, on va le laisser se venger un petit peu" (*rires*). Alors ils se sont disputés un peu comme ça, puis ça a commencé à se taper un peu dur, alors mon mari a ouvert la porte et il est entré, alors ma foi, les autres, ça les a refroidis. »

Certaines personnes vous désignent l'existence de cette porte, facilement brisable, comme la marque de leur absence de peur :

« J'en ai trois là derrière cette porte, regardez, c'est tout près. Et ceux de ma voisine sont à côté. Je dis : je suis toute seule, entourée de sept, je les crains pas. Ma voisine, par contre, elle a peur de les avoir dans sa cour, c'est pourquoi elle a leur chambre si loin. »

C'est bien la menace et la gêne latente que la cloison endigue. De là à la ségrégation, il n'y a pas loin et certains le ressentent :

« Je trouve vraiment absurde, je trouve vraiment mal de les servir comme à la fourrière ; je vais vous expliquer ce qu'on appelle "la fourrière" : y en a qui ont juste

un carreau, j'aurais un guichet et puis j'y passerais tout par là, ça je trouve ça très mal. »

Depuis longtemps on a cessé de défendre le privilège d'une vie vraiment communautaire qui reste aujourd'hui le fait de quelques rares placements. Dans la plupart des cas, lorsque le logement des pensionnaires ne peut être totalement indépendant, l'ouverture d'une porte particulière permet de préserver l'habitat principal d'un accès direct par la porte de communication qui conserve une fonction purement symbolique.

Cette possibilité de séparation fut sans doute un encouragement à l'ouverture de placements, surtout dans une période récente. Beaucoup y renoncent encore faute de pouvoir satisfaire à cette condition qui s'impose comme nécessaire et impérative dans la conception que le milieu s'est forgée de l'hébergement de malades mentaux. Un agriculteur disposant de chambres libres à l'intérieur de sa propre demeure expliquait que, malgré le réel avantage attendu d'un pensionnaire travailleur, il n'envisageait pas d'en prendre, à cause de l'emplacement des chambres :

« Je suis dans une situation un peu délicate : mon logement ne s'y prête pas. Le logement c'est pas facile quand ils sont ensemble avec vous. Il faut être indépendant. Très souvent, c'est le problème du logement qui empêche. Il faut avoir une sortie indépendante, que les pensionnaires ils passent pas dans votre établissement ; qu'ils soient chez eux, c'est bien, et que les autres soient chez eux. »

D'emblée se règle, par des contraintes purement spatiales et matérielles, la circulation des pensionnaires à l'intérieur d'un espace de vie partagé. C'est là une délimitation minimale des territoires privés entre lesquels le passage sera réglementé par un code précis et nuancé, comme nous le verrons : selon le niveau auquel le pensionnaire sera intégré dans la vie familiale – ou en sera exclu – varieront les frontières de son territoire et ses possibilités de pénétration dans le domaine des nourriciers, qui emploieront mesures concrètes et symboliques pour maintenir au seuil fixé par eux le droit d'accès aux biens de leur intimité. La psychologie de l'environnement a depuis longtemps montré l'importance de la défense de la privacité. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point en analysant la portée de ces manipulations spatiales qui s'apparentent à ces mises en exercice du pouvoir dont Foucault (1961, 1975) a décrit les maintes formes et correspondent à un « processus de sémiologie sociale », à la création de « situations-signes » (Schaff, 1968).

Il est loisible d'assimiler cet aménagement écologique aux dispositions que l'on adopte de manière courante à l'égard d'un hôte, locataire ou pensionnaire de toute sorte, étranger à la famille. Certes, le désagrément d'avoir à côtoyer un inconnu intervient et on le dit. Néanmoins, les significations accordées à la distribution de l'habitat que nous avons mises en regard du but originel du placement familial, amènent à y voir l'effet de mécanismes psychosociaux plus profonds. Ce qui est en jeu, c'est aussi le contrôle et la peur. S'agissant de malades mentaux, la promiscuité

est, peu ou prou, source d'inquiétudes. Il en est entre les fous et les autres comme entre les animaux d'une même espèce pour lesquels le partage d'un même territoire représente un danger : le plus fort en chasse l'autre aux limites extrêmes (Lorenz, 1969). Dans les placements, les cloisons, la protection des entrées, les zones réservées apparaissent, déjà, comme un mode primaire de défense. La délimitation et la défense territoriale préservent de la menace, permettent une coexistence sans heurt. On y retrouve la crainte et parfois, bien qu'en filigrane, l'agression :

« Tous les gens de la Colonie d'Ainay-le-Château, ils ont à peu près tous des malades, tous des enfants : *tous dans la même cour ; on est bien obligé de s'approcher un peu, on ne se mord pas.* »

Ainsi se dessine un premier paradoxe du placement familial. L'agencement du cadre de vie par les nourriciers contrevient aux prescriptions d'intégrer les malades dans la famille. Ce décalage fut rendu plus sensible avec le temps à mesure que s'est diffusée la pratique du placement dans la population. S'y exprime une des manières par lesquelles le milieu où fut implanté la Colonie s'est adapté à ses demandes et l'a ajustée à ses propres besoins.

HISTOIRE ET RESSORTS DU PLACEMENT FAMILIAL

[Retour au sommaire](#)

C'est une longue histoire que celle de cet ajustement réciproque. Longue, parce que son commencement remonte à 1900. Longue aussi parce que ce travail de transformation d'une collectivité par une institution et d'infléchissement des visées institutionnelles par l'environnement humain ne s'est pas fait sans heurt ni sans peine. Même si aujourd'hui la façade que montrent les protagonistes de cette aventure en voile les remous derrière la solidité lisse et muette de la tradition.

Donc, tout commença en 1900, quelques années avant, même. Un vent réformateur ébranlait les bastions asilaires vers la fin du XIX^e siècle. On voyait une réponse possible à la question de l'internement dans quelques cas d'accueil spontané de malades mentaux dans les communautés rurales un peu partout en Europe. Gheel, en Belgique, était, de ce point de vue, exemplaire. Une tradition d'hébergement de malades mentaux s'était instaurée depuis le Moyen Âge autour d'une église où reposaient les restes d'une sainte, bénéfiques pour le traitement de la folie. Venus d'abord en pèlerinage, les malades furent progressivement confiés à la population qui, génération après génération, prit l'habitude d'en garder à demeure. Cette coutume séculaire venait, avec succès, d'être canalisée et contrôlée sous l'angle administratif et médical. Elle devait servir de modèle aux Colonies familiales.

En France, l'implantation d'une Colonie familiale fut décidée au niveau national et intéressa des municipalités pauvres parmi lesquelles on choisit Dun-

sur-Auron en raison de son éloignement des voies ferrées et des grands axes de communication. L'expérience commença avec une colonie de femmes dont quelques éléments devaient bientôt essaimer à Ainay-le-Château où l'on tenta de placer des hommes. Dès 1900, la Colonie d'Ainay-le-Château était créée, mixte au départ, elle devait être rapidement consacrée à l'accueil d'une population exclusivement masculine.

Certains (Vié, 1940) ont pu faire l'hypothèse d'une sensibilité, d'une ouverture locale aux problèmes de la folie en raison de la proximité d'un lieu de pèlerinage, la « Déberdinoire » ou « Debredinoire » (de berdin, bredin : fou dans l'idiome local) de Saint-Menoux où les reliques d'un saint guérisseur sont censées soigner les céphalées et les maladies mentales. Mais nous n'avons pu trouver le moindre écho de cette tradition dans la population et un spécialiste du folklore bourbonnais, consulté à cet effet, n'a pu conforter cette interprétation qui embellit une réalité dont les ressorts sont d'une autre nature dans une population qui n'était nullement préparée à la tâche qui l'attendait.

Les rapports établis par les directeurs qui se sont succédé à la tête de l'établissement depuis sa création fournissent une image de ce que furent les réactions et les mobiles de la population. Il y eut d'abord la crainte que les malades ne fussent méchants ou nuisibles :

« On les croyait peu maniables, violents, dangereux même. De sorte qu'à l'époque il fallait un certain courage et le bruit courait que pour être nourricier il fallait une grande force physique » (Rapport 1900).

Mais les médecins, soucieux de maintenir « un minimum de danger social », sélectionnèrent pour venir en Colonie ceux qui avaient une maladie « restant dans le domaine intellectuel et ne se transformant pas en acte ». Si bien que, très tôt, les inquiétudes se dissipèrent, laissant place à une curiosité étonnée dans une population « douce, polie, avenante », traitant les malades « avec beaucoup d'égards » :

« En ce moment la Colonie n'est plus discutée, mais au début tout le monde observait les malades avec une certaine défiance et s'étonnait de les trouver tout différents de ces images difformes que chacun évoque dans son esprit en pensant aux aliénés. Aussi entendions-nous dire : "Pour des fous, ils sont bien tranquilles" ; "On dirait des bourgeois" ; – Il faudrait le savoir pour le deviner" ; "Ce sont des messieurs" ; "Mais quelle est sa maladie ? " » (Rapport 1901).

La dangerosité imputée aux comportements des malades mentaux et trop souvent alléguée comme raison de l'enfermement cessa vite d'être objet majeur d'appréhension pour la population. Divers facteurs ont, au cours du temps, contribué à consolider cet état de fait indéniable, notamment le choix des malades placés en Colonie et le système de surveillance mis en place par l'établissement. Ce fait met en évidence que l'argument de la dangerosité ne constitue souvent que

le masque de préventions sociales, quand ce n'est pas la rationalisation de craintes plus profondes dont nous aurons l'occasion de montrer l'existence dans la quatrième partie.

Les préventions contre la maladie mentale vont se montrer sous leur vrai jour quand il va s'agir d'étendre le périmètre d'implantation des placements. Certaines régions s'y opposèrent mais ne justifèrent jamais leur refus en arguant du danger présenté par les malades. Les raisons avancées par les « consentants » et les « récalcitrants » à l'hébergement des pensionnaires montrent que la place de l'économie est centrale comme déterminant, mais aussi comme masque ; l'âpreté de certains conflits dénote combien l'enjeu en était vital, matériellement et psychologiquement.

Chez les nourriciers, l'avantage retiré des pensionnaires, sous forme d'apport d'argent ou d'appoint de services, suffit à balayer les réticences. Dans le voisinage direct de la Colonie, l'intérêt évident qu'elle présente pour l'économie locale lui procure des adeptes. Par contre, chez ceux qui n'en bénéficient pas directement, c'est la présence des malades elle-même qui est difficilement acceptée, qu'il s'agisse de « rentiers troublés dans leur quiétude par le contact possible avec les malades » ou de ceux qui trouvent que « les malades trop agglomérés finissent par modifier totalement l'aspect d'une ville ou d'un village ». (Rapport 1903). Cependant, quand ils s'adressent aux autorités, les opposants se retranchent, pour défendre leur position, sur le terrain économique, visant ainsi le point fort du contradictoire et dissimulant la faiblesse de leur résistance psychologique. Dès 1905, certains conseils municipaux protestent contre la concurrence que les pensionnaires nouvellement installés dans leur commune font aux travailleurs.

À une époque où les pensionnaires n'apparaissaient pas encore comme un « groupe de consommation », l'opposition acceptation/refus s'articulait autour de l'opposition rapport/nuisance. Le rapport était d'argent ou de travail pour des particuliers, la nuisance était professionnelle et morale pour la collectivité. On stigmatisait les menaces que les malades faisaient peser sur l'équilibre social, soit par le chômage qu'ils créaient en s'offrant sur le marché comme main-d'œuvre compétitive, soit par la paresse qu'ils induisaient chez les hommes en constituant une nouvelle ressource financière pour les foyers.

Le problème du travail semblait d'autant plus épineux que les possibilités d'emploi étaient réduites pour les habitants de la région et que les responsables de la Colonie préconisaient l'activité professionnelle pour l'équilibre mental des malades et leur intégration dans les familles. Il n'était cependant qu'apparent, car si les prestations fournies par les pensionnaires étaient à bas prix, elles n'atteignaient ni le rendement ni la qualité de celle des ouvriers et journaliers locaux. Le marché du travail, d'ailleurs, devait vite ressentir les bénéfices d'un essor dû à la Colonie qui joua comme remède contre le dépeuplement dont le mouvement, amorcé à la fin du XIX^e siècle, a été enrayé par son implantation :

« Une industrie se crée dans le pays : celle de garde-malade à domicile, de nourricier et d'infirmier, qui est un obstacle à l'exode rural » (Rapport 1906).

C'est là que vient s'enraciner le préjugé concernant l'atteinte au moral de la population active. On imputa à la présence des pensionnaires un affaiblissement de la volonté de travail des hommes chez qui ils étaient hébergés ; pour avoir raison de ce préjugé, on dut confier formellement la responsabilité financière et administrative des malades aux femmes. Aujourd'hui encore, c'est à elles que revient de postuler pour l'ouverture d'un placement et de le gérer, le nombre de malades autorisés à vivre dans une famille étant proportionnel au nombre de femmes adultes qu'elle comporte.

Mais il convient de souligner que, dans les rapports des directeurs, on ne fait plus état d'aucune opposition à partir de la guerre de 1914. Celle-ci a joué comme un pivot dans l'enracinement de la pratique d'hébergement de malades mentaux. Avec le départ des hommes sous les drapeaux, le recours à la main d'œuvre des pensionnaires se généralisa, triomphant des dernières résistances, tandis que changeait la mentalité des nourriciers :

« Les nouveaux nourriciers réclament, et même certains spécifient qu'ils ne "veulent" que des malades travailleurs. Tandis qu'autrefois cette demande n'était qu'une clause de style, actuellement c'est avec un accent de décision et de détermination qu'est posée cette condition, surtout pour les tenanciers de petites exploitations rurales » (Rapport 1921).

Depuis, l'intérêt financier n'a cessé d'occuper une position nodale dans l'ancrage et la diffusion du système de placement qui, progressivement accepté et adopté par tous, fit sentir son incidence dans tous les secteurs de la vie sociale. Quand, au lendemain de la deuxième guerre mondiale, l'effectif des malades doubla, par suite de l'heureuse conjonction entre l'introduction des thérapeutiques chimiques et une politique nouvelle de l'établissement, l'économie intéressa la communauté tout entière, dans son mode de vie et son identité.

Au début de la Colonie, la pratique du placement s'était répandue prioritairement dans les catégories les plus défavorisées. Les quelques données numériques que comportaient les rapports administratifs montrent que les premiers nourriciers ont été recrutés dans les groupes professionnels les plus démunis ou en voie de disparition. Certains métiers artisanaux, en particulier, que le développement industriel et l'exode rural menaçaient dès le début du siècle, ont pu se maintenir plus longtemps grâce aux placements. De même, veuves et ouvriers ont trouvé là un moyen de survivre ou de mener une existence décente. Plus tard, alors que certaines activités dépérissaient, ce furent les agriculteurs qui se tournèrent vers la Colonie. L'apport d'argent et de main-d'œuvre que représentent les pensionnaires est apparu comme l'issue pour continuer de vivre et travailler sur une propriété trop petite pour être rentable. Ce fut sans doute aussi le moyen d'en

acquérir et d'en conserver la propriété. Ainsi, jusqu'au lendemain de la guerre de 1940, voit-on les nourriciers se recruter parmi les petits agriculteurs, propriétaires de fermes et d'exploitations de moins de 20 ha. L'hébergement de malades n'intéressera que tardivement ceux qui cultivent un grand domaine et resteront encore relativement peu nombreux. L'investissement de ces derniers dans la pratique du placement familial correspond à l'expansion des années 50 et témoigne de nouvelles formes d'intéressement. À partir de ce moment, en effet, le développement de la Colonie a cessé d'être uniquement tributaire de la crise traversée par certaines catégories professionnelles. Son essor a correspondu à une généralisation des demandes de placements dans toutes les couches de population, y compris les classes moyennes et les riches.

Dès lors, le placement familial n'eut plus pour tous la même valeur économique. Pour certains, il continue d'être une ressource vitale, voire un ultime recours contre la misère et le chômage ou la seule assurance d'avoir dans l'avenir « une petite rentrée d'argent » : chez les nourriciers, 41 % des chefs de ménage étaient, au moment de l'enquête sans profession. Chez les retraités, le placement permet de ne plus travailler sans entamer le patrimoine familial et de se faire aider, pour le quotidien, par le pensionnaire. Les femmes mariées y voient une « occupation » qui évite de chercher un travail à l'extérieur, difficile à trouver, et permet de se consacrer à ses enfants. Quand un salaire complémentaire n'est pas nécessaire dans la famille, elles apprécient de disposer d'un volant d'argent pour améliorer leur niveau de vie et le standing de leurs installations ménagères. Le revenu qu'elles touchent directement constitue également un facteur d'indépendance vis-à-vis du conjoint. Les grands propriétaires trouvent plutôt chez les pensionnaires une main-d'œuvre à bon marché, tandis que les personnes aisées en attendent un surplus d'argent ou une ressource humaine « pour les courses ou tout un tas de choses ». La différence de rentabilité escomptée des placements apparaît dans leur capacité : chez les agriculteurs qui cherchent un apport de travail plutôt que d'argent, le nombre de pensionnaires est réduit (un ou deux) comme chez les pauvres qui n'ont ni l'espace ni les moyens pour aménager un placement important. Par contre, dans les classes moyennes qui résident dans les agglomérations et pratiquent le cumul et chez les personnes seules ou retraitées qui vivent du seul revenu des malades, les capacités d'hébergement sont plus importantes (3 à 4 pensionnaires ou plus).

Que l'on prenne des malades « pour le rendement », qu'on les « considère comme des machines à sous » ou « pour les petits services ou le travail qu'ils rendent », on trouve néanmoins que le placement « c'est pas rentable, mais ça aide », « c'est un appoint ». Chacun selon sa situation ajoute sa nuance à l'art d'accommoder les 10 à 12 F reçus (au moment de l'enquête) par jour pour loger, chauffer, éclairer, blanchir, nourrir, surveiller un malade mental et, s'il en a l'idée ou le cœur, lui accorder de surcroît quelque attention.

Partout ronronne, à la manière d'une litanie, le calcul du profit : « Quand on fait ses légumes, sa volaille, quand on n'achète pas tout, c'est rentable. » Litanie de la petite spéculation, pauvre litanie de la survie, aux allures de bien-être :

« Y a point d'autre pays qui sont si heureux que ça les gens, je dis : un ouvrier qu'a deux ou trois pensionnaires, qu'a un bon jardin, en ville moins, je vois pas bien celui qui faut qu'il achète tout. Mais un ouvrier qui a déjà son petit traitement, ou alors le fermier qui a déjà ses revenus, sa nourriture, un peu de lait, des lapins, c'est bon. »

SENS ET RÉPERCUSSION D'UN CHOIX ÉCONOMIQUE

[Retour au sommaire](#)

Car l'énumération des profits, fastidieuse jusqu'à en être parfois obsédante, fait le propos majeur du discours des nourriciers. Il est arrivé, au cours de l'enquête, de recueillir de certains interviewés des développements sur les avantages financiers du système de placement, des demi-heures durant. Ce fut une tendance générale chez les sujets interrogés de recourir périodiquement à ce type de considération en abordant l'explication ou l'évaluation de leur vie au contact des malades. Comme si, pour la rendre acceptable ou plausible, il fallait à l'intérêt peser de tout son poids, sa fonction compensatoire lui conférant saillance. C'est aussi que, avec sa généralisation, le placement familial marque la collectivité, engageant sa prospérité et son image, sa vie et son identité.

La prospérité d'abord. Il paraît une issue à un pays en danger d'asphyxie : « Ainay serait un pays en ruine, un pays désert, si il n'y avait pas eu ça. »

L'image « c'est l'industrie du pays », très tôt employée par les promoteurs de la Colonie, est devenue expression d'une réalité économique aux yeux de la population :

« Ainay est axé là-dessus. C'est bien simple, c'est un pays où y a encore des grandes maisons. C'est une raison pour laquelle on a mis la Colonie parce qu'il faut des maisons pour les loger. Eh bien lorsqu'un type achète un immeuble ici, c'est pour faire l'aménagement pour avoir des pensionnaires ; les maisons qui n'ont pas l'aménagement pour avoir des pensionnaires n'ont absolument aucune valeur. Elles en ont quand même parce qu'ici il y a de l'argent. Les prix sont beaucoup plus élevés que partout dans le département. Les immeubles se vendent des sommes fantastiques. C'est dû au fait qu'il y a de l'argent. Le placement, c'est la raison pour laquelle Ainay vit encore. Ce n'est pas encore une région de pleine culture, pas encore une région de plein élevage. Les terrains ne sont pas bons. Des industries y en aura pas pour la bonne raison qu'on est situé sur une voie transversale d'un accès difficile. Ce serait un pays mort sans cela. Il n'y avait pas de ressources. Les ressources touristiques, c'est saisonnier, et il n'y a pas d'installation d'accueil. Les bistrotts sont plus ou moins

bien installés mais nous ne sommes pas dans une cité arrêt touristique, il n'y a ni plage, ni rien. Autrefois, Ainay vivait pour son industrie du bois, avec ses bûcherons, ses charbonniers, ses fendeurs de merrain, ses tonneliers, ses sabotiers et alors l'acier et là-dessus, pour chapeauter tout Ça, l'agriculture faite d'une façon pas tellement soigneuse. Autrefois, c'était un pays de bûcherons, mais il s'est reconverti dans le placement. »

L'industrie, seule forme de production que l'on connaisse comme remède à la mort des campagnes et à quoi s'apparente le système de placement par l'intéressement du plus grand nombre, le maintien et la vivification de la trame tertiaire. Les effets de la Colonie semblent à l'habitant des bienfaits indiscutables dont il tire orgueil : ainsi de l'essor commercial qui s'explique directement par la présence des pensionnaires. Qui dit placement, dit consommation accrue : plus de monde à nourrir, plus d'argent aussi, « on est appelé à dépenser plus » et, nous l'avons vu, plus d'investissement dans la maison : télévision, réfrigérateur, machine à laver, etc. De fait, l'étalage des boutiques témoigne, jusque dans l'alimentation, d'un raffinement, d'une variété et d'un luxe contrastant avec la simplicité des commerces dans les bourgades similaires.

Les pensionnaires eux-mêmes forment maintenant un véritable groupe de consommation, leur nombre s'étant accru et leurs habitudes modifiées. Par leur travail, leur pécule, les envois de leur famille, ils disposent de quelque argent personnel et leur propension à consommer s'affirme plus que par le passé. La marque la plus claire de leur liberté leur paraît celle d'achat.

L'incidence de la Colonie, débordant la sphère commerciale, va jusqu'à transformer la vie économique et ses ressorts. Dans une région marquée par l'exode, le périmètre de placement se distingue par l'augmentation de la population, depuis une cinquantaine d'années. On a vu comment l'institution a contribué à préserver ou asseoir des situations en passe de périlcliter ; son existence permet en outre d'offrir des débouchés quand on abandonne ces situations : dans le réseau commercial, qui draine aussi des habitants d'autres cantons, ou dans la carrière hospitalière : « Ça donne une activité aux communes environnantes, ça donne du travail, une ambiance. »

L'hôpital lui-même employait, au moment de l'enquête, 96 personnes dont 80 originaires d'Ainay et recrutées dans l'artisanat et les petits métiers. L'enjeu du système de placement, pour l'agriculture elle-même, est plus vaste qu'il n'y paraît. Non seulement il fournit un substitut à la main-d'œuvre défaillante, mais il assure le maintien de structures caduques. De la même manière qu'il a favorisé l'accession à la propriété chez nombre de fermiers, il est pour beaucoup le moyen de rester sur des terres qu'autrement ils auraient dû abandonner. Il permet de vivre d'exploitations à peine rentables, la remarque en a déjà été faite, et surtout d'y prospérer en augmentant leur superficie.

L'ensemble de ces éléments incline à voir dans l'adhésion aux pratiques d'hébergement et d'emploi des malades mentaux une forme originale de développement à l'intérieur d'un cadre traditionnel. Ceci, assorti du rôle de « pionniers » joué par les nourriciers qui militèrent pour l'introduction des placements dans des zones nouvelles, et de l'ampleur des résistances qui leur furent opposées, incite à rapprocher le choix des habitants de l'« innovation anomique » telle que l'a définie Merton. La préservation des modes traditionnels d'existence et la promotion sociale sont l'enjeu d'un choix économique, opéré sous la contrainte de la crise du monde agricole, certes, mais pour ne pas la subir, comme tant d'autres. C'est par rapport à l'environnement social qu'apparaît le caractère anomique du choix. Les arguments de ceux qui le combattent montrent qu'il engage le système de valeurs local : code de morale pratique, valeurs relatives au travail, tabous concernant la maladie mentale. Comme réponse aux carences du système global, le choix n'est pas du goût de tous : expédient particulariste et de courte vue pour les politiques de la « campagne rouge »¹, l'exploitation de l'homme par l'homme aggrave son caractère rétrograde.

L'usage fait des revenus que fournit le système de placement confirme le caractère d'extériorité du choix économique par rapport aux modalités courantes de production et de répartition des biens. Il permet d'obtenir, en marge des moyens traditionnels de subsistance, des ressources injectées dans le circuit des échanges sous la forme inhabituelle de liquidités régulièrement renouvelables :

« Si la Colonie disparaissait, ce serait une catastrophe parce que les gens ont pris l'habitude de bien vivre. 300 F par mois multipliés par 1 200 pensionnaires, ça fait 360 000 F qui entrent dans la ville tous les mois, plus les salaires des employés, plus les médicaments... »

Partant, il constitue un « secteur rapporté » dans le fonctionnement économique. Les disponibilités sont traitées comme un « surplus » dépassant « le niveau socialement reconnu nécessaire à la subsistance des membres » de la société (Godelier, 1966).

Tout se passe comme si les ressources du placement étaient dévolues à des activités non directement productives et devaient même chez les plus pauvres, se montrer comme surcroît :

« Les pensionnaires, ça joue un rôle assez important dans les régions où autrefois c'était pauvre. Saint-Bonnet, c'était un pays où les gens étaient pauvres par le fait que le sol est pas riche. En partie, tous les gens ont des pensionnaires : ça leur a permis d'agréments leur maison, de faire des peintures. C'est beaucoup mieux. Y a eu des

¹ Cette partie de l'Allier, dénommée « campagne rouge », acquise de longue date aux courants politiques de gauche, était depuis l'après-guerre une circonscription communiste. Le chef-lieu de canton auquel était rattaché le siège de la Colonie avait une municipalité communiste, très opposée à l'implantation de malades dans sa commune.

constructions. Alors que j'ai la certitude, si il n'y avait pas eu de pensionnaires dans cette région, eh bien le pays non seulement restait pauvre, mais il le serait encore bien plus. »

Dans la plupart des cas, les revenus du placement servent à une consommation immédiate accrue quand elle n'est pas ostentatoire, ou à la poursuite de biens immatériels, prestige, jouissance, culture, etc. :

« Ça permet de conserver le terrain hérité, tout ça permet les plaisirs, l'habillement, la voiture, la télévision, un roulement d'argent, quoi ! »

Un peu à la manière d'une « économie d'aubaine » (Poirier, 1968), la Colonie court-circuite le cycle de l'économie locale et modifie la hiérarchie des besoins sociaux par la valorisation des signes extérieurs de richesse et du standing de vie élevé, comme en témoignent le soin porté à l'apparence et au confort des demeures, à l'automobile, à la recherche des loisirs ou l'importance accordée à la promotion scolaire ; entre dans la même ligne d'intérêt la satisfaction que les habitants retirent de la fréquentation de pensionnaires cultivés :

« Il y a eu des gens qui sont passés à la Colonie qui étaient très valables ; et si la population apporte une certaine sympathie aux pensionnaires, c'est qu'elle bénéficie de la présence de certains d'entre eux. Il y a eu un violoniste qui était très extraordinaire, il a formé des élèves et certainement a répandu le goût de la musique ici, avant que la TSF soit répandue partout. Il y en a eu aussi un autre qui a donné des leçons aux enfants du pays ; il y a eu des contacts avec la population qui en a bénéficié. »

Ce rehaussement du statut social auquel sont sensibles surtout les notables trouve, chez les moins cultivés, sa contrepartie dans la délégation aux pensionnaires des corvées quotidiennes et asservissantes.

Les habitants sont conscients des possibilités exceptionnelles dont ils bénéficient grâce à la Colonie : « Sans la Colonie, ce serait un pays mort. » On ne trouve pas les moyens d'échapper à la mort sans en tirer gloire :

« Si y avait pas ça, Ainay serait monotone, faut dire la vérité. Parce que c'est quand même que campagne et ça fait ville. Si les pensionnaires y étaient pas, les commerces seraient moins beaux. Ça fait plus important que Cérilly qu'est canton. En plus petit, ça fait une activité comme à Saint-Amand. »

Et l'on en manifeste de l'orgueil, au grand dam des gens alentour :

« Quand je vais à Cérilly, on me dit qu'on reconnaît les gens d'Ainay à leur fierté. Le représentant de la Chambre de Commerce me dit : "Je remarque tout de suite un commerçant d'Ainay à son air de supériorité". »

Critiqués, en raison de leur choix, par la population environnante, il faut bien aux membres de la communauté s'appesantir sur les compensations qu'ils y

trouvent pour « endurer » leur condition de déviants. Mais peuvent-ils éviter d'en ressentir du malaise ? Apparemment pas, l'évaluation qu'ils font de la vie sociale témoigne d'une mentalité anomique, marquée par le pessimisme et l'insatisfaction. La fierté leur semble distendre les rapports sociaux : « on ne peut pas avoir de vie sociale ici » ; l'appétit du gain, « personne ne rend rien à personne », le goût de l'ascension sociale et du prestige leur semblent entraîner rivalités, jalousies, dissensions :

« Ils ne forment pas corps, ils se détestent et s'envient les uns les autres ; ils ne peuvent rien faire ensemble. Il n'y a plus de vie sociale. » – « La vie est décentrée maintenant, il n'y a plus de réciproque, plus de vie sociale. »

Tout le malaise social se cristallise alors sur l'institution coloniale et son personnel. Les enfants du pays qui en font partie sont rejetés parce qu'ils forment, dit-on, « une aristocratie privilégiée », une caste, comme de gros bourgeois, et se placent en famille » « ils s'installent et deviennent contre la société, ils ne frayent pas avec les gens du pays ». Les médecins de la Colonie qui se plaignent de « ne pas être admis dans la ville » se voient reprocher leur isolement :

« Si il n'y a pas beaucoup de sympathisants pour la Colonie, ça dépend aussi du milieu médical : c'est un milieu fermé, ils ne cherchent pas le contact » – « Il n'y a rien entre eux et nous, ça ne les intéresse pas. Ils sont de passage ici pour un an ou deux et ont leurs relations à Paris. »

Les reproches sont d'autant plus aigus que l'on semble attendre de la Colonie qu'elle compense socialement le retrait des personnes chargées de fonctions ou de services d'intérêt public :

« Autrefois, il y avait deux médecins, l'un depuis 1913. Il n'y en a plus qu'un : il est là depuis cinq, six ans et avant lui, il s'en est succédé deux, qui sont restés chacun quatre ou cinq ans. Le vétérinaire, c'est la même chose. Dans un petit pays, il faut avoir l'âme chevillée au corps pour rester ; en plus, ici, les gens sont infidèles. » – « La Colonie fait fuir les gens : quand l'ancien curé est parti, le diocèse a eu des difficultés pour trouver un remplaçant. Il a essuyé dix-sept refus avant de trouver un prêtre volontaire. C'est la même chose avec les instituteurs. Remarquez, parmi les instituteurs qui ne voulaient pas venir, une fois qu'ils ont été là, ils sont restés. »

Mais l'hostilité manifestée à l'égard du personnel de la Colonie, si elle exprime le rejet de ceux qui approchent les malades mentaux, est aussi le résultat des conflits, latents ou manifestes, qui ont résulté de l'opposition entre demandes de l'institution et demandes de la population en matière de prise en charge des pensionnaires.

LA LOI DU MILIEU

[Retour au sommaire](#)

Dans le milieu vivant au contact des malades mentaux, des attitudes et des comportements spécifiques ont tôt fait d'apparaître à l'égard de ces derniers. Quatre années suffirent pour qu'émergent des signes de discrimination, la réserve affable laissant place au dénigrement :

« Le malade est surtout regardé comme une source de gain. Il est certain qu'avec le temps les bredins, suivant le terme du pays bourbonnais, seront plus charitablement, plus fraternellement considérés par certains habitants, nourriciers ou non... Nous avons encore à nous plaindre parfois de la façon de se conduire des enfants à l'égard des malades qu'ils tourmentent » (Rapport 1904).

À mesure que, les craintes s'estompant, s'affirment les intérêts de la population et que, son nombre augmentant, le groupe des malades devient plus saillant, la déconsidération se fait plus évidente :

« Mauvaise pour les habitants, la pléthore de malades est encore pire pour les malades. Devenus des gêneurs par leur trop grand nombre, nos malades ne sont plus respectés comme il conviendrait. Il se crée une atmosphère de mépris pour les bredins » (Rapport 1911).

De leur côté, les nourriciers se forment leurs propres règles de vie qui ne sont pas toujours compatibles avec les exigences de la Colonie. Dans le bourg d'Ainay, qui pourtant voudrait monopoliser les placements et s'élève contre l'installation de malades dans d'autres communes tant que ses demandes ne sont pas satisfaites, les nourricières ont tendance à rejeter les malades hors de leur maison en dehors des repas ou des temps de repos. L'insuffisance de la surveillance et des soins, la répugnance même à assurer aux malades autre chose que leur entretien matériel, les économies réalisées au détriment de leur nourriture et de leur chauffage sont autant d'obstacles que les directeurs rencontrent dans leur tentative d'instaurer un meilleur mode d'internement.

Dans ce domaine aussi la guerre de 1914-1918 vint infléchir, de manière définitive, le régime de vie souhaité au départ pour les malades. Il était impliqué dans la conception de l'assistance familiale que les malades prennent leurs repas avec la famille nourricière. Ce fut le cas dans les premières années de la Colonie. Mais la période de pénurie due à la guerre favorisa la séparation des repas et offrit un excellent prétexte aux familles pour échapper à une contrainte déplaisante :

« La cherté des denrées s'est accrue et en particulier le vin et de nombreux nourriciers se sont plaints que, ne consommant plus de vin pour eux-mêmes, ils trouvaient exagéré d'en donner aux pensionnaires mangeant à la même table qu'eux. Aussi ai-je cru devoir tolérer une légère dérogation au règlement, car en principe les malades doivent être traités comme les familles mêmes des nourriciers. Il arrive que dans

certains placements où on autorise que les malades mangent à part, les pensionnaires continuent à recevoir du vin, tandis que les nourriciers n'en consomment point. Je n'ai pas remarqué de différence sensible entre ces menus et ceux d'avant guerre. Le meilleur critère de l'alimentation est la santé des pensionnaires et l'expression de leur satisfaction ou de leur mécontentement » (Rapport 1915).

Les repas ne furent plus désormais pris en commun, et cette dérogation devint la règle que le milieu imposa à l'établissement. Aujourd'hui, nous le verrons, l'habitude de manger avec les pensionnaires est considérée comme un écart à une norme que, seules, quelques rares familles s'autorisent, au risque de paraître déviantes.

Peu à peu, le pays affirmait sa loi, celle de son meilleur profit sans doute, mais aussi celle de son meilleur aménagement avec la folie. Déjà cette loi influait sur la définition de l'institution. Les responsables furent amenés à composer avec la population pour faire admettre la Colonie, usant tour à tour d'autorité ou de persuasion pour faire accepter certains impératifs, mais aussi à se ranger à ses exigences les plus irréductibles et même à la couvrir quand il s'est agi de défendre l'existence de l'institution. Ils connurent les uns après les autres des succès variables, et leurs séjours dans l'établissement furent d'autant plus rapides qu'ils étaient plus intransigeants sur le bien-être des malades. Ceux qui permirent que se forge, dans l'imbrication des attentes du milieu et des demandes de la Colonie, l'institution que nous découvrons aujourd'hui connurent un règne long ; pour ceux-là, les données locales furent souvent plus contraignantes que les principes de l'hôpital, le point de vue des habitants souvent plus déterminant que celui des malades.

Tant que le pouvoir médical put modeler les réactions locales, dans le conflit ou la négociation, elles demeurèrent objet d'attention. Mais dès 1920 le silence se fit sur la réponse du milieu comme si, enfin prise et figée dans un moule immuable, elle était désormais connue et subie, rouage essentiel et intangible d'une organisation au fonctionnement de laquelle on allait s'attacher de préférence à la considération de ses agents ou bénéficiaires.

Un souci néanmoins est demeuré constant chez les directeurs au long des années, celui de ne pas nuire au pays en y amenant des malades par trop perturbateurs. Se démarquant par rapport aux doctrines de leur temps qui prônaient l'internement des fous, ils ne se départissaient pas, dans leur entreprise, des scrupules qu'elles induisaient. Les choix qu'ils demandaient de faire dans les cas que Paris leur envoyait, et que plus tard ils obtinrent d'opérer eux-mêmes dans les asiles de la Seine, répondaient autant à ce critère qu'au désir de trouver pour certains types de malades une meilleure forme de soins, un régime de vie mieux approprié ou simplement de les arracher à l'internement. Les points de vue sur le chapitre de savoir quelles affections étaient justiciables du placement en Colonie ont varié selon les conceptions psychiatriques que les médecins avaient en propre ou partageaient avec leur temps, et selon les besoins en effectifs nécessaires au bon

fonctionnement de l'hôpital. Dans une certaine mesure, ont également joué la disponibilité qu'ils prêtaient à la population et les prestations qu'ils en espéraient. Il est arrivé que celle-ci intervienne pour mettre fin à certaines expériences ou obtenir le retrait de certaines catégories de malades. Par ailleurs, le système de contrôle mis en place par l'établissement, le renforcement progressif de la coordination entre le personnel hospitalier et les nourriciers ont permis de limiter au minimum les « incidents » dont le taux a toujours été remarquablement bas.

Cette politique a montré en tous points son efficacité : la population actuellement fait preuve, sur ce plan, d'un sentiment de sécurité indéniable. Sans doute a-t-elle eu pour conséquence de priver des avantages qu'offre cette forme d'hospitalisation certains malades qui auraient pu en bénéficier, sans dommage pour personne, pour peu que les scrupules ou les appréhensions eussent été moins forts ou moins encouragés par les idéologies psychiatriques. Sans doute a-t-elle favorisé indirectement ou laissé s'enraciner des comportements défensifs ou préventifs, qui se révélèrent et peuvent encore se révéler préjudiciables à l'évolution de certains cas vers la guérison. Du moins a-t-elle facilité l'apparition d'une attitude plus ouverte à la maladie mentale qui fait la qualité de l'environnement humain dans lequel s'inscrit la Colonie.

Mais, surtout, cette politique a eu pour effet de circonscrire l'éventail des catégories psychiatriques admises en Colonie de manière relativement stable dans le temps, privilégiant les cas d'arriération et les affections chronicisées : l'arriération mentale moyenne (imbécillité) représente 24,5 %, des affections ; les cas de débilité, 22,5 %, comme ceux de schizophrénie chronique, alors que les délires chroniques ne font plus que 10 % et les psychoses alcooliques, 8 %. Cette distribution reflète à sa manière les obsessions, les besoins et l'histoire de la Colonie par le privilège qu'elle donne à certaines catégories. Celui que reçoivent les pensionnaires âgés et les maladies stabilisées – et, inversement, le petit nombre de cas proches de la phase médico-légale, ou manifestant des déséquilibres caractériels – répond à la crainte de danger social et sexuel ; celui des arriérations et de certaines formes chroniques, au besoin d'assurer sans encombre une main-d'œuvre rurale. La faible marge laissée aux cas de névrose, de dépression ou à certaines formes d'alcoolisme dénote la difficulté d'obtenir de la part des nourriciers et au-delà des services matériels un appui dans le soutien psychologique de ces malades. Enfin, le pourcentage minime réservé à l'épilepsie obéit au souci de ménager une population très sensibilisée au spectacle que donnent ses crises, aujourd'hui encore sources de frayeur.

Cette stabilité dans la représentation des types pathologiques donna au pays une expérience spécifique de la maladie mentale qui devait influencer partiellement sur ses représentations de la folie. L'introduction des thérapeutiques chimiques a quelque peu modifié ce tableau. Moins cependant que certains médecins l'auraient souhaité. Ceci, en raison même des résistances manifestées dans le milieu d'accueil à l'égard de tout changement dans ses habitudes de vie et de rapport avec les

pensionnaires. Et, surtout, en raison de la rémanence de certaines croyances que les médicaments sont venus réactiver, bouleversant l'équilibre cognitif dans lequel la communauté s'était installée à la faveur de la cristallisation du profil de la population des malades. Mais ceci est une autre histoire dont nous reprendrons le fil après avoir examiné le détail des rapports entretenus avec ces derniers. Ces rapports dont nous venons de dessiner le cadre ne manqueront pas d'être structurés par les éléments que l'histoire coloniale a permis de dégager : le malaise devant la présence de fous, l'intéressement économique à leur hébergement. L'un et l'autre ont contribué à forger un système institutionnel moulant le destin des pensionnaires en Colonie.

Chapitre 2

Habitude et défense identitaire

« L'an dernier, des gens qu'on avait connus en vacances sont passés nous voir. Ils sont restés deux ou trois jours. On n'avait rien dit si on avait dit que je travaille ici dans la psychiatrie !

« Ils ont dit : "Qu'est-ce que c'est que ces gens ?" Alors on leur a dit : "Ben voilà, c'est des malades."

– Comment c'est des malades ?

– Ben oui, c'est des malades psychiatriques, quoi !

– Oh, ils ont dit, c'est pas possible, ça, c'est incroyable !

« C'est bizarre, ici, chacun s'habitue, c'est une accoutumance. »

Un infirmier.

[Retour au sommaire](#)

Quel visage donc présentait la Colonie quelque soixante-dix ans après sa création ? Soixante-dix ans : le temps pour que plusieurs générations aient à vivre de conserve avec des malades mentaux ; pour que des pensionnaires aient pu vieillir et y mourir ; pour que des enfants aient pu naître sous leur regard et parfois même de leurs œuvres, grandir auprès d'eux et, parvenus à l'âge adulte, s'établir en les accueillant. Comment vit-on avec les fous aujourd'hui ?

SAVOIR-VIVRE-AVEC ET HABITUDE

Le temps, c'est précisément ce dont argue la population pour expliquer une aptitude à vivre avec les malades mentaux qu'elle ressent comme originale et unique. Il a permis que se constitue cette « habitude », leitmotiv avancé de toutes parts en guise de raison, « l'habitude du pays » sur quoi vient buter toute interrogation, parfois ainsi que sur une fin de non-recevoir : « Vous n'apprendrez rien, c'est l'habitude et puis c'est tout. » Cette réponse fut maintes fois recueillie, en début d'enquête, à l'annonce du projet d'interroger la population. Venant des membres de l'établissement hospitalier, pour la plupart enfants du pays, l'argument avait plusieurs sens. Scepticisme sans appel, souvent mêlé d'ironie, devant la naïveté d'explorer ce qui est reçu comme une règle sociale. Mais aussi dans le « c'est tout » du refus d'éclaircissement, protection de ce que l'on tient à cacher. Et

sous la règle du silence, la dénégation de tout problème latent. Cet aspect de dénégation a souvent été souligné par les chercheurs s'intéressant aux attitudes réservées aux malades mentaux (Cumming et Cumming, 1959). Faut-il y voir comme Dufrancatel (1968) une négation de la folie dans les milieux populaires, négation qui équivaldrait à acceptation, tolérance ? La question mérite attention et sera examinée une fois élucidées les significations prêtées à la notion d'habitude.

Cette notion est requise comme façade d'un fait collectif que l'on ne questionne plus :

« Les gens qui viennent de loin, de dehors, vous demandent comment on fait ; c'est l'habitude. On est habitués, on fait plus attention. »

Elle recouvre en fait plusieurs processus étroitement imbriqués et supposant tous un effet d'accoutumance dû au contact prolongé avec les malades. D'abord elle s'applique à l'acceptation même du système de placement qui se fonde sur l'observation, l'exemple, l'imitation et bientôt se diffuse avec la force d'une tradition :

« Tout le monde en a, tout le monde prend des pensionnaires, c'est la vie du pays. Ça existe depuis x temps. » – « En 1909, c'est la mère de mon mari qui a eu les premiers. Ils ont été de père en fils. Après c'est la fille qui les a eus, la tante de mon mari. Et après c'était moi. Il y en a tout le temps eu dans la famille. Maintenant c'est mon fils. » – « J'ai l'impression que c'est une tradition. Tout le monde, la plupart des gens ont des malades, alors on en prend aussi, et puis voilà. »

Cet enracinement dans les mœurs confère à l'hébergement de malades mentaux l'apparence de la normalité :

« Il n'y a rien à faire parler là-dessus, ils ont des pensionnaires ; ils trouvent ça normal ; personne trouve drôle. »

Cependant, le fait même de rapporter cette pratique à un lent processus d'habitude montre combien est ressenti son caractère exorbitant des réactions communes face à la folie :

« Pour comprendre un peu les rapports avec les malades, il faut considérer que ça s'est établi dans le pays dans un laps de temps très long. Y a eu une habitude des uns et des autres que vous pouvez pas retrouver là où vous mettez un asile ouvert. Là c'est quand même brutal, y a des chocs. Ce qu'il faut considérer, c'est comment l'implantation s'est faite. À présent, on a un recul, trois bonnes générations. » – « C'est parce qu'ici les gens ici sont habitués. Si on les avait jamais vus... j'ai la certitude que si c'était une question d'implantation, d'amener un asile dans une région qu'ils en ont pas une idée, qu'ils en ont jamais vus, ça serait peut-être mal pris, sûrement mal pris. Les gens ils s'y mettraient difficilement. »

L'œuvre du temps opère à travers toute une transformation psychologique de la communauté au terme de laquelle, l'incongruité étant gommée, le malaise effacé ou masqué, ce qui était plaqué de l'extérieur devient partie d'elle-même. Transformation favorisée par la familiarisation. À l'heure actuelle, toutes les personnes originaires du périmètre de la Colonie, même les plus âgées, disent qu'elles ont « toujours été habituées avec » des malades. Si elles n'ont pas « toujours été bercées avec », c'est-à-dire ne sont pas issues d'une famille nourricière, elles ont eu au moins, dès l'âge scolaire, l'occasion de côtoyer des pensionnaires sur le chemin de l'école. Les malades que l'on voit « depuis qu'on a pris la connaissance », « à peine les yeux ouverts comme la télévision », deviennent dès lors des personnages quotidiens de la scène sociale, au même titre que le reste de l'environnement. Ils ne heurtent, ni n'effraient. On les adopte même :

« Moi, c'est pareil, je les ai toujours été habituée, je les ai toujours vus. Quand j'étais petite ils étaient déjà là, alors je les aimais bien. Mais pour les gens qui sont pas de là ! Je connais un garçon qui va à la chasse à Ainay, eh bien lui trouve ça choquant. Il trouve qu'il y en a qui font la police au coin des rues, ça le fait rire, mais il trouve que c'est choquant. Pour les gens d'ailleurs... »

L'habitude traduit alors l'expérience par quoi tout, même l'insolite, devenu coutumier, finit par aller de soi. Le pouvoir de connaissance et d'acceptation accordé au simple fait de voir ne se comprend cependant que si l'on accorde que cette expérience est socialement codifiée. On apprend à voir, ou à ne pas voir, « à ne pas faire attention », et celui qui « a toujours vécu au milieu avec ces gens-là, toujours été en contact avec ces gens-là », a reçu d'emblée, de son entourage, les règles d'un savoir-vivre-avec : « Les gens sont habitués, ils ont un comportement habitué à les voir défiler. » À la fin d'un entretien, la fille de la maison, étudiante, vint se mêler à la conversation ; comme je cherchais à connaître ses impressions, le père, s'interposant, lui coupa la parole et dit à sa place ce qu'elle devait penser :

« Depuis toute petite, t'en as bien toujours vus, tu y fais pas attention, tu y trouves tout naturel, puis c'est tout quoi... »

À ce premier niveau, le savoir-vivre-avec-les-malades, qui comporte tout un répertoire de conduites réglées que nous examinerons plus loin, se limite à contrôler les réactions personnelles que peuvent provoquer des malades mentaux, par leur comportement, leurs remarques, leur déambulation, leur physionomie, etc. En rejetant hors du champ de conscience toute manifestation aberrante, ou en lui donnant le caractère d'une fantaisie sans poids – « on dit c'est des malades et on fait pas attention » –, il vise à rendre les malades aussi indiscernables que possible, à les fondre dans le décor et à leur renvoyer une image et une réponse aussi neutres que possible. Avant même que se noue toute relation directe, un modèle social permet de « appréhender » le malade mental, en régissant le processus cognitif et émotionnel que déclenche le simple fait de sa présence.

Pour transformer cette présence en « chose normale », le modèle gouverne la manière de la « considérer », de la définir, en tenant pour quantité négligeable toute apparence d'anormalité : « Mais enfin pour nous c'est assez facile de vivre, on fait plus attention, on fait pas attention. »

Il oriente aussi la réponse qu'on lui donne par une façon de prendre sur soi, en maîtrisant les retentissements intimes, rangés sous la catégorie du « choc », que cette apparence entraîne. Une personne s'étonnait des réactions de peur montrées par certains automobilistes traversant son village à la vue d'un exhibitionniste qui eut coutume, un temps, d'attendre la pleine nuit pour ouvrir, au passage des voitures, sa cape et se présenter nue à la lueur des phares. Son étonnement culmina quand des amis qui la raccompagnaient un soir, pris de panique, détalèrent en voiture et la laissèrent plantée là, face au pensionnaire. Pour sa part, elle rentra calmement chez elle, sans rien manifester, dit-elle ; mais d'ajouter : « Dans ces cas-là, on n'a pas peur sur le coup, c'est après. » Dans le commerce avec la différence, l'habitude de la tradition et du familier trouve un adjuvant dans l'habitude que fournit la manière sociale de la traiter.

Ce mode d'approche d'un autrui différent, consistant à ne pas remarquer ou ressentir en lui les éléments d'une gêne, présente une affinité avec un mécanisme psychologique fondamental, celui de la dénégation. Partant, il n'est pas dénué d'ambiguïté : radicalisé, il peut conduire à annuler purement et simplement l'existence de celui qui gêne, dans le « c'est bien simple, je ne les vois plus », ou dans la réfutation de sa qualité humaine. Mais rangeant l'autre dans l'ordre du normal, il va entraîner une attitude d'acceptation dans le côtoiement quotidien. Ainsi s'étaye cette aptitude, si évidente dans la population, à coexister, étroitement mêlée, avec des « fous ».

Celle-ci d'ailleurs n'ignore ni la difficulté, ni la particularité de son art. Si peu qu'elle soit tentée d'oublier le travail fait sur elle-même pour « endurer ça », le spectacle des réactions que présentent les gens de passage suffit à le lui rappeler. On fait volontiers des gorges chaudes de la surprise du chauffeur qui, demandant son chemin, se voit orienté – souvent dans une mauvaise direction – par un pensionnaire, ou de la panique de cette femme, « blême, hurlant de terreur », parce qu'un pensionnaire tourne autour de sa voiture. Les représentants de commerce offrent, sur ce plan, un échantillon particulièrement varié de manifestations pitoyables et risibles. Quant à ces Parisiens qui avaient loué une maison dans un bourg et « même versé des arrhes, mais quand ils ont vu ces gars-là dans les rues, ont pris peur et le lendemain sont partis, on ne sait pas s'ils n'étaient pas plus malades que ces gars-là ». Mais, quoi qu'elle en dise, teinté de mépris, la population mesure combien elle diverge, dans et par son processus d'habitation, des autres :

« Je n'ai jamais vu autre chose, ils font partie du pays. Les gens qui viennent d'ailleurs sont choqués. C'est une question d'habitude, on éprouve ni peur, ni rien. »

De là à se sentir différente, il n'y a pas loin :

« Vous savez, *du fait d'être ici, j'ai été marqué... Marqué, non faut pas dire, faut pas dire ça*. Mais enfin on se rend compte de la différence qu'on fait quand on connaît pas. Nous enfin on peut pas en faire une chose différente, comme le type qui vient de 50 km, qui n'a jamais vu de malade, jamais vu de malade et puis qui s'implante dans ce pays. Mais nous on avait toujours l'habitude ; j'allais à l'école, y avait des malades. »

Avant d'aller plus loin dans l'exploration des conséquences que ce procès d'habitation va avoir pour la population, arrêtons-nous à l'examen de ce qu'impliquent, du point de vue du contact avec l'altérité, ses différentes modalités situées à l'articulation du social et de l'individuel.

HABITUDE ET NORMALISATION DE L'ABERRANCE

[Retour au sommaire](#)

Derrière la notion d'habitude, nous retrouvons le phénomène couramment relevé par les anthropologues quand leurs informateurs, incapables de donner la raison inconsciente ou implicite de certaines pratiques collectives, en appellent à la tradition ou l'habitude (Lévi-Strauss, 1958). Nous retrouvons aussi ce que les sociologues identifient comme le processus préalable à l'institutionnalisation : l'habitation (*habitualization*) qui, subsumant la variété des situations sous une même prédéfinition, économise l'effort adaptatif, soulage les tensions, facilite l'action et se fonde, sous forme de routine, dans l'évidence d'un savoir commun (Berger et Luckman, 1966).

Mais, dans notre communauté, l'appel à l'habitude d'une tradition collective avait aussi valeur de masque, opposé qu'il fut à la tentative de pénétration dans le milieu pour y enquêter. On peut y voir le signe d'un processus relevant de la psychologie collective dont il nous faut analyser la dynamique. Processus auquel fait pendant le travail des individus sur eux-mêmes pour maîtriser leurs réactions à la présence des malades mentaux et à leur spectacle.

Cet aspect psychologique pourrait incliner à voir dans ce que les enquêtés nomment habitude la généralisation d'un mécanisme purement individuel. D'autant que nombre de travaux, dans la littérature psychosociologique, entendent rendre compte, dans des lignes d'inspiration behavioriste ou psychanalytique, du phénomène qui nous occupe, sous son double aspect de familiarisation et de neutralisation défensive des signes de l'aberrance et des réactions qu'ils suscitent. Tel ne sera pas notre point de vue ici, et voici pourquoi. Il y a d'abord le fait que ces travaux, qui tous veulent expliquer l'attitude comme disposition de réponse à un objet-stimulus, humain ou non, social ou non, par un mécanisme interne à l'organisme, manquent à saisir la dimension sociale de la réponse et du comportement (Moscovici, 1970). Il y a ensuite le fait qu'ils ne permettent pas

d'expliquer le caractère collectif d'une réponse, autrement que par l'identité des réactions individuelles face à une même situation – ce qui revient à évacuer le social – ou par une hypothèse « diffusionniste » de partage collectif qui postule, sans l'intégrer comme dimension explicative, la communication. Du moins est-ce ce que nous semble supposer l'idée de plus en plus répandue que les attitudes, croyances, représentations sont sociales parce que communément partagées (*commonly shared*.) On ne s'intéresse ni à ce qui peut être socialement « informé » dans la réponse individuelle, ni à la façon dont s'opère cette mise en forme, non plus qu'aux effets de la communication et de ce qu'elle véhicule.

Ainsi en va-t-il pour l'habitation comme familiarisation. Le modèle behavioriste va rendre compte de la formation d'une attitude favorable ou d'acceptation par le simple fait du contact répété, de la « simple exposition ». Cet effet de fréquence a été étudié dans des domaines divers et jusque dans les relations entre groupes sociaux, sans que l'on sache vraiment rendre compte du processus mental qui lui est sous-jacent (Fodor, 1981, p. 6, 28). Celui-ci doit être reconstitué en s'attachant à l'activité que le sujet déploie pour intégrer ce qui est nouveau dans son propre cadre de référence, le situer dans son champ d'information et d'évaluation. Cadre et champ socialement ordonnés en ce qu'ils ressortissent à l'arrière-fond de la connaissance de sens commun (*back-ground common understanding*) dont l'interactionnisme symbolique et Pethno-méthodologie (Schutz, 1962 ; Garfinkel, 1967 ; Cicourel, 1973) ont établi le rôle dans les attitudes de la vie quotidienne, l'organisation sociale et les pratiques correspondantes. S. Moscovici (1976, 1981) a contribué à éclaircir ce processus mental en montrant comment, dans l'univers cognitif, la représentation sociale aide à la « familiarisation de l'étrange » en infléchissant, voire transformant toute information nouvelle à partir des modèles socialement construits grâce auxquels l'individu va se repérer et agir dans son environnement, et harmoniser sa position avec celle de son entourage. Cette approche peut être appliquée et élargie ici.

En effet, ce que les interviewés décrivent sous le terme d'habitude concerne la modalité sociale selon laquelle ils intègrent cet objet autre et insolite qu'est le malade mental, dans leur univers cognitif certes, mais tout autant, sinon plus, dans leur univers pratique et émotionnel. Ils ne se contentent pas de réagir de façon privée à une expérience commune, celle de la présence de l'aberrance dans le paysage social. Ils y répondent et apprennent à y répondre d'une manière standardisée. Dans leurs dires, l'habitude se présente comme un des ces « faits de vie naturels » (*natural facts of life*) qui sont des « faits de vie moraux » (*moral facts of life*), pour reprendre les belles expressions de Garfinkel (1964, p. 225). C'est l'habitude de la communauté qui gomme l'insolite, rend visible et pitoyable l'expression du désarroi et de la peur devant les fous, qui appelle une maîtrise de soi et une réponse semblable chez tous ses membres. Et ce fait nous interroge doublement. D'une part, nous mettant en présence de la production et du contrôle par le groupe d'affects sociaux, il soulève un problème dont Garfinkel notait à juste titre (*ibid.*, p. 233) qu'il reste encore *terra incognita* pour les sciences sociales :

celui de l'incidence de l'arrière-fond de connaissance commune sur la genèse et le devenir des affects sociaux. Cette préoccupation va être au centre de notre investigation. D'autre part, se pose la question du pourquoi de ce contrôle social. Qu'est-ce qui est en jeu derrière cette codification de la façon de percevoir des malades sur la scène publique et d'y réagir ? N'y aurait-il pas une défense d'un équilibre collectif ?

Car la gêne, la peur ou le malaise ne sont pas absents ; ils ne doivent pas se manifester. Quoi qu'elle en ait, la population n'écarte jamais tout à fait de sa conscience la menace sourde et proche de la folie :

« Moi j'ai l'impression qu'il y a certaines personnes qui vont faire des objections au point de vue de la crainte. Parce que vous savez, on en voit ! J'attends justement la petite à la sortie de l'école, sur une place où il y a un arrêt de cars. Je me mets ici comme beaucoup d'autres mamans, avec la voiture, vous en avez qui vont venir vous parler, rigoler parce que justement on est des femmes. Je trouve que quand même, il y en a qui ne sont pas très enviables pour la population. Y en a qu'on fait pas attention, mais y en a d'autres... Y en a un entre autres, en montant vers Saint-Mamet, y en a un moi qui me plairait pas du tout. Je sais que je le trouverais en vélo, peut-être qu'il est pas à craindre, je sais pas, mais rien qu'à sa figure, à sa physionomie, il me fait impression. Il marche un peu en danseuse, et il a une figure noire, et des yeux... il vous fixe, c'est vraiment épouvantable, et moi vraiment il me donne la peur. Il a quelque chose qui m'inquiète. Il a une figure, je ne saurais, qui est... je ne saurais pas dire quoi, mais ça m'impressionne. Il a des yeux qui vous fixent ! Il vous fixe, là, quand il vous regarde, rien que ça, je peux pas dire l'effet que ça me donne, ça me choque un peu à ce point de vue là. »

Face à la présence multiforme et incessante de la folie se constitue tout un savoir subtil pour étouffer le surgissement de cette obscure appréhension, traduite dans le leitmotiv lapidaire « il vous donne la peur », et qui parfois terrasse comme un mal spécifique : « la crise de peur ». De ce point de vue, l'aplanissement des réactions émotionnelles relèverait d'une technique collective pour maintenir une façade sociale pacifiée et harmonieuse. On conçoit dès lors que l'individu puise dans le savoir-faire du groupe les formes de sa maîtrise puisqu'il doit se forger une expérience congruente avec celle de son entourage social, s'exprimer en consonance avec lui.

C'est pourquoi, à voir s'élaborer chez tous une position défensive conduisant à ne pas « faire attention » aux malades mentaux, et même à « ne plus les voir », il est difficile de se limiter à interpréter ce type de dénégation en termes de mécanismes de défense purement intra-individuels et subjectifs. Certains psychosociologues recourent à un schéma psychanalytique pour démontrer que, chez des personnes placées dans des conditions sociales semblables, la dynamique inconsciente pour surmonter les conflits liés à ces conditions opère selon des mécanismes de défense similaires (Dollard et Miller, 1950). Appliquée au phénomène que nous décrivons, cette conception reviendrait à dire que la situation

de coprésence avec les malades active le même type d'ajustement intrapsychique de façon inconsciente. Mais, alors, comment expliquer que le mécanisme qui dicte la réponse de dénégation atteigne un niveau de conscience tel qu'il soit communicable et transmissible comme manière de faire ? Si, comme nous l'avons vu, l'habitude socialement partagée et collectivement alléguée recouvre bien une part inconsciente, celle-ci est d'un autre ordre que ce à quoi renvoie l'interprétation psychanalytique de la résolution d'un état conflictuel. Pour plusieurs raisons. Le caractère inconscient de l'habitude concerne plutôt les raisons, les significations qui conduisent à son adoption collective.

Le contrôle cognitif et psychologique des avatars de la confrontation avec les malades mentaux est appris comme technique socialement transmise. Il relève d'une régulation collective du processus de coexistence avec la différence. Cette régulation en homogénéisant la réponse du groupe estompe la différence pour rendre vivable la coexistence. Il est aussi permis de penser qu'elle répond à un sentiment, un état, qui affecte la collectivité et qu'elle vise à réduire un conflit éprouvé au niveau du groupe.

En effet, la dénégation des caractères déviants d'une conduite est un processus souvent mis en évidence lorsque l'identité, la respectabilité, la façade normale d'un groupe est mise en péril par le fait d'un de ses membres. Ceci vaut particulièrement pour les réponses à la maladie mentale. Scheff (1967) a noté dans la perception sociale des malades mentaux un phénomène de bipolarisation entre l'étiquetage et le déni ; Cumming et Cumming (1959) ont recensé plusieurs formes, primaires et secondaires, de dénégation du problème posé par la maladie mentale quand une communauté se trouve directement impliquée par elle. Le phénomène se trouve accentué dans le cas de groupes restreints comme le groupe familial. Star (1955), Yarrow *et al.* (1955), Freeman et Simmons (1963) ont souligné la résistance des familles à caractériser le comportement perturbé d'un de leurs membres dans les termes que propose la psychiatrie et une tendance à considérer comme normaux les symptômes d'une pathologie mentale. De nombreuses recherches montrent la permanence dans divers pays et à travers diverses cultures de cette tendance à normaliser la maladie mentale pour ne pas reconnaître et désigner aux autres l'un des membres de la collectivité comme malade, au risque d'entraver son traitement et sa réhabilitation (Lyketsos, 1983). La dénégation nous paraît s'étayer sur un mécanisme de défense sociale contre une blessure narcissique, une menace pour l'identité d'un groupe et de ses membres par stigmatisation ; défense qui réclame l'effacement symbolique de l'élément perturbateur et de son marquage et peut aller jusqu'à la négation du malade et son isolement.

On peut à ce propos appliquer à l'échelle de notre collectivité et des conséquences de la présence des malades mentaux en son sein la notion de « symboles de stigmaté » que Goffman oppose à celle de « symboles de prestige » et dont il dit que « l'effet spécifique est d'attirer l'attention sur une faille honteuse dans l'identité de ceux qui les portent et qui détruisent ce qui aurait pu être un

tableau d'ensemble cohérent, avec pour conséquence un abaissement de l'appréciation » (1975, p. 59). Le phénomène d'habituation par lequel la population s'accommode à la présence des ressortissants de la Colonie vient en atténuer la valeur symbolique négative. Dans ses significations, ce phénomène reste évidemment inconscient et son fonctionnement se rapproche de celui d'une pensée tacite (Polanyi, 1966). Au plan du contact quotidien sur la scène publique, l'habituation opère une décantation de l'aberrance, une répression perceptive, une « subception » de ses caractéristiques et répercussions gênantes, en sorte de s'y ajuster, au mieux de l'équilibre du groupe, par un savoir-faire social devenu tacite parce qu'intériorisé dans le fonctionnement psychique.

En questionnant l'allégation d'une habitude, nous n'avions pas seulement le projet, méthodologique, de pénétrer les dessous d'une réponse de façade, apparemment vague ou superficielle, donnée par un groupe aveugle à ses mécanismes relationnels, ou celui, psychologique, d'élucider les implications particulières du processus invoqué. Sa diffusion et son impact profond sur l'attitude de ceux que nous interroignons forçaient d'emblée à tenir l'habitude pour expression première et générique de l'acceptation des malades mentaux. Son exploration nous semblait un préalable à la compréhension des processus qui sont à l'œuvre quand une communauté intègre une population qui lui est exogène et, de surcroît, marquée du sceau de la différence, processus généralement peu étudiés, quelle que soit la différence concernée : maladie, sexe, ethnie, nationalité, etc.

Si l'habitude est bien ce que nous venons d'en dire, on doit en déceler l'effet dans les formes qui, collectivement homogènes, servent à gérer le contact avec les malades et dans l'expression des inquiétudes et des menaces qu'elle permet de surmonter et de masquer.

Ce repérage s'opérera d'abord au niveau du contact sur la scène publique puisque la façade sociale est le lieu où se joue, de façon manifeste, quelque chose de l'identité d'un groupe. Déjà quand, n'importe où, s'ouvrent les portes de l'asile, se nouent en ce lieu les conflits engendrés par la présence des fous. Celle-ci n'implique pourtant que quelques individus dans des rencontres brèves et épisodiques. Il en va autrement pour la Colonie. Le nombre, l'ubiquité, l'implantation des malades imposent la présence d'une masse humaine dont la population ne peut éluder ni l'envahissement, ni les répercussions qu'en subit son image.

Cette situation tient bien sûr à la concentration des malades atteignant parfois aux yeux des responsables un seuil critique. Cependant, l'éparpillement d'un millier de malades sur treize communes crée des conditions de contact fort différentes. La proportion des malades par rapport à la population subit d'importantes variations d'une commune à l'autre, d'un coin de campagne à l'autre, passant de moins de 5 % à 32 % de la population locale, excédant, dans certains cas, le volume de la population nourricière elle-même. Et si, dans certains bourgs,

leur volume fait impression, il reste minime dans tel ou tel hameau, pour devenir ailleurs si faible que chaque pensionnaire se trouve comme perdu au fond d'une ferme, elle-même isolée au bout d'un chemin, ou dans une clairière de la forêt. Ce que l'on dit être, dans le milieu rural, tolérance n'est parfois que cet oubli dans un lointain agreste.

FIGURES ET IMAGES DU CONTACT PUBLIC AVEC LES FOUS

[Retour au sommaire](#)

La densité relative des pensionnaires va avoir une incidence sur la façon dont s'aménage leur contact avec la population. Ceci est particulièrement visible quand l'occasion de contact, cérémonie ou festivité, engage un public nombreux, comme nous le constatâmes en maints lieux différents.

Trois fêtes furent, sur ce plan, particulièrement illustratives. Deux d'entre elles, annoncées dans la région par voie d'affiche, drainaient un public venu de tout le canton et même de plus loin. La première était organisée un lundi de Pâques autour d'une « roulade » ou « manche » d'œufs, fête traditionnelle au cours de laquelle des œufs durs, distribués gratuitement, sont consommés avec une brioche et un verre de vin. Nous étions à l'extrême limite du territoire de la Colonie où les placements se font rares. Dans la commune même, une seule ferme accueillait un pensionnaire. Celui-ci était de la fête, unique représentant de l'institution. Nous le reconnûmes pour l'avoir déjà vu, et seul un œil averti aurait pu déceler, dans le vêtement ou l'attitude, l'appartenance administrative de cet homme qui restait aux côtés de la « nourrice », trop craintivement pour son âge. Mais personne dans le public ne remarquait ces nuances et l'homme, quand il a été moins effarouché, s'est fondu dans la masse, derrière le défilé de majorettes. Aucun espace entre lui et les autres, aucun de ces regards ou de ces gestes retenus qui trahissent l'effort du faire-comme-si-on-voyait-pas. Après le défilé, il s'est joint à ceux qui rejoignaient par petites bandes le reste de la fête. Peut-être alors a-t-il remarqué la désinvolture de ces jeunes qui, environnés d'un rire complice, taquinaient un pauvre hère, sorti d'une ruine, l'idiot du village. D'un mouvement comme rituel, les garçons approchent l'idiot, l'interpellent d'un sobriquet familier mais sans mépris, le chatouillent d'un bout de bois jusqu'à ce qu'il frémissse et agite la baguette qu'il tient à la main. Alors une voix avertit : « Attention, il pourrait s'énerver et devenir méchant, vous donner un coup de trique » ; on s'écarte puis l'on reprend le jeu d'agacement tant que l'excitation du partenaire n'atteint pas un seuil inquiétant. Ainsi fait-on de son chien, prenant soin qu'il n'« enrage pas de trop ». Au bout de quelques passes, lassés, on repart, entraînant après soi le compagnon de jeu, sans que personne ne prenne ombrage. Nous sommes loin, dans cette joute ouverte et naturelle, de la réserve embarrassée propre à ceux qui, entourés de nombreux pensionnaires, découvrent parmi les leurs, natifs du même pays, un homme « qui en est ».

En ce lieu retiré de la zone de placement, trop distant pour que s'y rendent les pensionnaires privés de moyens de transport, le seul à y avoir accès trouvait sa place de plain-pied parmi des promeneurs qui n'arboraient pas d'attitude prévenue ou d'air averti. Il fallut que la « folie » revêtisse l'accoutrement d'une bouffonnerie folklorique pour que se déclenche un style de comportements coutumiers visant à débusquer la méchanceté attendue sous le masque inoffensif, hors de toute contrainte et de toute distinction. Une impression de symbiose et d'ouverture émanait de ces réjouissances pascales.

Impression que ne devait pas dégager cette autre fête, de tradition plus récente, où les pensionnaires, en foule, partageaient avec la population des plaisirs de foire. Cela se passait au cœur même du périmètre de la Colonie. En plein été, on célébrait la fête des « anciens d'AFN » qui avait dressé ses dispositifs le long d'un étang. Entre les stands, une estrade pour le spectacle en face de laquelle, sur un terre-plein, quelques chaises pliantes devaient permettre d'y assister confortablement. Certains pensionnaires, habitués de la fête, étaient arrivés dans les premiers afin de prendre possession des sièges l'après-midi durant. Ils trônaient là, dominant du regard les ébats publics. Au moment des intermèdes musicaux et folkloriques, la foule se massait près de l'estrade, tandis que s'étalait, autour du carré de chaises qu'occupaient les pensionnaires, un parterre de dames, d'enfants et de personnes âgées, assis à même le sol. Certains ont pris soin de réserver une légère distance entre eux et les pensionnaires, mais il n'y a eu personne pour contester leur place : l'astuce méritait le privilège et, sachant à qui on avait affaire, mieux valait « ne pas prêter attention ». Ainsi les malades jouissaient-ils, dans la paix isolée du laisser-faire, d'une supériorité passagère.

Autour des stands, la foule était moins homogène. De petits groupes s'agglutinent un instant devant un stand ou au gré d'une rencontre, pour reprendre bientôt leur déambulation par grappes. L'assistance se renouvelle sans arrêt, beaucoup sont venus de loin mais personne ne s'attarde. Le rythme de ces passages éphémères fait plus pour l'animation générale que l'entrain des participants eux-mêmes entre lesquels se déplacent plusieurs dizaines de pensionnaires. Solitaires ou par groupes, ces derniers créent autour d'eux un vide discret et, s'ils s'adressent à quelqu'un, n'obtiennent pas de réponse. Un peu partout les parents gardent leurs enfants à portée de main ou de regard, veillent discrètement à ce qu'ils ne s'attardent pas avec un inconnu. Cette vigilance feutrée fait régner, comme en d'autres rassemblements où le pensionnaire fait nombre, un climat de tension et de retenue. Ce public-là, fait à la fois de gens du coin et de visiteurs venus d'un peu partout, présentait un mélange ambigu de réserve et d'acceptation à l'égard des pensionnaires. Les premiers, indifférents, faisaient comme s'ils ne les voyaient pas, mais ne s'en écartaient pas vraiment. Les seconds restaient sur le qui-vive, s'en isolant par une frange de silence et de vide. Bien que, par la localisation de la fête, ils se soient attendus à trouver des pensionnaires, ils s'y sont rendus cependant, certains que leur nombre serait faible par rapport au reste de l'assistance, quitte à s'en protéger par une surveillance constante et généralisée. Mais il est des « pays »

qui ont dû renoncer à organiser toute festivité parce que l'affluence des malades en faisait fuir le public.

Au bourg d'Ainay, par contre, n'assistent aux réunions publiques que les « habitués » des malades ; ceux-ci, dès lors, ne risquent pas de se voir écartés et la fête leur appartient un peu :

« Quand il y a une fête, ils sont là. Aux défilés, ils sont là. Ils portent les torches. Ils sont là, ils sont intégrés. Il y a beaucoup plus de malades dans les défilés qu'il n'y a pas d'habitants. »

Ainsi de ce 14 Juillet où l'on attend pour 10 heures du soir la retraite aux flambeaux ; les pensionnaires ont envahi la rue. Dès que l'orphéon s'ébranle depuis le Monument aux Morts, des silhouettes sortent des maisons et se rangent de long des 200 m que devra parcourir le cortège jusqu'à la place du marché. Tous ne descendent pas dans la rue.

Viennent des gens simples, des parents qui accompagnent leurs enfants et surtout beaucoup de ces dames seules d'un certain âge, avec dans la tenue grise ou noire, dans les cheveux soigneusement permanentés et protégés d'un foulard, un je-ne-sais-quoi de net, de correct et d'un peu sévère où se reconnaissent l'aisance mesurée et l'ascendant, toujours sur ses gardes, de la veuve nourricière.

On les sent prêter au spectacle, et surtout à ses acteurs, une attention vigilante : qu'un pensionnaire fasse une petite incartade, parle trop fort ou s'adresse à un passant de façon jugée cavalière, l'une d'entre elles sera vite près de lui, trouvant le mot et le geste pour le ramener au bon ordre de la cérémonie. Comme un enfant. D'ailleurs, le 14 Juillet, c'est un peu la fête des fous et des enfants à Ainay. Derrière l'orphéon s'avance le groupe des porteurs de flambeaux : ils sont tous des pensionnaires, s'efforçant de marcher au pas, presque rigides à force d'être tendus pour que ne vacille pas l'énorme torche qu'ils tiennent à bout de bras. Les torches, dont la flamme n'est pas protégée par un lampion, semblent cierges funèbres plutôt que feux de joie et leurs lueurs instables ajoutent au fantomatique de personnages investis, un unique et court instant, celui d'un parcours de 200 m, d'une charge sociale honorifique. Les enfants, sensibles à la rare solennité du défilé, l'entourent et le suivent avec sérieux, modérant leur entrain jusqu'à l'arrivée sur la place où se tiendra le feu d'artifice.

Là, le cortège se dissout, le public, grossi des spectateurs qui remontent par toutes les rues, se forme en groupes. Une grosse masse de pensionnaires s'établit un peu en retrait de la place ; on y parle, on y bouge un peu, mais la plupart resteront immobiles, debout, en silence tout le temps du feu d'artifice. Les gens du pays circulent, s'accostent, laissant les quelques malades avides de compagnie se mêler à eux. Les enfants se sont séparés de leurs parents et jouent entre les arbres

ou les groupes, libres de toute contrainte à l'égard des pensionnaires. Un infirmier de la Colonie le faisait remarquer, le comportement des parents est différent :

« Je suis allé, il y a deux ans, à une fête à Dun-sur-Auron. Les gens s'approchaient pas des malades. Y en a une qui a approché ma fille, je l'ai laissée faire. C'est dans la profession peut-être, mais je suis certain que si la malade avait eu affaire à une nourricière, ça aurait été la même chose. »

Entre les salves des artificiers, l'orchestre y va de son petit morceau ; les enfants en profitent pour se former en farandoles dont les rubans s'insinuent entre les spectateurs, brisent ou ensèrent les groupes. Peu leur importe que ceux-ci soient composés de malades et l'on voit leurs petites silhouettes se perdre au milieu de la masse imposante que ces derniers constituent à l'écart comme s'ils voulaient réduire ce clivage spontané. Près de nous, un pensionnaire déjà âgé pleure et manifeste à grand bruit son chagrin ; allant de l'un à l'autre, il raconte entre deux sanglots qu'il est né un 14 juillet et que personne de sa famille n'est là pour son anniversaire ; tous l'écoutent et, avant de revenir à leur conversation, ont une formule de compassion. Quand il nous prend à témoin de son malheur, un couple s'approche et l'éloigne des étrangers que nous sommes, d'un geste discret : « On sait, on sait, tu es bien malheureux », dit la femme, et le pensionnaire insiste : « Le 14 juillet c'est le jour de ma naissance, ma pauvre mère doit pleurer, son fils n'est pas avec elle, elle doit se souvenir et avoir de la peine » ; l'homme le prend par le bras : « Ça, crois-moi, elle doit se souvenir du jour de ta naissance ! Ça, elle a pas dû l'oublier ! » La plaisanterie est rude, mais faite sans rire, juste une lueur d'ironie dans le regard à l'intention des témoins. Comme elle s'accompagne d'une attention protectrice et que le vieux ménage fait diversion en l'entraînant vers le bal, l'homme s'apaise.

En d'autres circonstances publiques, la population d'Ainay peut se montrer moins prompte à découvrir ses flancs. Au bal, le pensionnaire est autorisé à regarder, pas à danser. Quand les séances de cinéma ont lieu au Foyer rural, l'obscurité rend réticent et les malades sont refoulés dans un carré dont les bancs sont séparés de ceux du public. Mais parfois ils bénéficient d'une aide pour affirmer leurs droits aux biens collectifs et se montrer en égaux. Dans l'église où, autrefois, ils étaient parqués dans un espace réservé, près d'une porte latérale, ils ont aujourd'hui toute liberté de se placer comme bon leur semble. Le prêtre, qui fut taxé de « révolutionnaire » pour s'être élevé contre ces mesures ségrégatives, n'a pu, bien sûr, leur ouvrir l'accès des places attribuées de tradition à certaines familles, mais il a permis à quelques-uns d'approcher l'autel. Et s'il se trouve encore un plus grand nombre de pensionnaires vers les bas-côtés que vers la travée centrale, ceux-ci, au moment de la communion, s'unissent sans partage aux autres croyants. Cela suffit à qui veut rappeler leur similitude comme enfants de Dieu et qu'importe alors que la sortie principale de l'église leur soit interdite !

Mais, quelle que soit leur densité, les pensionnaires apparaissent dans le quotidien comme présence enchâssée dans le paysage naturel et social. La liberté

dont ils jouissent les amène à s'égailler dans la nature ou dans les bourgs. Près de la moitié d'entre eux aiment à vivre hors de leur lieu de résidence ou sont plus ou moins contraints de le faire pour convenir à leurs nourriciers, surtout dans les agglomérations. Ainsi, là même où leur particularité ne fait pas bloc par le nombre, elle pèse d'une présence diffuse, insinuante dont partout se retrouvent les signes : dans le promeneur infatigable à des kilomètres au cœur des terres ; sur la route dans la silhouette traînante qui pousse son chariot, ou tient à bout de bras une paire de brodequins ; sur le talus ou sur le banc, dans le rêveur perpétuel. À l'approche du bourg, dans l'étirement d'une file de piétons qu'un pas amolli, souvent chaotique, amène vers l'annexe de la Colonie, ou chez ces curieux commissionnaires portant un panier de ménagère, des pots de lait ou de gros pains familiaux.

Au village encore, tout révèle cette présence : c'est l'insolite d'un homme accroupi à laver le sol d'une devanture et qui tord la serpillière avec une dextérité de servante ; c'est la patience résignée de ces acheteurs attendant chez le quincaillier, l'épicier, le pharmacien un tour qui ne viendra qu'une fois servis les natifs du lieu. Ailleurs, l'interminable ballet devant les lieux d'aisance, au son d'une chasse d'eau, inépuisable et tonnante, contraste avec la discrétion des passages furtifs au bistrot et la placidité de ces groupes d'hommes partageant un repos, disert ou silencieux, à l'abri des gares routières ou au soleil des places. Parfois même cette présence est la seule que l'on puisse découvrir dans ces petits bourgs de pleine campagne, aux trois quarts désertés, quand les derniers résidents sont aux champs et aux fourneaux, laissant aux pensionnaires la garde des enfants. Et l'on entend dans le silence dépeuplé, sous l'auvent de la chapelle close, une voix cassée qui cherche les accents de l'autorité : « Ne fais pas ça, sinon tu feras pleurer ta maman ; ne fais pas ça, sinon tu n'auras pas de limonade. » La fillette de trois ans continue ses bêtises.

Présence de toujours aux allures de destin :

« On est fait pour vivre avec ces gens-là. Si la jeune génération continue à vivre ici, ils continueront à vivre avec ces gens-là. »

Présence de partout qui colle à la vue et prolifère dans l'imagination :

On peut dire qu'on vit avec, il y a presque autant de malades que d'habitants. 1 800 habitants dans la commune et 1 200 malades. On est appelé à côtoyer constamment les malades »,

disait une femme habitant le bourg d'Ainay, qui ne compte pourtant que 130 placements et 330 malades hébergés. Présence adoptée et familière que traduit l'expression « ils font partie du pays » visant, plus que la concentration des malades, leur ubiquité, leur infiltration dans l'espace quotidien, mais aussi leur activité, leur participation aux rythmes de l'existence. Mais peut-être, en cela, présence qui laisse son empreinte :

« Mais enfin pour nous c'est assez facile de vivre. On fait plus attention, on fait pas attention. Les malades pour nous, c'est, c'est... Si on avait *plus de malades, je crois qu'on serait déséquilibré aussi. On est habitué.* »

De l'habitude sourd comme le danger d'une transformation de soi. Quelle force donc, quelle menace en ceux dont la présence suffit à vous changer si vous les acceptez ?

« C'est vrai, quand on est habitué avec, *ça fait comme si on était infecté, comme si on pouvait pas s'en passer.* »

L'habitude devient alors le marquage d'une intoxication. De quelle nature ce marquage, ce stigmaté, on ne le dit jamais.

LE COMBAT ANTICOLONIALISTE

[Retour au sommaire](#)

Pour s'en faire une idée, il faut fouiller dans le passé récent de la Colonie, quand sa brutale expansion des années 50, faisant passer le nombre des pensionnaires de cinq cents à mille et étendre l'espace de placement, provoqua de nouveaux conflits et des débats publics. On ne parla plus alors, comme aux temps héroïques, de « consentants » et « récalcitrants », mais de « colonialistes » et « anticolonialistes » dénonçant ainsi le pouvoir de conquête de la Colonie, dommageable aux populations investies. Les conflits revêtirent une ampleur inconnue jusqu'alors ; portés sur le plan politique, ils engagèrent des municipalités entières qui jouèrent là leur destin. Ils font figure de défense du corps social plutôt que de combats d'opinion ou d'intérêt. Et si cet épisode de la vie coloniale fut d'abondance souligné au cours de l'enquête, il fut très difficile d'en faire formuler les moteurs profonds. On imputait la résistance à des « cas personnels », des « gens plus ou moins intelligents », « butés contre tout », « totalement bouchés ». Il fallut le détour de conversations avec des personnes directement impliquées par cette question publique (épouses de notables, responsables d'associations de défense des nourriciers, etc.) pour découvrir les raisons d'ordre psychologique qui entravèrent la diffusion des pratiques d'hébergement. Ce qui était en cause dans ces débats collectifs était bien le simple fait de la présence brute, visible, de malades mentaux dans les communes et du malaise qu'elle provoque.

Dans la prévention contre la Colonie, la protection d'une certaine façade sociale se mêle à la crainte. Le spectacle des malades mentaux inquiète et, parce qu'il est offert aux autres, devient gênant pour soi :

« Remarquez qu'ici dans le pays il y a beaucoup de gens que ça leur plaît pas. Ils ont peur, certaines craintes qu'on en voit vraiment, des malades. Et puis ils disent que c'est pas joli voir traîner ça dans les rues, des trucs comme ça. » – « Ce sont des gens qui

sont quand même pas comme tout le monde, alors y a des gens qui n'aiment pas ça, alors ça crée quand même un petit froid entre certaines personnes de la population. Y a certaines personnes d'un certain rang que ça gênerait, alors ces familles ont créé un malentendu dans la commune, "que c'était pas pour une ville", parce qu'ils ont un certain sens de l'esthétique de leur ville. »

Les stigmates de la détresse physique et mentale offrent parfois, il est vrai, des visions à la Jérôme Bosch que l'habitant ne peut affronter sans sourciller :

« Il y a un aspect Cour des Miracles qui est désagréable à voir. Pour moi, c'est une chose importante ; pour les autres, ils attachent de l'importance à la fin de mois. »

Une manière de se prélasser sans fausse honte prend pour certains des allures de provocation :

« J'ai entendu dire que certaines personnes se plaignaient parce que c'est quand même parfois un peu gênant, ceux qui sont dans la ville et qui n'ont rien à faire, ils sont toujours là sur la place à se coucher, à se vautrer. Évidemment, c'est quand même assez gênant pour la population ! » – « Il y en a qui étaient enragés contre la Colonie. Ils disaient que c'étaient des fainéants, des gens nourris à ne rien faire. Certains font figure de parasites. »

Ces arguments tiennent aussi leur force de ce que des personnes étrangères au pays percevront ce dernier comme entaché de cette présence : « Les gens avaient des craintes pour la renommée du pays. »

La liberté dont jouissent les pensionnaires est source de menaces pour l'image du groupe. On craint que le témoin, ignorant leur appartenance institutionnelle, se laisse abuser par les apparences d'un statut civil plein, et ne les assimile au reste de la population :

« L'opposition des gens, c'était qu'ils ne voulaient pas qu'on voie des malades circuler dans le bourg, du point de vue de la circulation. Ils disaient qu'à partir de l'exemple de quelques-uns on pourrait... Et pourtant, il en passe souvent des gens, et avec les pensionnaires y a pas de problèmes. Bien sûr c'est des malades, c'est une affaire entendue, mais enfin tous ceux qui sont là sont pas désagréables ! »

Les à-coups et les querelles qui marquent toute implantation nouvelle de malades mentaux dans une région montrent bien l'enjeu collectif du conflit vécu par les habitants. Il n'est pas nécessaire que ceux-là fassent nombre d'emblée pour que ceux-ci expriment leurs réactions, comme un groupe face à un autre, car l'existence d'un seul placement suffit à mettre en branle le mouvement défensif. Quand elle est le fait d'un seul, la pratique du placement apparaît comme une initiative déviante et le nourricier se trouve vite en butte aux attaques de son entourage qui veut en enrayer la diffusion :

« Dans la région, on trouvait drôle que nous voulions avoir un pensionnaire dans la maison ; on s'étonnait qu'on prenne un malade. » – « Mes grands-parents en ont eu un. Mais à ce moment-là, il y en avait beaucoup moins que maintenant. Ils n'étaient que deux dans le pays. Et puis ma foi, les gens ont eu la vilaine... ils se sont butés un peu contre mon grand-père et tout ça et on lui a fait enlever. »

Quand, malgré cela, la pratique en vient à se répandre, elle demeure longtemps comme un choix dont les retombées sur le groupe semblent néfastes. Il faut l'évidence d'avantages tangibles dans l'économie collective pour que les refus s'estompent et que beaucoup de ceux qui étaient hostiles se fassent défenseurs du système.

« Quand je les ai pris, tout le monde criait et après on courait pour en avoir. C'est automatique. C'est ceux qui font le chemin aux autres qui sont critiqués. Ça a été reconnu, beaucoup de placements se sont ouverts depuis. Maintenant les pensionnaires sont très bien vus dans la commune, personne ne les insulterait. » – « C'est arrivé des gens qui critiquaient et qui en ont pris à un certain moment des malades et ont changé d'avis je ne sais pas ce qui s'était passé. »

Mais l'incitation économique elle-même ne laisse pas de peser sur l'image du groupe aux yeux d'un environnement dont le système des valeurs se trouve heurté. Passe encore de réduire le marché du travail, mais faire pour de l'argent profession d'altruisme, vivre du mal des autres et en tirer parti, voilà ce qu'alentour on stigmatise aujourd'hui. Quelque chose de la dignité du corps social se perd dans le commerce du fou :

« Certaines gens s'imaginent qu'on a des malades parce qu'on touche, qu'on est rémunéré chaque mois. » – « On critique, on dit qu'ils prennent des malades parce que ça rapporte. Certains pensent que les pensionnaires sont ici pour être exploités. »

Le reproche de « profiter avec usure des malades » se double de la réprobation devant un style de vie non conforme aux modèles reçus. Il est frappant que dans toutes les appréciations portées de l'extérieur sur les avantages tirés du placement on souligne la peine que s'épargnent les habitants en se déchargeant sur les pensionnaires des menues tâches quotidiennes : on pèse en monnaie sonnante, comme une plus-value, l'économie de pas de la nourricière, l'économie de fatigue à ne pas couper son bois ou faire ses courses, les forces que le paysan ménage ; on compte chez les employés l'argent gagné à ne rien faire. Tout heurte de ce qui met en question l'exaltation de l'effort, du dur labeur.

L'apparente indifférence aux tabous relatifs à la folie est aussi perçue comme rupture d'allégeance au code social et l'on met en cause la responsabilité de l'État qui en implantant la Colonie enferme la population dans une condition dégradante. À « la honte de montrer ces côtés de l'homme » – celui de la misère qui tire parti de celui de la folie – que ne savent éviter les pouvoirs publics, s'ajoute « la dévalorisation des nourriciers », par une disposition naturelle à se laisser détériorer

au contact des fous, « les enfants s'abrutissent et les adultes perdent leurs qualités morales et religieuses ». Pour la première et unique fois, l'allusion aux rapports sexuels avec les pensionnaires s'exprime spontanément sous la forme du danger que le pays ne soit ruiné par leur descendance si l'État ne fait pas son devoir de protection. Cet aspect des choses est rarement abordé, nous le verrons, là où les gens sont directement impliqués par la Colonie, mais l'imputation de la « faute » par les autres grève lourdement l'identité du groupe, renforçant l'impression d'être « contaminés ».

L'AUTRE EST LE MÊME

[Retour au sommaire](#)

Impression qui reste toujours vivace dans la communauté dont les réactions sont aussi mobilisées contre le risque que fait courir à son intégrité la contiguïté avec la folie. Celle-ci, nous l'avons vu, fait toujours planer sa menace inquiétante même si tout un savoir de protection s'est constitué. De là va surgir un nouveau paradoxe, le plus brûlant sans doute. Dans le même temps qu'il permet d'approcher ce que d'autres rejettent, ce savoir va rendre la maladie plus proche, dans un double mouvement. Savoir d'expérience, il va estomper les différences entre les fous et soi. Savoir défensif, malgré son efficacité, il suffira, parce que toujours mobilisé, à rappeler l'imminence d'un danger. En effet, à cette population mieux à même d'observer l'œuvre de la maladie, le cortège de ses victimes enseigne que la folie n'épargne personne, que son empreinte subreptice ou éclatante ne distingue pas d'une différence radicale. Cette expérience lui fournit l'argument de sa mansuétude contre les résistances hérissées du préjugé :

« Les gens qui sont contre ont tort, ils comprennent pas du tout, parce que ces gens-là c'est des gens comme nous, dame on ne sait pas ce que l'avenir nous réserve, dame. » –
« Ils étaient bouchés, on leur disait : "On ne sait pas ce qu'on va devenir, vous ne savez pas ce que vous allez devenir, vos enfants la même chose". »

L'étroitesse du contact avec la folie change l'appréhension globale de la maladie :

« Quand nous sommes arrivés, il y a vingt-deux ans, nous étions comme tous les gens qui ne sont pas d'Ainay-le-Château : il y avait les fous et les sages. Jamais nous ne nous étions posé la question de savoir s'il y avait une limite entre les deux cas qui est quelquefois assez difficile à placer !... À quel degré peut-on être considéré comme fou ? Moi j'en sais rien, la barrière entre... C'est comme la "dimension", à partir de quelle taille un homme est-il de taille moyenne ou est-il grand ? À partir de quel critère un homme est-il méchant ou l'est-il moins ? On ne peut pas dire ! »

L'approche concrète des pensionnaires, si elle n'a pas annulé en profondeur, comme nous le verrons, les visions ancestrales de la folie, a, du moins à un niveau

manifeste, dégonflé les baudruches de la flétrissure morale et de la méchanceté qui s'y trouvaient associées :

« Ici, la Colonie familiale dans le pays, ça a été une grande chose, parce que vous savez, des gens qui ont des maladies comme la dépression, ils vont se faire soigner comme s'ils avaient une maladie courante, une bronchite. Les gens n'hésitent pas à voir un psychiatre. Alors que dans certains autres pays, pas bien loin, à 20 km d'ici, les gens prennent toujours cela comme une maladie honteuse. » – « À Ainay, on a une meilleure connaissance que dans les villages ruraux où le malade mental est un être méchant. Ils ne cherchent pas à voir des zones de responsabilité, ils n'accusent pas d'être méchant, ils se rendent compte qu'ils sont malades... Pour les gens de l'extérieur, le malade mental est un homme dangereux, sans se rendre compte qu'il y en a beaucoup d'autres qui sont malades mentaux. Ici, les malades sont ceux qui souffrent. Les gens le disent fréquemment : "Ça pourrait bien nous arriver un jour", c'est une chose que l'on n'entend pas ailleurs. »

L'aménité de cette nouvelle sagesse populaire vient en renfort de l'habitude pour faciliter le rapprochement entre ceux qui « font partie du pays » et ceux qui « se sont fait une vie avec » et donner rang aux malades comme éléments du tout social. La latitude de participation dont ils bénéficient publiquement confère aux malades un singulier pouvoir de pénétration dans le tissu social et l'horizon mental. Sur le plan symbolique ou matériel, ils s'imposent comme données irréductibles et même obsédantes :

« Autrefois, les pensionnaires étaient traités en quantité négligeable, on disait : c'est un fou, c'est un fou. On n'avait pas d'égard à un pensionnaire parce que c'est un fou. Aujourd'hui, le comportement n'est pas le même. Ils font partie de la vie de tous les jours, de nous : c'est rare que dans la famille y ait pas une conversation qui retombe sur les malades. Entre dames, on dit : "Moi, le mien, il a fait ci, il a fait ça." Il n'y a pas une journée ou on ne fait pas une réflexion sur les malades. C'est tout à fait normal. Si du jour au lendemain on nous enlevait les malades, on trouverait drôle ; on est vraiment habitués, intégrés avec. Ils sont intégrés parce qu'on en parle à longueur de journée... »

L'abaissement des frontières de la normalité, la pénétration des malades dans les activités, préoccupations et conversations quotidiennes donnent à leur groupe un pouvoir d'envahissement d'un autre mordant que celui repéré au simple plan de l'espace physique. Faisant des pensionnaires une partie intégrante du « nous », il va jusqu'à modifier l'identité de ses membres. À preuve, les commentaires sur leur éventuelle absence qui, depuis le « mais enfin c'est une façon de vivre, c'est vrai, ça nous manquerait vraiment » jusqu'au « c'est comme si on pouvait pas s'en passer », et même le « si on les avait plus, on serait un peu déséquilibrés aussi », suffisent à montrer combien la coexistence avec les malades est ressentie comme une véritable imprégnation. Pour se dire uniquement de la mentalité ou des habitudes de vie, cette transformation n'en est pas moins éprouvée aussi au niveau de l'intégrité psychologique. Mais, sur ce point, on se fait d'autant plus discret et indirect que la pratique du placement est ancienne.

Certes, l'allusion rapide, comme échappée, dans la conversation laisse pressentir l'inquiétude, qu'il s'agisse de la personne qui vous accueille en disant : « Voilà que je suis dérangée aussi », parce qu'elle n'a pas posé sa casserole au bon endroit, de celle qui évoque l'image de sa ville : « Quand je vais à Creilly, on me dit : "Tu viens de la ville de fous" », ou de celle qui fait écho à l'opinion publique :

« Certaines personnes disent que les malades mentaux ont une mauvaise influence sur le pays, que par exemple c'est à cause d'eux que les enfants sont comme ça, qu'ils font des mimiques, qu'ils sont insupportables, qu'ils font le mur. »

Mais c'est à des signes plus voilés qu'on la repère. Ainsi, dans la ville d'Ainay, les quatre cinquièmes des mères de famille que nous avons interrogées avaient consulté un psychiatre pour un de leurs enfants ou ont demandé si je ne les trouvais pas trop énervés, s'il ne faudrait pas les montrer à un spécialiste. Sans doute est-ce là l'effet d'une meilleure appréciation de la maladie mentale, partie due à un œil plus averti, partie due à une conception moins infamante.

Cependant, la nature des motifs invoqués pour la consultation : irritabilité de l'enfant ou trac aux examens, indique que la demande répond à une anxiété plus profonde, à la crainte d'une protection diminuée contre la maladie mentale. De même, bien que l'on se dise « accoutumé au comportement anormal », ce n'est pas sans une certaine honte que l'on fait appel au psychiatre. Les femmes qui m'ont mise dans la confiance n'auraient en aucun cas fait appel aux médecins de la Colonie et, pour tenir bien cachée leur démarche, ont toutes eu recours à un médecin extérieur au pays, allant jusqu'à Bourges ou Montluçon. Et l'une d'elles de conclure :

« Autrefois, on pouvait pas admettre quelqu'un qui faisait une dépression, je disais : qu'est-ce qu'ils ont. En vieillissant, on voit que ce n'est pas toujours quelque chose de grave qui déclenche une dépression, j'ai mieux compris. Pour ma fille qui est anxieuse, on m'a dit d'aller consulter, on a dit : ça fait rien. Il y a tant de choses qui ressortent de cette neurologie. Avant, on aurait dit : ils sont mabouls, c'est des bredins. Maintenant, on accepte. Mais, comme dit un ami, les médecins devraient mettre sur leur plaque "neurologue" et pas "neuropsychiatre" ; "psychiatre", c'est de trop. »

L'étroitesse du contact avec la folie entraîne un rapprochement et convainc de sa proximité, la sagesse tirée de la confrontation quotidienne rend plus disponible mais aussi plus sensible à elle. Dès lors, peu sépare le sentiment de cette pénétration de celui de sa propre fragilité et d'une imprégnation contagieuse. Le savoir acquis au contact des malades qui rabote leur différence et rend plus proche le partage de leur souffrance présente en ses conséquences une dualité paradoxale. Alors qu'il a raison des appréhensions initiales, pour autant qu'elles apparaissent sous le langage du préjugé, il vient en même temps, par le rapprochement qu'il autorise, les renforcer en modifiant leur forme d'expression. Les appréhensions déniées trouvent dès lors une manifestation « en acte », sous des aspects concrets,

telles les conduites préventives ou curatives que nous venons de voir, ou les pratiques relatives au contact avec les pensionnaires ou à leur entretien que nous examinerons plus loin.

Mais la collectivité qui trouve en commun les moyens de surmonter dans le secret ce conflit intime supporte mal de le voir avivé ou mis en lumière par l'observateur extérieur, prompt à dénoncer les méfaits d'une maladie honteuse. Le regard de l'autre, quand on a soi-même conscience de la proximité du mal, vous y enferme et l'on se prend à redouter d'être vu comme fou, sinon de le devenir :

« Dans la population, il y a des gens hostiles, mais bien souvent l'hostilité vient pas de soi-même, elle vient des autres, on est monté par d'autres. On dit "des pensionnaires", mais en voyant, en vivant ensemble, on se rend compte que c'est pas des êtres extraordinaires, que c'est des malades, du monde comme tout le monde. Mais bien souvent on écoute parler, quand on sort de la commune, "V... c'est des fous" tout de suite. Mais non, c'est monté par les autres. Après on voit, on se rend compte que c'est du monde bien souvent qui sont pas tellement bien malades. »

La jeune femme qui nous explique cela vient à peine d'ouvrir son placement. Issue elle-même d'une famille de nourriciers, elle travaillait comme ouvrière dans une usine d'ébénisterie, dans la forêt de Tronçay. À la naissance de ses enfants, il lui a semblé tout naturel de prendre des pensionnaires pour continuer à apporter sa contribution au budget familial tout en restant auprès d'eux. Elle s'est alors heurtée aux réactions de ses compagnons de travail :

« Je vois beaucoup de camarades d'usine qui étaient des autres pays, qui étaient pas de V..., mais écoutaient parler dessus, ils peuvent pas se mettre à l'idée que je suis à V... et que j'ai deux pensionnaires. Même ils en rigolent entre eux ; devant moi, ils osent pas, enfin pas trop. C'est la risée, quoi ! Ils auraient jamais pu s'imaginer que je prenne des malades. Ils disent qu'on va être fou, que ça va déteindre sur nous. Mais je crois pas, on discutait, on se fâchait. Ils pouvaient pas arriver à comprendre et ils en avaient peur, beaucoup peur, sur le même plan que moi, mais davantage avec une idée de méchanceté. Et ils disaient qu'on va être pareil, à force de les élever, on va les écouter et les croire. C'est les autres qui mettent ces idées en tête. »

Aussi verra-t-on apparaître de nouveaux signes indirects de l'appréhension devant la folie ; signes liés à la similitude d'apparence constatée aujourd'hui entre pensionnaires et gens du pays. Là aussi, l'effet d'une interférence entre la conscience du non-distinct et l'angoisse de l'indistinct se retrouve dans la recherche de moyens effectifs pour repérer les malades dans l'environnement social.

La réforme introduite en 1957 dans le régime vestimentaire des ressortissants de la Colonie, qui visait, en substituant à une vêtue uniforme et tragiquement voyante, un trousseau varié et de style courant, à leur éviter le sentiment de la différence et de l'enfermement, a eu dans le pays un retentissement ambigu. Satisfaits de ne plus voir des accoutrements bizarres et souvent miséreux, les gens n'ont pu cependant échapper à un certain trouble, d'autant que les modifications de

comportement dues aux effets de la chimiothérapie rendaient moins perceptibles les signes de la folie. La population qui, en un sens, s'est sentie soulagée d'être ainsi moins marquée aux yeux de l'extérieur, n'en a eu que plus de difficultés à distinguer en son sein les malades. Il s'ensuit chez elle un souci constant, tournant parfois à l'obsession, de les identifier :

« Maintenant, ils sont très bien habillés. Mais ils ont encore un genre d'uniforme et, malgré tout, on les reconnaît. Un qui passe sur la route : "Tiens, y en a un nouveau", c'est le comportement. Quand ils ont des habits civils et qu'ils se comportent très très bien, on hésite. Quand ils ont l'air un peu bizarre, sur la route, qu'on voit qu'ils sont un peu dépaysés, qu'ils ont des tics nerveux, on n'a pas d'hésitation : Quand ils sont en civil tout seuls, on hésite parce qu'il n'y a rien qui permette de dire que c'est un pensionnaire. »

Au cours d'une conversation, deux agriculteurs argumentaient sur les critères de reconnaissance :

« Moi je dis qu'on peut les reconnaître, on peut pas s'y manquer. On les connaît tous plus ou moins. Y a la démarche, y a tout ça, même s'ils sont habillés normalement. C'est tous en partie des gros fumeurs : pour un paquet de tabac, ils pourraient faire je ne sais pas quel chemin ! » – « Y en a quand même qui passent assez bien. Regardez celui qui était chez... toujours en tenue de travail, celui-là, il avait pas l'air à sa tête. » – « Bien oui, mais y a encore une autre affaire, celui-là, qui va faire voir que c'en est un, quand vient le moment du tabac. On leur donne du tabac que sur présentation de la paire de godillots. Parce qu'ils sont tenus d'avoir leurs godasses bien entretenues, et pour que leurs godasses soient bien entretenues, faut qu'ils les graissent, faut qu'ils en aient soin, faut qu'ils les apportent. Alors vous les voyez tous défiler avec leur paire de souliers, de brodequins. Ben celui-là aussi ! »

Sous-jacente et étroitement associée à cette quête identificatrice, se manifeste la crainte d'une identification et d'une identité :

« Vous savez, vous en avez qui sont aussi bien que des civils, y a des civils qui sont aussi mal qu'eux. Comme on dit souvent ici, y en a qui sont pas bien arrêtés (*rires*) d'un côté comme de l'autre. Bien sûr, ils ont quand même leur tenue ; moi il me semble que c'est leur tenue qui les fait distinguer des autres. Parce que vous en avez, vous savez, quand ils sont bien, vous en avez qui ont leurs costumes personnels, qui sont vraiment bien même on peut arriver à s'y tromper, c'est la vérité, ou il faut les trouver un peu éloignés d'Ainay à pied (*rires*) alors on se dit "s'il marche à pieds", comme il n'y a plus grand monde qui marche à pieds. Je vous dis, on peut pas dire... »

La réassurance par le repérage du fou à des indices matériels est un besoin d'autant plus aigu que la population, elle-même incertaine des possibilités de discrimination, redoute que d'autres ne se laissent abuser et, en appelant à quelque affinité pour expliquer son accueil, ne la jugent aussi atteinte que ceux qu'elle reçoit, comme le fit ce notable, originaire d'une autre région :

« Je suis ici depuis vingt ans, j'ai été surpris à la création des placements : je me demandais comment des gens qui ont des enfants acceptaient des pensionnaires, mais ici il y a des gens qui valent les pensionnaires, qui sont aussi mabouls que ceux d'Ainay. »

Et moins elle se sent à même de se prémunir contre les risques que des malades, que leur apparence ne désigne plus, font courir à son groupe, plus elle est poussée à chercher de nouvelles protections, prenant son modèle dans ce temps où l'étoile jaune signalait à l'opprobre et la vindicte d'une société ceux chez qui d'autres dénonçaient la menace d'une tare :

« Il y a une chose étonnante ici. *Dans le temps, ils étaient distingués, ils avaient un uniforme. Tout à l'heure, ils sont habillés en civil, ils sont mieux habillés que nous.* Ils vont dans les bistrots ; bien souvent, si c'est dans un pays qu'ils les connaissent pas, ils peuvent boire n'importe quoi... C'est comme des enfants de l'assistance, exactement pareil. *Il faudrait quelque chose pour les distinguer. Ça serait-y qu'un insigne.* »

Ainsi la logique du processus d'acceptation, en ce qu'elle fait de l'« implant » étranger un élément semblable et inséré dans le contexte social, aboutit-elle à le transformer en un péril interne et à ériger à son endroit de nouvelles et plus subtiles barrières. Cette contradiction, vécue dans le milieu où baignent les malades, pressentie chez ceux qui opposent une ultime résistance à leur venue, est l'un des ressorts de la dynamique des rapports entretenus avec eux. Bien qu'elle n'atteigne pas toujours au seuil de la conscience claire, elle fonde, conjointement avec les bénéfices attendus pour justifier l'implantation des pensionnaires, tout le système social que la réponse du groupe institue autour d'eux.

CONCLUSION

Du contact à l'imprégnation

[Retour au sommaire](#)

Le voile a commencé de se lever sur le secret de la Colonie familiale. Il laisse voir l'œuvre lente et parfois insidieuse du travail que la communauté d'accueil a accompli sur elle-même et sur l'établissement psychiatrique, révélant le double ressort de l'institution sociale que nous observons aujourd'hui : malaise devant les malades mentaux et intéressement économique à leur acceptation. L'un et l'autre mettent en jeu l'identité et l'image du groupe, infléchissent les finalités de l'hôpital, transforment les partenaires de l'interaction entre société et folie. Cas exemplaire de la coexistence avec une forme de l'altérité, massivement représentée au sein d'une population, cette dynamique interroge sur la façon de concevoir le rapport à la différence, et à la différence en tant que groupe.

L'une des conceptions de ce rapport ramène la possibilité de coexistence à la tolérance. Particulièrement en vigueur pour ce qui est du rapport société/malades mentaux, elle prend, dans la représentation naïve et même savante, la forme privilégiée d'une opposition entre deux termes relevant d'univers hétérogènes mais étroitement associés, le danger et la tolérance :

« À la fois fête, mystère et menace, la folie a toujours gêné la société. Cette gêne et cette maladresse justifient les continuelles oscillations de l'attitude collective entre *la tolérance et la réprobation, le libéralisme et le renfermement*. Le psychiatre est souvent apparu dans cette perspective à l'opposé de ces attitudes : austère pour nier la fête, fêru de science pour nier le mystère, *philanthrope pour nier le danger* » (Pélicier, 1964, p. 86).

L'opposition danger/tolérance a prévalu dans l'appréciation des particularités de l'institution psychiatrique et continue de le faire. À l'origine, le danger que les malades risquaient de faire courir à la population fut considéré comme l'obstacle majeur. L'on a vu comment a fait long feu cette idée cachant souvent préventions et craintes de nature autre. C'est alors la tolérance du milieu que l'on mit en avant :

« Le fait qu'une telle concentration de malades mentaux soit tolérée, même si l'aide des populations n'est pas purement philanthropique, est une expérience valable quand

on considère les difficultés que rencontre chaque psychiatre lors des sorties, montrant combien la société est réticente pour accueillir parfois un seul malade amélioré ou guéri » (Bonvalet *et al.*, 1966, p. 229).

De même le danger constitue-t-il l'argument massue contre l'ouverture des hôpitaux psychiatriques, comme en témoignent articles de presse, sondages, témoignages spontanés. Mais, là aussi, on sait depuis Foucault (1961) que l'enfermement a d'autres raisons que la protection contre le potentiel attentatoire du fou. Désormais, il fait figure de « conduite primitive de la société devant le malade mental » (Daumézon, Bonnafé, 1946). Face à quoi, quand chercheurs, médecins, législateurs, etc., s'interrogent sur les conditions favorisant l'acceptation des malades dans la société, ils font toujours appel à la tolérance du public, comme à un leitmotiv, pour y rapporter le destin des malades hors les murs de l'asile. Un exemple pour illustrer cette propension, extrait d'un rapport de commission aux Quatrièmes Journées de la Santé mentale (1959, p. 39) :

« La maladie mentale ne prend toute sa valeur que dans le contexte qui l'entoure. L'importance du problème posé par les maladies mentales est fonction de la tolérance de la société à leur égard... Dans un milieu de large tolérance, l'internement, mesure dévalorisante, n'est jamais nécessaire pour traiter les malades, et cette tolérance facilite la réinsertion sociale. »

Selon les rapporteurs, le milieu social va influencer sur l'état moral et mental des malades qui en arriveront à ne pas présenter « de ces *réactions pathologiques* jugées dangereuses et *bien souvent déclenchées dans les milieux peu tolérants* » ; bien plus, ils peuvent y retrouver leur « dignité *humaine* ».

Dans une certaine mesure, on utilise, avec la notion de tolérance, un lieu commun non questionné, une prénotion psychosociologique, comme instrument d'analyse d'un rapport social particulier, le rapport à la différence. Mais en donne-t-elle une vue pertinente ? Que dénote la tolérance sur le plan des comportements et de la symbolique sociale ? Ses connotations couvrent-elles pleinement ce qui se joue dans la relation d'un groupe social à ceux qui portent la marque de la maladie mentale ? Sur ce plan, le moins que l'on puisse dire est que, dans les textes mêmes, la notion de tolérance ressortit à la fois au domaine de la médecine et à celui de l'éthique. Le sens balance entre le phénomène biologique et la vertu morale. Quand il n'y a pas amalgame entre image organique et vision moralisante.

D'une part, tout se passe comme si le groupe social était assimilé à un organisme capable de recevoir, à l'intérieur de lui-même, un corps étranger, implant, dont il supporte la présence sans manifester de symptômes réactionnels pathologiques ou de rejet, conformément à la définition médicale de la tolérance. Cette vision organique de la réaction sociale à l'intromission de malades mentaux laisse apparaître une représentation de la société comme tissu vivant susceptible d'absorber une masse humaine extérieure et de nature différente. D'autre part, en décrivant une attitude d'esprit par le terme de tolérance, on ne se départit pas d'une

optique normative. Les domaines de relevance du terme ne sont pas sur ce plan indifférents, non plus que l'histoire de son emploi. Si l'idée en est ancienne, le mot de tolérance lui-même n'est apparu qu'au XVI^e siècle à propos des guerres de religion et implique la latitude laissée à autrui de penser, voire d'exprimer, des croyances que l'on ne partage pas, la coexistence de visions du monde qui ont cessé de s'affronter dans la violence. À cela vient s'ajouter une dimension légale référant aussi bien au fait de supporter sans protestation des atteintes à son droit propre quand on pourrait les réprimer, qu'à l'écart établi par la loi ou l'usage et qui fut étendu de la monnaie aux mœurs avec les « maisons de tolérance ».

N'insistons pas sur les images du fou et de la folie que véhiculent ces usages notionnels. Image de l'implant étranger dans une totalité organique qui l'absorbe sans y réagir ; image de l'hérésie à l'égard de laquelle user d'un attentisme fait de scepticisme plus que de reconnaissance ; image de la lésion subie dans ses droits ; image de la distance à la norme, de la licence. Un condensé de représentations courantes et rien de très positif, ni bienveillant. Mais l'interrogation pour l'instant se situe ailleurs.

Elle porte sur le modèle de relation sociale, d'orientation vers autrui qu'implique l'attitude sociale désignée par tolérance. Comme type d'intentionnalité sociale, vecteur de valeur et inscrit, au niveau de l'individu ou du groupe, dans des conduites effectives ou symboliques, la tolérance ressortit au domaine de la morale plus que de la psychologie. L'analyse qu'en fait Jankélévitch (1970, p. 32-39) peut nous éclairer sur ses implications. Ce rapport à l'altérité ou à la différence offre deux visages. Le premier, celui de la relation d'amour – mais on n'en demande ni n'obtient pas tant pour les fous -, a la positivité de l'effort de compréhension, de respect, de sympathie à défaut d'empathie. Le second, celui de la « coexistence pacifique » – et c'est ce que l'on attend de la société pour le malade mental -, n'est que la forme vide d'une abstention. Acceptant l'autre comme il est et non pour ce qu'il est, bornant à dire ce qu'il ne faut pas faire – ne pas intervenir sur autrui par la violence physique ou symbolique -, elle ne fait qu'« admettre *de facto* l'existence physique de l'étranger. Rien de plus ». Elle suppose la juxtaposition sans échange dans un même espace social. Et, psychologiquement, presque le vide social : c'est « une vertu à destination d'un monde désuni, d'un monde dans lequel les hommes s'ignorent ».

Le modèle éthique s'apparente au modèle médical : les moyens y manquent pour décrire de quelle manière, et avec quelle conséquence, dans une entité sociale réelle, peuvent subsister ensemble des éléments humains hétérogènes. Emprunter la métaphore médicale pour penser la tolérance sociale laisse entière la question de savoir si un groupe socialement structuré et psychologiquement intégré peut se borner à recevoir un élément externe sans autre forme d'accommodation (dont l'habituation est un exemple) ou d'assimilation, pour reprendre les termes piagétiens. De même, en appeler au modèle de la coexistence pacifique ne dit rien

de la façon dont les dissemblables vivent ensemble, fût-ce en « chiens de faïence », en « frères ennemis » ou en « condamnés ».

Bref, rapporter à la seule tolérance le rapport malade-société revient à s'interdire de comprendre la dynamique psychosociale par laquelle ceux qui sont étrangers ou portent le stigmate de la différence sont reçus et maintenus là où rien ne les réclame nécessairement. Non que les formes d'une coprésence muette et sourde ou aveugle aux autres ne soient pas repérables. Mais si des gens coexistent séparés par un écran, s'ils érigent des barrières faute d'avoir des frontières, encore faut-il savoir comment et à quel prix pour eux-mêmes et leurs partenaires. Le milieu social est un creuset, non une forme inerte ; les contacts s'y soudent, positivement ou négativement, selon des modalités qui dépendent du jeu des particularités, besoins, attentes, sentiments – vécus ou projetés – des groupes et affectent ces derniers. C'est là qu'il faut chercher raisons et formes en vertu de quoi les fous trouvent leur place hors de l'asile, les juifs hors du ghetto, les Africains ou les Portugais hors de l'usine.

La notion de tolérance ne nous paraît pas être au principe d'une analyse psychosociologique exacte. Tout au plus offre-t-elle quelque utilité pour caractériser le résultat apparent des rapports complexes noués au sein du système colonial. Résultat évident si l'on observe les comportements publics ou si l'on se réfère aux discours sur l'habitation. Mais les retentissements dont nous avons donné un aperçu aux différentes phases de l'implantation des malades mentaux suffisent à montrer que les phénomènes accompagnant l'établissement au sein d'une collectivité d'un groupe qui lui est hétérogène engagent plus et autre chose qu'une simple attitude de tolérance.

Déjà l'approche des mécanismes qui, sous la dénomination locale d'habitude, permettent de s'adapter à l'irruption des pensionnaires dans l'univers quotidien laissait voir comment tout un effort d'accommodation régi par des cadres sociaux affectait le fonctionnement psychologique de la population. Plus loin, l'analyse des processus que provoque l'appropriation de l'espace social par les malades et que nous avons repérés aussi bien dans le contrôle des territoires personnels que dans certains conflits sociaux ou comportements collectifs révéla quel enjeu représente la protection du corps social et celle de l'image ou de l'identité du groupe.

Quant à l'élément économique, moteur du système colonial, loin d'éclairer les processus régissant la relation entre les fous et les autres, il doit être pensé, en raison de ses aspects de justification et de compensation, comme l'une, parmi d'autres, des forces de la dynamique psychosociale qui va produire un système relationnel institutionnalisé. La question se pose, alors, de trouver le cadre d'analyser ces processus.

Les modèles qui se proposent à nous pour traiter de ce rapport viennent soit de la psychologie sociale, avec les travaux sur les préjugés et les relations

intergroupes, soit de la sociologie avec les travaux sur les relations raciales. Nous examinerons brièvement ce qu'ils peuvent apporter pour traiter de l'interaction entre deux groupes distincts, quoique englobés dans une unité sociale commune qui se trouve elle-même délimitée ou définie par cette interaction.

Du côté de la psychologie sociale, en dehors de l'importante littérature qui rapporte à des mécanismes et structures intra-individuels la raison des attitudes exprimées à l'égard d'un out-group (Allport, 1954 ; Adorno et al., 1950 ; Rokeach, 1960 ; Eysenk, 1978, etc.), deux courants majeurs, d'ailleurs étroitement imbriqués, cherchent plus précisément à définir les variables sociales des positions et comportements « en » et « de » groupe et permettent de dépasser le niveau purement individuel dans l'explication des relations entre membres de groupes différents. L'un est marqué par l'œuvre de M. Sherif (1966) ; l'autre se rattache à la perspective ouverte par H. Tajfel sur la catégorisation sociale (1972).

Le premier vaut de ce qu'il déduit les caractéristiques propres à un groupe du rapport qu'il entretient avec un autre. Ces caractéristiques concernent aussi bien la structure et le fonctionnement du groupe que le choix de son système de valeurs, l'orientation des buts et la définition sociale de ses membres (distribution des rôles, des pouvoirs, déterminations et ancrage des attitudes, etc.). Mais, bien que ce modèle fasse reposer la compréhension de ces caractéristiques sur la connaissance des positions mutuelles des groupes, sa capacité reste limitée quant à l'approche des interactions entre eux. En effet, il se donne comme préalable irréductible une série préétablie de relations : les groupes peuvent agir l'un par rapport à l'autre comme partenaires dans une compétition, un conflit ou une coopération ou dans un contexte régi par un intérêt supérieur. C'est à partir de ces cadres imposés que l'on va analyser perceptions et évaluations mutuelles. N'envisageant que quelques types abstraits de situation, cette perspective ne permet pas de saisir, en fonction du système global où sont insérés les groupes et en fonction des affects sociaux qui sont mobilisés, les situations et états relationnels complexes que l'on rencontre dans des contextes sociaux concrets.

La théorie de la catégorisation sociale de Tajfel vise à rendre compte de la perception des personnes, la formation des stéréotypes et préjugés, la comparaison et la discrimination sociales, et des relations entre groupes. Un besoin cognitif d'organisation, d'interprétation et de maîtrise de l'environnement physique et social entraînerait une classification de ses éléments. La pertinence des catégories de classement pour un sujet serait en relation avec son appartenance sociale et il y aurait une tendance à différencier systématiquement entre les personnes qui ont la même appartenance et celles qui ne l'ont pas. Cette différenciation serait basée sur l'accentuation des ressemblances entre membres d'un même groupe et des différences entre membres de groupes différents ; elle aurait comme répondant dans l'évaluation et la conduite une discrimination s'exprimant dans le fait de favoriser son propre groupe. Discrimination qui se manifesterait de façon

automatique dès lors que des individus seraient classés même arbitrairement en groupes.

La théorie de la catégorisation sociale de Tajfel a une connotation individualiste. La perspective cognitive qui est au départ de la théorie ne peut manquer d'accentuer le caractère intra-individuel de la catégorisation, avec pour conséquence d'aboutir à la vision d'un processus cognitif et adaptatif qui organise l'environnement pour la survie de l'organisme, mettant en jeu une nature humaine et conférant normalité et nécessité aux discriminations sociales.

Certains auteurs, à commencer par Tajfel, ont tenté de compléter le modèle cognitif de la catégorisation par des éléments de type motivationnel dans le but précisément de rendre compte de son caractère social. Mais en dehors de Rabbie et Horwitz (1969), qui rapportent la catégorisation sociale et les biais en faveur de son propre groupe au destin et aux projets que les membres du groupe ont en commun, cette tentative nous paraît retomber dans une approche individualiste. Ainsi en va-t-il, pour donner un exemple, de la théorie identitaire des groupes (Turner, 1984) qui rend compte du caractère discriminatif des conduites de groupes produites par la catégorisation sociale par le besoin d'estime de soi de leurs membres. L'appartenance de groupe servant à se définir et à s'évaluer, il y a une tendance à évaluer son groupe positivement de façon à s'évaluer personnellement de façon favorable. Nous retombons dans le même schéma que celui que nous dénoncions à propos de l'habitude et de la dénégation : des attitudes et conduites collectives similaires dans une situation sociale donnée sont médiatisées par des processus intra-individuels, fussent-ils des motivations sociales.

Ce n'est évidemment pas ce que nous rencontrons à Ainay-le-Château dans le rapport entre la population et les malades. Il nous semble que ce qui s'y joue est la défense de l'identité du groupe par le biais de conduites individuelles, socialement réglées. Et nous aurons l'occasion de vérifier cette hypothèse à propos de la régulation des relations interpersonnelles avec les malades. Alors que la différence des groupes est donnée au départ, nous avons rencontré des demandes de discrimination, au nom d'une proximité vécue et d'un risque d'identification. Risque qui implique le regard de l'autre, le jugement d'une partie extérieure aux deux groupes en contact. Cet élément tiers n'est-il pas déterminant dans les processus relationnels qui s'établissent entre les malades et la population qui les accueille ? Nous le pensons. Cet élément tiers, auquel se rapporte Moscovici quand il propose une « conception ternaire » (1984, p. 10), des relations sociales n'est pas présent dans l'approche catégorielle des relations intergroupes. Tout au plus s'est-on inquiété, puisque cette approche est surtout expérimentale, des effets des contraintes de la situation d'expérience (Saint-Claire, Turner, 1982), mais il ne s'agissait pas alors de l'effet du regard et du jugement d'une tierce entité sociale. Peut-être conviendrait-il d'y réfléchir. On pourrait ainsi échapper à un certain formalisme cognitif et saisir la dynamique sociale et motivationnelle qui est à la

base de la différenciation et de son expression catégorielle. Nous pensons en effet que la catégorisation n'est qu'une des modalités possibles pour opérer la séparation sociale ; que, loin de produire la discrimination, elle est seconde par rapport à un besoin de séparation fondé sur les affects sociaux et les représentations que suscitent les situations de contact avec la différence.

En tout état de cause, les deux modèles que nous venons d'examiner nous semblent insuffisants pour définir, en fonction du système global où sont insérés les groupes, les différents effets de contact ou la production originale de formes d'interaction.

À cet égard, les études sociologiques sur les relations raciales peuvent être d'un certain apport, pour peu que l'on s'autorise de l'homologie des attitudes manifestées à l'égard des étrangers et minorités de toutes sortes et à l'égard des malades mentaux. Dans un ouvrage consacré à ce domaine, Benton (1971) analyse toutes les formes de contacts entre groupes ou sociétés de races différentes à partir des différents travaux ethnologiques et sociologiques menés dans des pays multiraciaux (Amérique latine, États-Unis, etc.), dans des pays marqués par le pluralisme ethnique, tribal ou social (Afrique, Orient) ou encore placés sous l'emprise d'une puissance étrangère (qu'il s'agisse d'une situation coloniale, d'une implantation commerciale ou industrielle) et dans des pays à forte immigration comme la Grande-Bretagne. Toutes ces études montrent comment, selon le type de rapport défini par des situations sociales objectives, une différence, la différence raciale, reçoit des rôles sociaux nettement circonscrits, est investie de fonctions sociales variables, fait l'objet de rapports sociaux divers, donne lieu à des modifications internes dans les groupes concernés. Ceci permet de caractériser différentes formes de rapports sociaux : contact périphérique, institutionnalisé, domination, intégration, acculturation, paternalisme, pluralisme, symbiose, etc. (*ibid.*, 84, 113).

Cependant, ces instruments sont difficilement transposables à la situation du placement. En raison de l'échelle des phénomènes étudiés, d'abord ; par cela même qui fait leur intérêt ensuite, décrire l'effet des contacts entre les groupes sur les cultures, systèmes économiques, politiques et sociaux qui leur sont propres. L'institution hospitalière impose bien à la population un contact de l'intérieur avec des éléments qui lui sont étrangers ; elle apparaît bien comme un organe de pouvoir qui dicte son ordre à la collectivité et y introduit des changements. Mais le contexte où elle opère est radicalement différent de celui où deux sociétés confrontent leurs particularités sur fond d'intérêt économique ou de conquête. D'une part, l'institution, la collectivité et leurs membres sont inscrits dans un cadre commun plus large, déterminés par le système social et culturel global ; d'autre part, la population n'est pas atteinte dans sa culture ni dans son régime politique ; enfin, les malades forment un groupe sans structure ni culture propres et si, amenés de l'extérieur, ils semblent investir le pays, leur manque de défense sociale et

psychologique leur donne vite le statut d'un groupe dominé ou régenté par la population locale.

Néanmoins, les répercussions du système de colonisation familiale s'apparentent à celles repérées dans bien des cas de rapports interraciaux ou intergroupes, comme le laisse d'ailleurs transparaître le langage même du pays quand il évoque l' « empiètement » des malades, leur « greffe » ou leur « intégration ». S'il paraît opportun, pour les raisons que nous avons dites, de ne pas reprendre les termes employés dans un domaine parallèle, il sera nécessaire, pour analyser la conjoncture d'Ainay-le-Château, soit de les ajuster, soit d'en forger de nouveaux. Pour cela, il faut mettre en évidence les caractères particuliers des relations qui unissent les malades et leur milieu d'implantation d'où l'on pourra dégager les conséquences qui en résultent pour l'un et l'autre groupe et les spécifier conceptuellement.

Jusqu'à présent, nous nous sommes limités à l'examen des formes extérieures du contact entre pensionnaires et population sur la scène publique, nous attachant à décrire le retentissement, en quelque sorte le coût psychologique, de ce qui a les apparences d'une intégration. Déjà, à ce stade, on peut transposer une notion comme celle d' « acculturation » qui s'applique aux changements subis, dans son mode de vie et sa culture, par un groupe qui doit s'adapter au contact d'un autre. S'agissant du domaine psychosociologique, celle d'« *imprégnation* » nous paraît susceptible de rendre compte des modifications ressenties par la population dans son effort pour vivre au contact de malades mentaux. La notion d'imprégnation permet non seulement de désigner le type de transformation enregistré dans les habitudes de pensée et de vie de ceux qui côtoient des malades mentaux, mais aussi de traduire le mode d'action prêté à ces derniers. Dans le vécu de la représentation locale, ils n'apportent pas une culture contraignante ; ils agissent, du fait de leur affection et des retombées économiques de leur présence, par une influence diffuse sur l'identité et l'intégrité du groupe d'accueil. Dans ce résultat, l'imprégnation rejoint, bien que par des voies différentes, les effets de l'acculturation. Sa valeur métaphorique permet, en outre, de rendre compte de la dimension émotionnelle, presque fantasmatique, qui caractérise une relation vécue comme immixtion de l'autre dans le corps social, fondement de toute la symbolique sociale organisant, nous le verrons, la construction de l'altérité et celle du rapport à la folie.

Il reste maintenant à poursuivre l'exploration des rapports entretenus avec les malades, pénétrant dans la prochaine partie au niveau plus profond de l'organisation pratique de la vie avec eux, et voyant comment ils sont intégrés dans le tissu social comme partenaires de vie ; comment s'opère leur « mise en société » en tant que communauté distincte.

DEUXIÈME PARTIE

LES BARRIÈRES DE L'INTÉGRATION

Chapitre 3

De la différence à l'écart

« Il faut tenir un certain écart. Il faut se familiariser un peu avec eux, mais pas se mettre de trop près... On les laisse pour ce qu'ils sont, puis c'est tout. On leur fait ce qu'on doit leur faire, mais il faut rester à l'écart d'eux tout de même. »

« On aimerait pas un comme celui qu'on avait qui, sans être méchant, qui est entré à la maison. »

« Les repas, c'est spécial. C'est des gens qui les occupent à travailler avec eux qui donnent une vie de famille. Nous, nous les servons dans leur chambre. Celui qui travaille a sa récompense. Mais dire de les avoir à table, non. »

LA DÉMARCATIION

[Retour au sommaire](#)

Quand elle me fut contée, l'anecdote remontait déjà à plusieurs années : un homme, nouvel arrivé on ne savait d'où, devint l'habitué d'un bistrot du village. Chaque jour, après le déjeuner, il s'installait au comptoir pour prendre son café, solitaire, toujours silencieux, l'allure singulière : une barbe dont ce n'était pas encore la mode ; dans la tenue un négligé mal venu pour son costume de ville du meilleur faiseur. Chaque jour, pour lui, la serveuse tirait de l'un de ses percolateurs, toujours le même, une tasse de liquide brun, réservant aux gens du cru le café d'un autre percolateur. C'était la coutume du bar de servir, pour le même prix, deux sortes de café, l'un pour l'habitant, l'autre, de moins bonne qualité, pour le pensionnaire. La serveuse avait jaugé son client au premier coup d'œil : breuvage de pensionnaire. Lui buvait sans mot dire. Cela dura plusieurs semaines. Jusqu'au jour où il assena son identité : médecin, interne à l'hôpital. Avait-il, par timidité, supporté de boire jour après jour l'insipide bibine sans protester ? Avait-il monté une petite comédie pour connaître le régime réservé à ses ouailles ? Nul ne se prononçait.

L'histoire alimente la causticité des « anticolonialistes », toujours prêts à dénoncer les vices du système. Elle est illustrative : quiconque, de sexe masculin, n'est pas du pays et s'y installe n'ayant l'air ni d'un touriste, ni d'un VRP, ni d'un routier, se voit traité comme un « non-civil », c'est-à-dire un pensionnaire.

On sait déjà combien la hantise du repérage des fous s'accroît à n'avoir pas d'indices pour le faire. L'attention toujours en alerte cherche alors appui dans un flair que l'on croit infaillible :

« Quand il y a un nouvel arrivé, même s'il est bien habillé, je le reconnais. Je ne pourrais pas dire pourquoi, mais je le sens. D'ailleurs, je sens aussi ailleurs quand quelqu'un déraile. » – « Peut-être qu'on a une déformation mentale qui fait qu'on voit des fous partout. C'est peut-être possible, c'est peut-être un phénomène. Je ne vous vois peut-être pas avec le même œil qu'une demoiselle de Paris qui vient voir son frère. »

L'inquiétude peut aussi trouver dans l'acte de discriminer le garant le plus sûr de son apaisement.

Mais la suspicion suffit-elle à éclairer le traitement différentiel appliqué aux malades ou assimilés dont un aperçu est donné par l'histoire de l'interne ou celle qui m'arriva au tout début de l'enquête ? Au terme de la deuxième semaine de travail à la Colonie, alors que je n'étais pas encore connue du village, me trouvant en avance sur l'horaire du car qui devait me ramener au train, j'eus l'idée d'attendre sous les marronniers de la place de l'église, assise sur l'un des bancs qui font face à la vallée. Le crépuscule durait. Nul bruit en ce coin retiré du bourg, hormis l'écho de la rivière. Soudain, un son mat sur le dossier du banc, puis un autre, un troisième ; un choc sur mes affaires, à mes pieds roulent des pierres grosses comme des œufs de pigeon. En me retournant, je fais fuir des enfants qui, sans même rire, bombardaient l'étrangère. Celle qui fréquentait les pensionnaires : on me prenait alors pour une assistante sociale de l'établissement, l'un d'eux m'avait fait les honneurs de la ville et certains m'avaient accompagnée le soir de la Colonie à l'hôtel. Comme eux, auxquels m'apparentait mon installation incongrue en un lieu poétique et désert, j'avais eu droit à cette marque de reconnaissance. J'en fus quitte pour l'avertissement et la peur.

Les exemples d'un traitement différentiel abondent, ainsi du rang de passage assigné aux pensionnaires dans les boutiques, ils sont toujours servis après les habitants, même s'ils sont arrivés avant eux, ou de leur fréquentation des bistrotts qui obéit aussi à certaines règles. Trois cafés s'échelonnent sur 100 m le long de la nationale. Chacun a une physionomie et une clientèle propres. Le plus grand, style brasserie, draine une clientèle d'ouvriers et, aux congés scolaires, de jeunes. La circulation des consommateurs y suit un rythme rigide : quelques pensionnaires s'y aventurent aux heures creuses de l'après-midi mais, dès avant 18 heures, s'éclipsent pour laisser la place aux ouvriers qui font une pause-apéritif avant de rentrer chez eux. L'été, l'affluence des jeunes écarte les malades. La salle en boyau d'un autre

café s'ouvre par une large porte sur la rue. C'est là qu'à toutes les heures du jour agriculteurs, représentants, patrons ou contremaîtres viennent parler affaires ou discuter un coup entre deux courses. Seuls un ou deux pensionnaires actifs, connus du patron, font un passage rapide, pour se désaltérer au comptoir. Les autres ne se sentent pas à leur place. C'est à l'hôtel-restaurant qu'ils vont le plus volontiers. Ce petit établissement a deux façades. L'une d'elles découvre au fond d'une cour le restaurant puis, coquettement arrangé, un bar américain. L'entrée de l'hôtel et deux portes le séparent de la salle avant dont la façade donnant sur la rue est entièrement voilée d'un rideau opaque, avec un accès toujours fermé. Ici, chaque espace est réservé. Aux clients de l'hôtel, le restaurant ; aux bons vivants et à quelques « dames », le bar feutré ; aux pensionnaires, l'estaminet du devant, avec ses longues tables et ses bancs en bois blanc mal équarri qui s'alignent entre les murs dénudés. Personne d'autre ne fréquente ce lieu caché aux regards où de mornes silhouettes consomment leur « fillette » de, vin en silence. Cependant, il suffit qu'il jouxte le petit bar pour priver ce dernier de sa clientèle locale.

Ces démarcations spontanées sont les signes les plus évidents d'un ordre fixant la place des pensionnaires dans la communauté. Elles s'accompagnent d'autres mesures discriminatoires, plus formelles ou plus subtiles englobant tous les malades, quelles que soient leur particularité et leurs qualités. Ceux-ci remarquent l'amalgame, en souffrent et le disent :

« Dans la population de malades qui est ici, il y a tous les genres, de l'oligophrène à l'éthylique. Les schizophrènes, quand ils ne sont pas en crise, sont des gens normaux. Mais ils sont considérés comme tous les autres. Il n'y a pas de différence dans la manière de les traiter. À mon arrivée ici, j'avais visité l'église et me suis rendu à la messe. Le curé s'est précipité sur moi en disant : "Mettez-vous avec vos camarades dans le fond de l'église sur les bancs sans dossier." C'est des gens plus ou moins intelligents qui font des différences. Après il m'a reçu parce que je lui donnais des récitals. Mais il n'y a pas d'intégration totale.

Dans ce processus interviennent la contrainte sociale, qui moule la « carrière » des pensionnaires en Colonie, et le contrôle social, qui gouverne les relations entretenues avec eux. Plusieurs procédés concourent à rendre évidentes l'hétérogénéité des malades et la partition qui oriente, au sein de la communauté, des rapports réglés indépendamment de la particularité de leurs acteurs.

CIVILS ET NON-CIVILS

[Retour au sommaire](#)

Premier instrument permettant d'établir une dichotomie formelle et stable, la désignation des ressortissants de la Colonie, fondant leur séparation sur leur régime légal avec l'opposition entre « civils » et « non-civils ».

Parce qu'il relève d'un hôpital psychiatrique, le malade reçoit d'emblée un *statut privatif* : il n'est pas ce que les autres sont, des citoyens à part entière ; il est privé de leurs droits. La notion de « non-civil », pour être utilisée de façon générale et systématique, n'est cependant pas claire dans l'esprit des gens. Donnée immédiate de l'appréhension sociale, elle pose sans l'expliquer la différence ; que la catégorie soit opérante pour se repérer dans l'univers social et guider les comportements quotidiens suffit à son usage, sans qu'on cherche plus loin : « Il ne faut pas travailler de mettre la grille là-dessus, on s'en casse la tête. »

L'emploi de la catégorie privative joue comme un opérateur cognitif de la discrimination comme la catégorisation sociale, ou l'« opposition structurale » (Evans-Pritchard, 1940) qui fait découler l'appartenance à un sous-groupe de la non appartenance aux groupes en opposition avec lui. Le couple bipolaire « civil - non-civil » intervient au principe d'une division formelle qui définit l'identité par la désignation de l'appartenance et de la non-appartenance. Cependant, dans ses significations, le terme « non-civil » a des implications quant au statut assigné au malade qui renvoient à l'interdiction judiciaire et à celle du groupe.

Le fait de relever d'un établissement psychiatrique est en effet déterminant en ce qu'il implique un statut de prisonnier et la suppression de certains droits. C'est en effet l'état d'internement et non l'état de malade qui est à la source de toute une série d'attributions dévalorisantes ou négatives. Certes, l'état d'hospitalisé et son cortège de misères : perte de l'autonomie, assignation à résidence, régime d'assistance aliénant, évoque toutes les situations de contrainte et de retrait du monde libre ; l'uniforme dont les pensionnaires ont été longtemps affublés a marqué l'imagination :

« Quand je suis arrivé ici, c'était à mon retour de captivité, après cinq ans derrière les barbelés, je n'ai donc pas été choqué de voir ces pauvres types. Après tout, moi aussi j'ai été un pauvre type. Ce n'était pas non plus la même chose qu'aujourd'hui, ils avaient une seule tenue d'hiver. Mais ça c'est encore le camp de concentration, quoique maintenant ils sont plus libres. » – « C'est un peu comme des militaires. Écoutez, j'étais en sana pendant la guerre, eh bien je me suis surprise à dire : "quand je serai démobilisée", j'ai senti cette chose-là ; je sais pas pourquoi on dit les non-civils : ça fait un peu des militaires. C'est comme si ils étaient embrigadés quoi ! D'ailleurs je le reconnais, j'ai eu cette question : "Quand est-ce que je serai démobilisée." J'étais bien immobilisée, c'est certain. Eux, ça rappelle un petit peu cette chose-là. Ils sont immobilisés puisqu'ils ont pas... même pas le droit de vote, rien... je sais pas pourquoi, je sais même pas si on y perdait dans le temps. »

Mais là n'est pas le plus important. Pour la population, l'entrée dans les « maisons psychiatriques » marque négativement d'un double point de vue. Celles-ci sont considérées plutôt comme des institutions répressives : on leur accorde un caractère pénal et une fonction policière ; les infirmiers sont vus comme les représentants du maintien de l'ordre ; le Pavillon hospitalier est assimilé à une prison. Quant aux pensionnaires, on leur impute volontiers des fautes obscures de

préférence à une affection mentale, comme nous le verrons plus loin. L'attribution d'un potentiel de délinquance se double de l'idée que l'asile détériore l'individu en lui ôtant tout sens de la responsabilité et de l'action :

« L'hôpital enlève toute notion de réadaptation. L'individu inactif tombe vite dans la paresse, on lui enlève tout souci de gain, de responsabilité. Automatiquement, ils se complaisent dans l'inactivité, ils ne sont plus réadaptables. »

L'internement ne fait que « les enfoncer », transformer en condition irrémédiable le handicap de la mesure légale : « Ce ne sont pas des hommes, on leur enlève leurs droits civils, donc ils sont pas des hommes. »

C'est pourquoi le désir de certains pensionnaires de mener une existence semblable à celle de la population en s'associant à toutes ses activités, y compris celles de loisir, paraît une prétention inconcevable :

« Le grand D..., il me dit : "Quand est-ce qu'il revient ?" (il s'agit du fils de l'interviewé qui était au service militaire). Je dis : "Il reste que cinq jours à faire." – Ah, y me dit, il est libéré ; ah, si je pouvais je prendrais bien sa place." On s'est mis à causer, il me dit : "Je comprends pas à vingt-deux ans pourquoi je pourrais pas aller au bal, j'ai bien le droit d'aller avec les filles." Je trouve que ces gars-là, ils savent très bien qu'ils ne sont pas très distingués, ni quoi que ce soit. Et, en général, ces gars-là, ils se croient plus malins que les autres. »

Le soin vigilant que l'on apporte à manifester aux pensionnaires dans les moindres occasions qu'ils ne sont pas des civils sert à prévenir toute tentative de leur part de s'immiscer dans la vie du groupe et d'y prendre pied en égal :

« Ils sont encore renfermés, par le fait : ils ont pas le droit de boire, pas le droit de sortir, d'aller au bal, de voir des personnes ; ils sont encore renfermés, ils ont beau dire, ils ont le droit de se promener, mais c'est tout... Et le grand mal des surveillants, c'est de leur dire qu'ils sont en liberté. Y en a que, pour eux, la liberté c'est d'aller au café, c'est avoir de la compagnie, c'est vivre comme tout le monde, alors qu'ils n'ont pas le droit, ils n'ont que le droit de boire ou manger, de se conformer à la discipline de la Colonie puis de se promener sur les routes et puis c'est tout. Ils ont que ce droit-là... »

Sur cette séparation vont s'étayer toutes les relations avec les malades et le statut qui leur sera assigné dans la communauté dont ils demeurent cependant partie intégrante. Leur différence privative va favoriser l'expression et la satisfaction des attentes du milieu d'accueil eu égard au système colonial. Ainsi va se définir, pour les troisièmes protagonistes de l'affaire, une condition qui marquera leur sort.

COMMODITÉ ET VALEUR D'USAGE

[Retour au sommaire](#)

Car, dès leur transfert de Paris, ces derniers ne sont ni simplement des malades auxquels on applique une nouvelle formule de vie, ni même simplement des internés auxquels on ouvre les portes. Ils sont aussi, et déjà, le rouage d'un système d'échange entre l'hôpital et la population. De leur placement, pivot du mécanisme par lequel la prospérité s'obtient contre des services, ils tiennent une qualité de produit, de matière première des échanges. Ce statut impersonnel de marchandise se traduit à travers les représentations et les pratiques. Tout un vocabulaire est réservé à leur circulation ou leur installation dans les placements : un transfert s'appellera un « arrivage » ou une « livraison » de malades comme pour les bestiaux ; dans les placements, on dira qu'on est « servi » ou « monté » ; quand on enlève un pensionnaire, on est « démonté » ; quand on en installe de nouveaux, on « se remonte ». Une vieille nourricière nous faisait ses doléances : « Au commencement, j'étais bien satisfaite », mais maintenant, sans comprendre pourquoi, elle suppose parce qu'elle a refusé un pensionnaire qui lui faisait peur, ou à cause de son âge : « Je suis bien mal montée... on ne peut pas être et avoir été. » Le pensionnaire apparaît comme une « commodité » qui se distribue et se détient à la mesure de son prestige ; un de ces « biens » dont Cl. Lévi-Strauss (1967) souligne qu'ils « ne sont pas seulement des commodités économiques, mais des véhicules et des instruments de réalités d'un autre ordre : puissance, pouvoir, sympathie, statut... », ce que l'on a eu l'occasion de montrer.

Aussi devient-il objet de transaction directe quand on prend en considération la valeur qu'il présente *per se*. Autrefois, il revenait aux infirmiers-visiteurs de trouver un placement à tout nouvel arrivant et l'on tient des anciens qu'ils allaient de placement en placement proposant le malade :

« "Vous en voulez ?" On promenait le malade : "Ah non, ça va comme ça", on répondait. Mais quand il y avait des pensionnaires potables, on se les bagarrait. »

Le troc s'instituait à leur propos :

« C'était la tradition des cadeaux, il y avait le troc. Si la nourricière arrivait à satisfaire l'infirmier avec ses poulets, ses canards de Barbarie, ou avec elle-même, elle était bien servie. Mais si elle arrivait pas, elle avait toujours son malade, mais moins bon. »

Ce « surcroît » qualitatif dépend de l'utilité sociale du pensionnaire. La valeur d'échange des malades est uniquement fonction de leur valeur d'usage. Que celle-ci soit mesurée en services rendus, en travail productif ou en traits de caractère positifs, elle est toujours fixée en regard de critères propres aux nourriciers. Même dans le cas des qualités personnelles que présente le pensionnaire (politesse,

propreté, sociabilité, etc.), celles-ci sont estimées par référence aux attentes des nourricières qui, sans être consensuelles, sont toujours liées au fonctionnement de leur placement et à leur rôle professionnel.

L'échelle d'estimation du surcroît qualitatif porte déjà les éléments d'un rôle qui sera assigné aux pensionnaires. Il ne s'agit plus d'être « servi », mais de l'être bien ou mal. Quand on amène un nouveau, toujours la question d'antan : « Ce sera-t-y un bon bredin ? », même si aujourd'hui elle se formule en d'autres termes : « ça n'est pas plaçable, ça », ou « ça l'est », « c'est servable » ou « c'est inservable » et, par un discret retour de la notion de servage, on glisse au « c'est serviable », « c'est inserviable ». Le bredin se réifie dans le ça et le terme positif concerne les services qu'il est capable de recevoir ou rendre ; fort de quoi il sera distingué par quelque caractéristique extérieure : sa classe d'âge (le jeune ou le vieux) ; son origine (le Russe, l'Arabe ou l'Alsacien) ; sa profession antérieure (le parachutiste ou l'ingénieur) ; ou, s'il est vraiment admis, il sera appelé par son nom ou son prénom, le plus souvent précédé de « le », ou par la place qu'il occupe dans la famille, (le grand-père bredin ». Le privatif « in » conduit dans la plupart des cas au rejet du pensionnaire. C'est le verdict de la nourricière sur l'adaptation du malade à son rôle, son adéquation à ce qui pourrait être appelé la « norme explicite du bon pensionnaire » que le milieu a forgé.

Aujourd'hui que le règlement administratif empêche de négocier l'installation d'un malade à son arrivée, l'ajustement se fait par essais et erreurs. Si ça ne marche pas dans un placement, on le met ailleurs et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il trouve une nourricière pour le garder un peu plus, parfois très longtemps. À moins que trop de tentatives vaines ne poussent à le classer « inapte » au placement familial et à le renvoyer à Paris. On a ainsi cité le cas d'un garçon revenu en asile après avoir fait 17 placements en trois mois. Il s'ensuit entre les divers points du périmètre de placement une véritable circulation des malades. Ces derniers peuvent demeurer longtemps à la Colonie, mais combien le peuvent-ils dans une même famille ?

En étudiant le roulement interne à chaque placement à partir des carnets de présence que tiennent les nourricières, il a été possible d'estimer les durées de séjours des pensionnaires. À quelques cas près, ces données montrent leur instabilité et, à travers elle, leur statut d'objet. Les durées moyennes de séjour se situent entre un et trois ans, 61 % des placements ont connu des hébergements inférieurs à un mois et tous ont vu séjourner plus d'un pensionnaire pour des périodes inférieures à un an.

Cette circulation fait problème. Donnée de base dont le système de placement tire toute sa souplesse, puisqu'elle permet d'ajuster au mieux le pensionnaire à son cadre, elle témoigne par son intensité d'un certain dysfonctionnement. La multiplication des séjours de courte durée et les raisons de changements de résidence laissent apparaître la complexité des mécanismes d'adaptation (43 % des

départs tiennent à une incompatibilité entre nourriciers et pensionnaires, 25 % à des difficultés pratiques, essentiellement dues à la distance du placement à la Colonie). « On fait un pari sur la stabilité des séjours », a-t-on coutume de dire à la Colonie où l'on semble mal maîtriser les facteurs qui interviennent dans la fixation des pensionnaires ; on souligne la variabilité des situations sur lesquelles il ne peut y avoir de vue systématique parce qu'elles engagent des caractéristiques psychologiques et matérielles.

Du côté nourricier, on mentionne des éléments psychologiques comme le « tempérament » (familiarité ou réserve, méfiance ou disponibilité), le « caractère » (calme ou excité, affable ou impulsif), ou la situation de famille (impliquant par la présence ou l'absence d'un époux plus ou moins d'autorité ou de protection : « Un malade difficile ne sera pas placé chez une femme seule s'il a besoin d'autorité »), et l'âge (dont dépendent des habitudes de contact différentes). Interviennent aussi la conception du rôle du pensionnaire (travailleur ou hôte), le mode de vie qu'on lui réserve (plus ou moins grande intégration dans la famille), etc. Du côté malade, c'est aussi le caractère, ses capacités et ses attentes concernant la vie en placement (désir d'activité ou non, goût de la solitude ou du contact social ; recherche de confort, etc.), son origine sociale (qui peut être à la source d'incompatibilité), sa maladie enfin (essentiellement en raison du niveau d'activité et de sociabilité qu'elle entraîne). Quant au placement lui-même, sa situation écologique, le confort ou l'alimentation que l'on y fournit entrent en ligne de compte tout comme la petite société que constituent les pensionnaires qui y sont établis.

À en croire les responsables, l'adaptation dans un placement suppose entre ces divers éléments, susceptibles de combinaisons multiples, un ajustement qui tient du hasard et de l'impondérable psychologique. En ce point où s'articulent institution et milieu, malades et population, quelque chose comme un désordre vient perturber le fonctionnement de l'établissement, réduire l'emprise ou le contrôle de ses agents. Derrière le flou des cas concrets, tout se passe comme si l'incompatibilité entre nourriciers et malades qui motive près de la moitié des changements de placement n'était pas seulement d'humeur ; comme si le bon vouloir des nourriciers et, au-delà, leurs attentes, auxquelles se conforment plus ou moins aisément les pensionnaires, dictaient des conditions difficilement acceptables comme règles par l'institution elle-même. Ne trouve-t-on pas dans le changement le moyen d'imposer des exigences en faisant pression sur cette dernière à travers son fonctionnement qu'on enraye ou emballe jusqu'à obtenir le pensionnaire voulu ?

BONS ET MAUVAIS PENSIONNAIRES

[Retour au sommaire](#)

Supposer que la circulation des malades obéit, plus qu'à une régulation interne à l'hôpital, aux pressions exercées par le milieu d'hébergement, conduit à rechercher la source de ces dernières dans la condition impliquée par le « métier » de nourricier. Ce dont témoigne le personnel chargé de la surveillance des placements, les infirmiers-visiteurs, dont « l'importance sociale, disait le Dr Vié dans son étude sur le placement familial (1940, p. 1-29), nous est apparue si grande qu'ils constituent, à notre sens, l'un des rouages capitaux de ces institutions (...). Les visiteurs sont pour ainsi dire les animateurs (de la vie de la Colonie), ils contrôlent les nourriciers et les placements, surveillent les malades, président aux rapports de ces derniers avec le reste de la population. Ils assument une triple fonction, médicale, morale et sociale ».

Pierre de touche du système, ils occupent, dans l'organisation hospitalière, une position charnière. Plus que les médecins, ils ont à connaître les relations entre nourriciers et malades. Et leur tâche est difficile, non seulement parce qu'ils doivent exercer un contrôle et une surveillance mal reçus par les habitants auxquels les lient parenté, voisinage ou amitié, mais parce qu'ils « jouent le rôle de tampons entre les médecins et les nourriciers sur les bons et les mauvais pensionnaires ». Tenus de faire appliquer le règlement des premiers, ils doivent aussi représenter et faire comprendre le point de vue des seconds, témoigner du bien-fondé de leur conduite avec les malades et, le cas échéant, arbitrer ou trancher à vif les démêlés qui surgissent au placement. C'est à leur niveau que se manifeste le conflit entre demandes de l'établissement et contraintes du milieu, que s'expriment les critères d'évaluation sociale, malgré le flou défensif dont ils les voilent. D'une certaine manière, ils sont le véhicule de la « norme du Bon pensionnaire » en regard de laquelle ils évaluent, dès le départ, le malade.

En effet, celui-ci, arrivant à la Colonie, doit se plier à certaines formalités dont l'une permet de juger d'emblée sa qualité de pensionnaire : au moment de l'inventaire de ses affaires, quand on l'emmène à la lingerie pour constituer son trousseau. Se déshabiller devant l'infirmier, essayer les vêtements constitue une « épreuve » où l'on jauge ses réactions :

« Ça permet de voir son comportement, ses réponses. S'il fait une remarque vive, s'il montre mauvaise grâce, rejette le couvercle de sa valise, on verra tout de suite qu'il est pas docile, que ce sera pas un bon pensionnaire. »

Cette recherche d'une aptitude à la soumission, de la docilité, donne à penser dans quel réseau de contraintes le malade va se trouver engagé. Dans la discipline du placement d'abord, car l'on entend que, si un service est dû, parce qu'il est

faiblement rétribué et destiné à un client qui ne le monnaie pas directement, il doit s'effectuer au moindre coût, en travail et en responsabilité.

Donc obligation de respecter des horaires de repas, la plupart du temps rigidement fixés pour ne pas empiéter sur la vie familiale, et ceux de rentrée puisque toute absence doit être signalée pour prévenir les évasions dont la responsabilité risque d'être imputée à une mauvaise surveillance. Exigence de propreté et d'ordre aussi pour les affaires personnelles et la chambre. Avec la préparation des repas, le nettoyage est dans le placement le travail principal et le plus visible, mais alors que la première va de soi, l'entretien apparaît toujours comme une servitude désagréable dont on cherche à réduire la peine. Celui de certains malades qui souffrent d'incontinence urinaire ou fécale, de troubles moteurs empêchant une alimentation correcte, ou qui simplement s'abandonnent à la malpropreté par renoncement ou délectation morose, a de quoi rebuter. Ce n'est cependant pas le cas de tous, tandis que le souci de propreté est général. Il y rentre du dégoût – sur lequel nous reviendrons –, le désir de « s'éviter du travail », mais aussi un calcul :

« La saleté diminue la nourricière ; si vous avez deux ou trois malades sales, le placement peut pas être en ordre comme dans certains où il y a deux ou trois malades propres. La différence de prime compte. Dans un placement propre, la prime est plus élevée. »

Ceci conduit à exercer une surveillance sévère, voire à exiger que le pensionnaire soit absent toute la journée, faisant ainsi d'une pierre deux coups : le placement reste net et l'on évite tout contact.

Presque autant que la propreté compte la facilité avec laquelle le malade prend ses médicaments. Cette charge nouvelle, dure à faire accepter, est d'autant plus pesante que beaucoup de malades refusent de se soumettre au traitement médical et qu'elle fait l'objet d'un contrôle étroit, la fermeture du placement pénalisant tout écart aux soins prescrits.

Discipline, propreté, acceptation des soins représentent une collaboration minimale à ses tâches propres que la nourricière requiert des pensionnaires. D'autres attentes concernent le fonctionnement du placement. Ainsi le bon pensionnaire est-il souvent celui qui « reste au placement, ne rentre pas au Pavillon ». Il se peut en effet qu'un séjour à l'infirmerie soit nécessaire en raison d'un épisode psychopathique, d'une crise éthylique ou d'affections intercurrentes. L'allocation de la nourricière est alors suspendue pendant toute la durée de l'hospitalisation. De même, lorsque l'on héberge plusieurs malades, s'assure-t-on de leur tranquillité, de leur sociabilité, par crainte que des querelles surgissent entre eux et dégénèrent, entraînant un retrait des malades.

Interviendront dans la définition du bon pensionnaire ses réactions aux mesures permettant d'assurer la rentabilité du lit qui est obtenue en rognant sur les dépenses

afférentes : chauffage, entretien du mobilier et du linge et surtout nourriture. Bien que la surveillance de la Colonie soit continue sur le plan de l'alimentation et que l'on parle au passé des restrictions imposées aux malades, il semble que l'on fasse maintenant aussi deux poids, deux mesures comme dans l'anecdote du café. On a beau vous dire qu'autrefois « c'était pas la même chose, on avait presque deux sortes de cuisine ; chez le charcutier, il y avait les boulettes et le boudin pour pensionnaires fabriqués avec des raclures, qu'on n'achetait que pour eux », on entend encore l'épicière, à qui une ménagère commande une boîte de petits pois, demander : « Qu'est-ce que vous voulez comme petits pois, des très fins ou des gros pour pensionnaires ? » La séparation des repas sert, entre autres, à cacher des menus différents et à ne pas servir dans les chambres le bifteck familial. Sur ce plan, le bon pensionnaire est celui qui accepte sans rechigner ni se plaindre, celui qui « ne revendique pas pour tout, la nourriture, la chambre, tous les prétextes, quoi ! », ne fait pas d'histoire.

On cerne ici quelques attributs du rôle imparti au pensionnaire en tant qu'il bénéficie d'un contrat auquel il n'a pas voix, sauf celle du refus. Ce doit être un hôte discret, soumis, ni encombrant ni exigeant, donnant aux nourriciers le moins de peine et au placement le plus de rentabilité. Pour avoir droit au peu qu'on lui consent, il doit payer d'un assujettissement silencieux ou de sa personne. Car, dans l'évaluation du pensionnaire, par-dessus tout compte son apport de travail : « qu'il rende quelques services », « sa petite journée », voilà ce que l'on attend. « Qu'il ait son petit rendement » et « on lui passera ses défauts, on le dorlotera ». Sa reconnaissance passe par la contrepartie en nature, l'utilité sociale.

PENSIONNAIRES TRAVAILLEURS

[Retour au sommaire](#)

Dans une population qui a, historiquement, comme nous l'avons vu, associé son acceptation à la valeur-travail des pensionnaires, cette dernière reste toujours primordiale et recherchée. Mais si la demande de travailleurs est générale, elle n'a qu'un faible répondant dans les faits.

En effet, le nombre de pensionnaires travaillant au placement n'est pas aussi élevé que le laissent croire les assertions des informateurs, non plus que leur niveau d'occupation : 57 % n'ont aucune activité ; 16 % une activité rare ; 18 % travaillent avec une fréquence relative ; 9 % le font de manière constante. Les gens doivent compter avec la volonté ou la capacité manifestée par les pensionnaires sur lesquels ni eux ni la Colonie n'ont de pouvoir véritable. Il en va de même pour le travail hors du placement. Dans ce cas aussi la surestimation des pensionnaires travailleurs est nette : 78 % des malades n'ont aucune activité, près de 8 % s'emploient chez des particuliers, 15 % à la Colonie.

Que cette attente réponde à quelques réalités du besoin dans toutes les catégories de la population, c'est certain : qu'elle corresponde à un goût de la facilité et l'encourage, aussi. Mais, en tant que dimension fondamentale et unanimement reconnue de la définition sociale du pensionnaire, n'exprime-t-elle pas un processus de différenciation où chacun reçoit sa place ? D'un côté, les civils, caste libre et supérieure en droit de demander des services, de l'autre, les non-civils, caste inférieure privée de ses droits et vouée aux tâches de la servilité. Telle semble être la représentation du rapport entre les deux groupes, en consonance avec un rapport de type colonial, que d'ailleurs on évoque spontanément ¹, quand le groupe dominant assure son pouvoir et son prestige en utilisant le groupe dominé pour les activités les moins nobles ou des tâches subalternes qu'au besoin l'on crée ou dont on invente de nouveaux délégués. Le plus frappant à Ainay n'est pas le pensionnaire qui sarcle, bine, rentre les foins ou le bois, c'est l'homme à son évier, « le vaisselier », celui qui lave le sol ou achète le lait (17 % des pensionnaires actifs s'emploient uniquement pour faire des courses ou comme aide-ménagère).

Ce rapport s'illustre dans la rémunération consentie aux malades travailleurs, et qui relève du droit coutumier. L'administration n'édicte aucune règle sur ce chapitre ; elle-même applique le taux journalier fixé pour rétribuer le travail des malades dans un hôpital psychiatrique. Le « pécule », au moment de l'enquête, son montant équivalait à 5 timbres (de 30 centimes) par jour. Ce qui est pour l'hôpital un règlement n'est pour la population qu'une indication, mais rien ne peut s'opposer à ce qu'elle s'y aligne. En fait, le salaire des pensionnaires est déterminé par arrangement tacite, les nourriciers faisant leur estimation, compte tenu de ce qu'ils paieraient à une main-d'œuvre « civile », du rendement des pensionnaires, du seuil défini par le pécule. Dans certains cas, sa valeur professionnelle autorise le malade à négocier son salaire. Lorsque l'activité est épisodique ou accessoire, on ne parle plus de salaire mais de « récompense » laissée au jugement des nourriciers. Autant dire que l'arbitraire règne. L'arbitraire, pas le désordre. Car l'examen des rémunérations révèle deux choses.

D'abord, les taux s'échelonnent entre des marges homogènes correspondant à des usages définis ². Il semble que le milieu – sur lequel les responsables de la

¹ Le rapprochement est fait avec le seul cas que l'on connaisse, l'Afrique du Nord. Le pensionnaire, c'est un peu l'Arabe, et l'on admire la faculté de certains agriculteurs à faire « suer le burnous » : « Les gens de la campagne ont une autorité curieuse, comme en Algérie, nous on demande aux pensionnaires d'entretenir le jardin pour 6 F par jour, ils viennent pas, ça les intéresse pas. Mais le paysan vient, il en trouve dix. En leur donnant 200 balles pour un travail pénible, et ils arrivent ; c'est écœurant. Ils ont ce pouvoir-là, on dit que les colons aussi avaient ce pouvoir-là. »

² Quand le pensionnaire travaille au placement, dans 20 % des cas il ne reçoit aucune rémunération, dans 18 % une rémunération en nature (tabac, douceurs, vin), dans 18 % une rémunération variable selon son activité, dans 43 % un salaire fixe. Le travail à l'extérieur se paie toujours. Le type de la rémunération est tributaire du type d'activité : 26 % des cas

Colonie n'ont aucun pouvoir, sauf celui de défendre les malades en cas de litige – ait élaboré sa propre réglementation et l'applique rigoureusement : l'institution sociale fixe aux malades leurs fonctions et leur rétribution, les cadres de leurs devoirs et de leurs droits. Ensuite, les contreparties financières – quand elles existent, puisque 38 % des travailleurs ne reçoivent aucun argent – sont très faibles. Certes, on s'accorde à traiter les pensionnaires de façon un peu plus généreuse que l'hôpital (45 % des salariés reçoivent plus que le pécule). Sans dépasser toutefois un seuil très bas : les salaires supérieurs à 60 F sont l'exception (10 %). Et surtout, il y a 40 % de rétributions inférieures ou égales à 20 F. Une véritable exploitation des pensionnaires se dessine dont eux-mêmes sont conscients :

« Dans la région on a besoin de main-d'œuvre. Le bureau de placement, c'est la Colonie familiale. Si il n'y avait pas la Colonie familiale, il faudrait qu'ils trouvent de la main-d'œuvre, et pour la faire venir il faudrait qu'ils la payent selon les tarifs légaux, plus les avantages sociaux et le syndicalisme. Mes compagnons de misère de la Colonie – misère, j'exagère, on est nourris, logés, blanchis, il y a le prélèvement – ici on est tous les larbins de la population. »

Les raisons à cela, claires et moins claires ? De la part des malades, l'évidente absence de protection, légale ou psychologique ; parfois, des moyens réduits, malgré un désir de s'intégrer dans le réseau actif ; la satisfaction monétaire facile, pour avoir connu un sort plus dur en asile. De la part des habitants, l'abus de leur faiblesse et de leur aspiration à un statut autre que celui d'aliéné, de leur manque de défense sociale ; sans oublier l'évaluation négative du malade mental, individu amoindri, du « non-civil », individu diminué et destitué, avec pour conséquence la dénégation de ses besoins et de ses droits d'homme.

En témoigne ce pensionnaire interné depuis treize ans, à la Colonie depuis deux ans :

« Un être humain dans les hôpitaux psychiatriques est resté depuis X années et ensuite on lui propose la Colonie familiale. Quand on m'a proposé de venir, je savais ce qui se passait (certains étaient revenus, d'autres m'avaient écrit), j'ai d'abord refusé. Puis après, un infirmier m'a dit de venir, que c'était ma seule chance pour obtenir ma sortie, mais il pensait le contraire, je suppose que les services sociaux devraient faire une enquête sur ceux qui travaillent. Quelqu'un qui fait le travail d'un ouvrier agricole et souvent plus, et qui a travaillé depuis plus d'un an, devrait obtenir sa sortie ou être réintégré dans la vie sociale, avec ses droits et des devoirs au point de vue travail, familial et comme citoyen. »

d'activité rare reçoivent une rémunération en argent, contre 81 % des cas d'activité fréquente ou constante. La demande de travail est plus élevée en campagne, et la rémunération en liquide y est plus substantielle, du moins en cas d'activité régulière.

Dès lors, les pensionnaires connaissent le sort de tous les groupes marginaux et inférieurs, deviennent une sorte de sous-prolétariat que nul impératif moral, à défaut de loi, ne préserve des outrances de son utilisation. Est-ce tout ? Que dire, si c'est tout, des significations que leur travail a revêtues dès les origines de la Colonie ? Et comment ne pas voir que sa valeur de compensation au désagrément du contact de la folie implique qu'il ne soit pas traité comme un vrai travail ? De quelle manière opérerait la différenciation si, par le biais d'une reconnaissance monétaire de la contribution des malades, se trouvait niée leur relégation aux frontières symboliques du groupe ?

UN STATUT PAS COMME LES AUTRES

[Retour au sommaire](#)

En instaurant, avec la définition sociale du statut de pensionnaire, les règles d'intégration des malades, le groupe d'accueil a fixé en même temps les modalités et les limites de leur reconnaissance. Pour que le ressortissant de la Colonie soit autre chose que l'objet anonyme des tractations entre l'hôpital et le milieu - matériau de l'échange au niveau des placements, prétexte ou monnaie de la prospérité au niveau de la collectivité -, il doit se manifester dans son utilité sociale. L'usage qu'on en escompte est comme un gage qu'il doit pour accéder à un régime de vie personnalisé. L'activité est en quelque sorte un passage obligé pour échapper à une condition réifiée : jouer comme acteur social sa partie, fût-ce en soubrette, valet de pied ou garçon de ferme, et à frais d'acteur.

Cette assurance acquise, le malade deviendra nécessaire à l'équilibre optimal du milieu pour une double raison. En développant dans la population certaines habitudes de service dont elle peut mal se défaire, leur concours a donné aux pensionnaires une fonction indispensable dans le maintien du niveau et du style de vie : « ils tiennent leur place » et « ça manquerait s'ils n'aidaient pas, pour faire les courses, chercher le pain, tout ». Mais outre qu'elle « allège » les habitants, l'activité des malades résorbe leur aberrance, atténue leur statut d'assistés dont un des signes les plus irritants et infamants est l'oisiveté, synonyme de parasitisme. Quand l'attente d'une activité n'est pas satisfaite, le malaise s'instaure. Ainsi s'explique le sentiment de révolte et d'inquiétude devant le changement de mentalité des malades qui, aujourd'hui, ne veulent plus travailler, et la nostalgie du temps – qui n'est pas si lointain, puisque l'installation de l'eau courante remonte à 1952 – où ils faisaient les corvées d'eau et portaient le linge au lavoir :

« Ce n'était pas la même chose qu'aujourd'hui, ils avaient une utilité physique qui leur servait et servait le pays. Il y avait cinq puits et ils se baladaient pour aller chercher l'eau. On n'en voyait plus circuler sans rien faire dans le pays. »

À ce moment-là, « ils étaient traités comme quelqu'un qui aurait fait partie de la famille », alors que maintenant « c'est honteux de voir ces grands gars-là qui sont en bonne santé allongés sur l'herbe ».

« On ne les emploie pas assez. Au début, la Colonie rendait beaucoup de petits services. Dire qu'on les payait beaucoup, c'est beaucoup dire ; on leur donnait un peu à manger, un verre de vin, un bon quatre heures. Ils étaient payés d'une manière ou d'une autre. On leur donnait à boire, à manger. Plus tard, on leur a mis dans la tête que tout travail mérite salaire. Ils sont tous persuadés qu'ils travaillent comme le civil, qu'ils doivent être payés comme le civil. C'est le thème qui revient dans toutes les conversations, sans arrêt, c'est leur grande phobie. J'en connais un qui travaille dans une ferme, il dit : "On fait le même travail que les domestiques, on n'a pas de vacances, on gagne 5 F par jour." Je lui dis : "Vous êtes nourri, chauffé, habillé, alors que celui qui gagne plus à toutes ces charges-là, plus les charges sociales." 5 F par jour, j'estime qu'on ne se moque pas d'eux. Tout à fait d'avis qu'ils sont ici pour se soigner, que les gens qui les emploient ne soient pas exigeants pour le rendement, mais qu'eux ne le soient pas au point de vue prix. Dans le pays, ils seraient tout de même mieux vus. »

Au plan symbolique, le travail assure sa pérennité à l'acceptation d'une différence que les bas salaires entérinent et maintiennent.

Dans ses grandes masses se profile le personnage social du pensionnaire. Ses traits les plus saillants s'articulent en divers points de la vie sociale, avec les attentes explicites de la population. À la manière qui lui est réservée, il est hôte, membre du groupe familial, du groupe professionnel, élément de la collectivité, figure du pays :

« Ils font partie d'une façon absolue. Ils sont absolument intégrés dans la vie. Les gens vivent avec les pensionnaires comme ils vivent avec des compagnons de travail sur le chantier. »

En résultent un rôle et une place uniques en leur genre, « propre à Ainay » :

« Les femmes en parlent comme de leurs pensionnaires. Ça c'est une nuance qui est indéfinissable, je ne peux pas vous dire. Elles en parlent comme quelqu'un dont elles ont la responsabilité. Et c'est tout. Pas comme de leur fils qui est à l'école, elles en parlent comme de leur pensionnaire. Pour eux, c'est une notion absolument nouvelle et unique à Ainay, strictement propre à Ainay. »

Ainsi, dès lors qu'ils prennent place hors des murs de la Colonie, ses ressortissants reçoivent du milieu d'accueil une double définition dont les attributs s'apparentent à ceux de l'« étiquette » et du « rôle » tels que les a dégagés Nadel (1970). L'étiquette de « non-civil » identifie dans l'univers social le « nous » et le « non-nous » ; les comportements qu'elle guide réalisent une mise à part. La dénomination de « pensionnaire implique des prescriptions qui affectent aux malades des places et fonctions spécifiques, forgent le type idéal de leur

participation et de leur image en tant qu'acteurs sociaux ; lui correspondent des comportements obéissant à des attentes normativement réglées selon les besoins de la communauté. Dans ce processus à double détente, la réponse sociale produit, à partir de la distinction entre « nous » et « non-nous », le modèle d'un « presque-nous » qui confère à l'autre un poids propre. Elle va aussi transformer un ordre de partition en un ordre d'agencement au sein duquel le « presque-nous » se trouve lié au « nous » par des relations socialement codifiées. Par cet agencement, la communauté d'accueil ne se contente pas de coexister avec un groupe qui lui est hétérogène, d'en tolérer la présence. Elle marque son extériorité et ses modalités d'insertion. Plus, elle ajuste sa différence et en légitime la présence par l'utilité. Dans l'interprétation fonctionnaliste, ce genre de processus consiste pour un groupe à absorber la différence pour tirer parti des ressources qu'elle offre tout en assurant sa propre conservation. Ce que nous avons vu de l'utilité des pensionnaires laisse penser que cette interprétation est insuffisante. Il semble bien, en effet, que pour une part l'utilité soit recherchée et conférée en surcroît pour pouvoir absorber la différence. Si tel est le cas, il faut s'attendre à ce que le rôle dont la norme du « bon pensionnaire » fournit l'image idéale n'épuise pas le tout des relations sociales nouées avec les malades. Et c'est bien ce que suggère l'organisation de la vie quotidienne telle que la décrivent les nourriciers ou les observations de l'enquête.

LE DISCUTABLE ET L'INDISCUTABLE

[Retour au sommaire](#)

Du point de vue des nourriciers, le contact avec les pensionnaires semble orienté selon trois dimensions : institutionnelle (les attentes normatives concernant le « bon pensionnaire »), fonctionnelle ou pratique (les exigences correspondant à l'utilité escomptée du pensionnaire selon le type de placement), relationnelle (les convenances relatives au contact avec quelqu'un d'extérieur au noyau familial, de plus malade mental). Ces dimensions sont perçues comme relevant d'univers différents, ainsi qu'il apparaît dans la distinction entre le « discutable » et le « pas discutable » ou l'« indiscutable » dans la manière de vivre avec les malades et de les apprécier.

L'« indiscutable » se situe dans le registre « objectif » des contraintes définies par l'utilité et le fonctionnement du placement. L'évaluation du pensionnaire et son régime de vie dépendent alors d'une base matérielle – situation, type de rentabilité du placement, etc. – et non des dispositions personnelles du nourricier ou du malade :

« Un bon pensionnaire, ça dépend comment on le prend, si c'est question de travail ou question de l'avoir comme pensionnaire pour le mois. Ça, on peut pas discuter de ça. Parce qu'il y a des pensionnaires que les nourriciers les prennent que pour toucher le mois, alors qu'y travaillent pas, alors d'un pensionnaire à l'autre, ça joue beaucoup qu'il

soit agréable ou pas. À présent, dans l'autre cas où le pensionnaire travaille un peu, eh bien y a des pensionnaires qui vaudront beaucoup mieux que d'autres ; c'est là qu'ils feront la différence d'un bon et d'un mauvais, c'est pas question d'agréable, c'est ça la différence, ça c'est indiscutable. »

Cette détermination matérielle impose au nourricier ses critères de jugement :

« Les gens qui n'ont rien à faire préfèrent un vieux, ça dépend des genres de placement. » – « En campagne, quand ils rendent service, on a beaucoup de tolérance ; en ville c'est pas pareil, ils sont moins bien vus. »

De même différencie-t-elle les pensionnaires selon leur aptitude à répondre plus au moins adéquatement à leur rôle :

« Le travail, c'est autre chose. Un pensionnaire, on va arriver très bien à le faire travailler, on va lui demander un travail qui sera encore d'un petit peu de valeur et à un autre... ça c'est indiscutable !... »

L'évaluation variera selon la catégorie du placement, mais les critères en restent stables, tenant, par-delà le bon vouloir du nourricier et du pensionnaire, au contexte dans lequel s'exercent leurs fonctions. C'est pourquoi les assertions « pas discutables », tout en s'appliquant à une réalité discrète, font l'objet d'une reconnaissance consensuelle, présentent un caractère de vérité d'expérience sur laquelle la discussion n'a pas de prise. À chacun la vérité de sa condition.

Le « discutable » par contre relève de la sphère du subjectif. En matière d'opinions et de conduites relatives aux pensionnaires, il renvoie aux convenances personnelles et aux dispositions psychologiques directement engagées par la maladie mentale. Ainsi que dans les affaires de goût, ce qui est admis à la fois comme un irréductible privé et comme un thème d'échange et de controverse a trait aux sentiments que chacun peut ressentir, face à un malade. Le « discutable » vise, d'une part, la réaction d'un sujet réceptif et non plus celle d'un agent inscrit dans un réseau de déterminations, d'autre part, une propriété spécifique, la folie, et non plus un attribut de rôle ou la capacité à l'accomplir :

« Nous on fait pas de différence qu'il soit malade mental ou pas. Vous m'auriez demandé ça il y a vingt-cinq ans, j'aurais pas répondu de la même façon. Seulement, au bout d'un laps de temps, qu'est-ce que vous voulez. À force de se côtoyer comme ça, qu'est-ce que vous voulez, vis-à-vis les un des autres... On a changé à longueur de temps. Forcément, celui qui a un pensionnaire qu'on lui amènera aujourd'hui, eh ben y causera peut-être pas comme moi. Y en a qui peuvent pas s'adapter. *C'est discutable, ça.* »

Cette réaction peut être d'accoutumance ou de nature affective, émotionnelle, se rapportant au simple contact avec un malade :

« Des gens qui ont jamais eu de pensionnaire, ils causeraient peut-être pas comme nous. Parce qu'ils sont pas habitués et puis y en a qui n'en veulent pas du tout. Celui qui n'a pas le tempérament pour avoir des pensionnaires, qu'est-ce que vous voulez ! »

Elle peut aussi être liée au type d'investissement ou d'obligation relationnelle que réclame la maladie ou certaines d'entre elles : ainsi on préférera s'occuper d'un malade adulte que d'un enfant de l'Assistance publique parce qu'on a moins de responsabilité et que l'on s'y attache moins, ou l'inverse parce qu'on ne supporte pas l'impossibilité, posée *a priori*, de s'attacher à un homme fou. De même réagit-on avec plus ou moins de déplaisir à certaines manifestations mélancoliques parce qu'elles réclament une attention ou un soutien psychologiques, selon que l'on accepte ou refuse une relation interpersonnelle avec les malades. Enfin, au nom de cette relativité toute privée, admet-on la pluralité des manières de vivre avec les malades :

« Moi je parle avec eux, mais ce que je vous dis, un autre va le contredire, il va pas causer de la même façon. » – « Ça dépend au contact des nourriciers qu'ils sont. D'un nourricier à l'autre, ça joue à 100 %. C'est difficile. Vous allez dans une autre maison où le nourricier va jamais parler avec les pensionnaires, où il n'y a aucun contact ; ils ont à manger et à boire et ils s'en vont... alors là, les nourriciers, ils pourront pas causer comme moi. »

Si ce type de conduite et d'appréciation est discutable, c'est que, relevant du retentissement subjectif à l'objet, il n'ordonne ce dernier à aucun critère pratique ou fonctionnel, admis consensuellement. Le débat s'alimente de la matière mouvante d'impressions fondées sur des critères intimes, divers mais également recevables. Le discutable, somme toute, c'est le domaine de l'opinion.

Les deux types d'assertion que distinguent les nourriciers ressortissent au jugement social : évaluation d'autrui et, indirectement, de soi, selon des échelles de valeur internes ou externes. Ce dont on « cause » ou pas s'inscrit dans un champ de communication qui requiert une communauté d'expérience ou de condition :

« Les gens qui n'ont pas de pensionnaires, ils en parleront pas, parce qu'ils n'ont pas de jugement ou qu'ils voudront pas y mettre. »

La communication sociale qui s'instaure autour des pensionnaires, avec son fonds commun nécessaire – en avoir ou pas –, renvoie à une réalité socialement informée. On ne peut manquer ici d'évoquer le modèle de Festinger (1954) sur la « comparaison sociale », avec une nuance cependant : « discutable » et « indiscutable » désignent deux sortes de « réalité sociale ». L'échange dans le premier cas fait émerger la réalité d'un vécu collectif foisonnant où les points de vue cohabitent dans une acceptation mutuelle ; dans le deuxième cas, il enregistre une réalité dont les facettes définies par les contraintes de situation sont reconnues consensuellement.

Cette subtilité de langage traduit donc une conception qui affecte rapport-social-au-pensionnaire et rapport-personnel-au-malade à des registres différents, inconciliables, et susceptibles d'interférer dans l'organisation de la vie en placement puisque, implicitement, elle les oppose comme le social et le privé, le déterminé et le contingent.

Néanmoins ce qui a trait au contact non utilitaire avec la personne du malade ne paraît pas relever seulement de l'imprévisible et du singulier. Cherchant à donner une image exacte des rapports qui se vivent au sein des placements, nos informateurs se réfèrent toujours au modèle initial de la Colonie : celui de la vie familiale où le malade est intégré comme membre d'une parentèle élargie. Ce modèle garde son actualité. Il permet de condamner les placements où prévalent uniquement des considérations utilitaires :

« La conception n'est plus comme avant, ce n'est plus familial, c'est l'hôtel-restaurant, même pas la pension de famille » – « on arrive que c'est plus des nourriciers, c'est devenu des employeurs ».

Il permet aussi de définir le statut du malade dans le foyer nourricier. Dans ce cas, il reste opérant grâce à un glissement de sens qui fait équivaloir « familial » à « familial » ou « accepté », désignant le simple fait du rapprochement quand, cessant d'être traité en « étranger », le malade est « mieux vu », bénéficie d'un comportement « meilleur », « plus libre ». Ce glissement altère le caractère normatif du modèle familial et introduit dans le continuum relationnel qui va du rejet à l'intégration, des clivages que ne suffit pas à expliquer l'orientation instrumentale des nourriciers. Il implique l'appel à une règle pour dominer le nœud du problème propre au rapport avec les malades : distance ou proximité dans l'interpersonnel.

DANS LA MAISON, PAS DE LA MAISON

[Retour au sommaire](#)

D'emblée, le rattachement des malades au foyer s'appréhende, dans le discours du nourricier, sous les catégories de l'à-peu-près ou du comme-si :

« On fait ce qu'on peut pour les traiter en vie de famille. Entendons-nous, si on peut appeler vie de famille... » – « Ils ont leur chambre, ils sont... on est... pour ainsi dire, ça fait une famille. »

Le maniement de la nuance témoigne d'une vigilance à maîtriser les implications d'une familiarité accordée en guise d'illusion :

« Ils nous tiennent presque un peu pour de la famille. » – « ...S'ils tombent chez des gens qu'ils peuvent se croire en somme chez eux. »

Les signes du semblant situent l'accueil réservé au malade dans une progression qui va de la simple localisation « être dans la maison, pas de la maison », au lien fictif « comme s'il était de la famille ». L'écart est clair à l'inspiration première de la Colonie dont les fondateurs voyaient dans la communauté d'habitation et la commensalité, la base d'une existence communautaire. Au terme d'un gauchissement lent et précocement imprimé, la distance est réintroduite dans les formes de vie les plus significatives d'un rapprochement, à travers la distanciation symbolique d'un usage approximatif, ou la séparation effective dans leur mise en pratique. S'instaure là un ordre que la pensée sociale n'appréhende ni ne maîtrise comme ce qu'il est : une forme de contrôle social dont les règles d'action ne sont pas déductibles des normes explicites, mais existent néanmoins dans leur stabilité à un niveau supra-individuel.

Quelques indicateurs de l'enquête statistique sur les placements sont susceptibles de nous renseigner sur cette régulation implicite des habitudes de contact avec les malades. En dehors de leur circulation dans l'espace de vie des nourriciers dont nous avons vu qu'elle obéit à un contrôle rigide, il est aujourd'hui deux secteurs de l'organisation quotidienne à conserver une importance cruciale : les repas et les activités extra-professionnelles. La façon dont les malades sont admis à la table familiale, ou associés aux heures de détente ou de festivité, demeure comme par le passé et dans l'esprit même des enquêtés, une mesure de leur statut privé.

De même que l'entrée dans la maison signifie l'entrée dans le foyer :

« Chez ma mère, il y en avait un comme s'il était de la famille. Il m'a vue venir au monde. Il avait sa chaise dans la cuisine, comme s'il était de la famille. »

De même la place au repas quotidien ou solennel, ou encore devant la télévision, représente l'ouverture du cercle de famille :

« Ils vivent avec nous, mangent avec, ils sont considérés comme de la famille ; on est quatorze à table, mes malades sont comme nous, » – « Quand il parle de manger en famille, ben pour lui c'est pas rien. C'est pareil, tous les ans on a une réunion de famille, on a des frères, des sœurs, des enfants, eh ben il mange avec nous. Pour lui une réunion de famille c'est important. » – « Tous les soirs il y avait le feuilleton, ils avaient le droit de venir regarder la télévision, on leur faisait quand même ce qu'on pouvait pour les traiter en famille. »

Mais ces pratiques de rapprochement restent cantonnées dans l'exceptionnel. Le pensionnaire n'est pas traité en commensal et c'est massivement qu'il est écarté de la table nourricière : le partage quotidien du repas est le fait de rares placements (12 %) ; peu aussi le pratiquent à l'occasion (6 %) ; par contre, la séparation est de stricte observance dans 82 % des cas.

De même concède-t-on avec parcimonie le droit de partager veillées, soirées télévision, promenades dominicales ou fêtes : 9 % des pensionnaires seulement y ont accès. Étroitement corrélées, les données statistiques relatives aux repas et aux relations pointent l'œuvre d'un processus social de mise à distance.

LES MODULATIONS DE LA VIE EN PLACEMENT

[Retour au sommaire](#)

Mal perçue dans sa prégnance comme dans son caractère social, la séparation ne ressortirait-elle pas à un « ordre vécu » (Lévi-Strauss, 1958) dont le dualisme régit les situations de contact avec d'autant plus de rigueur qu'elles sont intenses et anciennes, reproduisant au niveau interpersonnel le phénomène de durcissement constaté au niveau collectif. C'est du moins ce que suggère l'analyse des variations de la pratique des nourriciers, d'un point de vue quantitatif et qualitatif. Les indicateurs relationnels que nous avons retenus permettent en effet certaines observations dont les traits essentiels infirment l'hypothèse naïve plaçant les rapports entre nourriciers et pensionnaires sous la dépendance exclusive des jeux de la détermination matérielle et du hasard.

Ainsi les conduites d'écart restent-elles toujours largement majoritaires¹, quelles que soient les caractéristiques des placements (type, situation et distance à la Colonie, capacité), celles des nourriciers et de leur famille ou celle à laquelle appartiennent les pensionnaires (ancienneté, âge, catégorie psychiatrique).

Deux facteurs semblent déterminants dans l'assouplissement de la mise à distance :

- 1 / la finalité du placement et le statut qui en découle pour le pensionnaire comme la façon dont il s'y ajuste ;
- 2 / la distance culturelle, le démarquage par rapport aux valeurs dominantes et à la pression du groupe.

En ce qui concerne les contraintes fonctionnelles du placement, c'est un fait que les attentes concernant l'activité des malades ont une influence. Quand les pensionnaires ont une activité fréquente ou constante, ils sont admis dans l'intimité des nourriciers et à leur table plus que ne le sont ceux qui ont une activité rare ou nulle². La valeur de leur travail estimée à partir de leur rémunération a aussi une incidence, mais dans un sens différent pour les repas et les relations : plus on paye

¹ On ne passe guère en deçà de 70 % dans les cas de séparation des repas (par rapport à une moyenne de 88 %, dérogations à la séparation incluses), guère en deçà de 80 % dans les cas d'absence de relations entre nourriciers et pensionnaires (par rapport à une moyenne de 91 %).

² X² significatif à .001.

cher le pensionnaire, plus on lui ouvre sa table, mais on a alors tendance à le considérer comme un ouvrier ; alors que le resserrement des liens, plus net quand il n'y a pas ou peu de rémunération en espèces, semble revêtir une valeur compensatoire. Cela se trouve confirmé par le changement d'habitude selon le type de placement. Il y a significativement plus de repas communs et de relations dans les exploitations agricoles que dans les logements ; de même, la mise à l'écart s'accroît à mesure que le nombre de pensionnaires augmente. Le type de rentabilité attendue du placement joue donc directement sur le rapport aux malades.

Le rôle des facteurs fonctionnels est pondéré par l'adhésion aux normes dominantes dans le milieu. Certains décalages constatés dans les habitudes de vie entre les communes selon la concentration des placements, leur ancienneté ou leur distance au centre de la Colonie renvoient à l'influence de la pression sociale et à l'emprise de la tradition. La latitude d'acceptation augmente à mesure que diminue la densité des malades. Les communes venues tardivement à la pratique du placement manifestent une tendance au rapprochement avec les pensionnaires nettement plus prononcée que dans les communes de tradition plus ancienne ¹ qui sont aussi les plus fortement chargées en effectif. D'autre part, le seul fait que les placements soient distants de 8 km ou plus du siège de la Colonie, donc de la zone constituant le noyau historique de l'institution, suffit à assouplir le régime des pensionnaires ².

L'effet de cristallisation et de renforcement d'une norme qui s'est élaborée dans le temps est confirmé par les différences que l'on constate dans les usages établis par les nourriciers selon qu'ils sont ou non issus de familles nourricières. S'inscrire dans une tradition familiale d'hébergement renforce la séparation, s'agissant aussi bien des repas que des relations ³. Ne pas avoir été élevé avec des pensionnaires ouvre plus à ceux qui rendent peu ou pas de services ⁴. La subordination du rapprochement à l'intérêt est donc également renforcée par l'effet de la tradition, comme d'ailleurs la sous-estimation monétaire du travail des malades ⁵.

Toutes ces observations suffisent à confirmer la présence du principe dualiste dans les rapports nourricier-pensionnaires. Et l'on peut se demander si, minoritaire, la fidélité au modèle premier de la Colonie ne fait pas figure de déviance par rapport au coutumier de son reniement. C'est ce que laisse penser la façon d'argumenter la manière d'organiser la vie des malades selon que l'on « ouvre » son placement ou que l'on « tient un certain écart ». Dans le premier cas, on rappelle

¹ X² significatif à .001.

² X² significatif à .10.

³ X² significatif à .05.

⁴ X² significatif à .02.

⁵ X² significatif à .10.

toujours qu'il y a des habitudes différentes ailleurs et l'on reconnaît volontiers sa marginalité :

« Je vais vous expliquer le placement chez nous : nous mangeons tous à la même table, toujours tous mes pensionnaires ont mangé à la même table. Mais je vous dis que c'est pas dans tous les placements... Ils sont pas différents de moi, ils sont traités comme si c'étaient des enfants. Vous rencontrerez pas toutes ces choses dans certains placements... Vous savez, je sais pas si dans la commune vous en trouverez beaucoup des placements qui mangent avec, c'est une habitude à moi, parce qu'on n'est pas obligé, ah non. D'ailleurs mon placement à moi, c'est "chambre à part". Chambre à part, ça veut dire qu'ils mangent à part. Mais ils n'ont jamais mangé à part. Il faut pas toujours les enfermer dans une cage comme il y en a. »

Par contre, dans le second cas, il arrive souvent que l'on ait du mal à imaginer d'autre mode de vie que le sien :

« Ils vivent là dans leur chambre, ils mangent dans leur chambre, y a pas grand monde qui les font manger avec, personne. Y a personne. »

C'est que la séparation, usage de longue date, coutume non questionnée, se justifie par le « principe » d'une légalité protectrice ou un jugement de fait porté sur les pensionnaires ; dans le rapprochement au contraire, percent le doute sur le bien-fondé des habitudes reçues et l'appréhension de l'autre et de soi-même, en termes de valeurs.

En effet, dans le discours des nourriciers, le maintien de la distance s'édicte sous la forme d'un « ça ne se fait pas ». L'interdit peut être impliqué par l'incapacité des malades. Incapacité légale ou d'état :

« Ils sont pas dans un asile, mais ils sont quand même surveillés... Si tout leur est permis ! On doit quand même les empêcher de rentrer à la maison. » – « C'est des gens qu'on peut pas mettre avec quelqu'un d'autre, c'est quand même des malades, ils ne peuvent pas vivre avec nous, ni manger, ni rien. »

L'interdit se justifie aussi par la latitude d'action laissée par la Colonie et que l'on interprète en prescription négative :

« Là-bas (un autre placement) on leur laissait tout faire, ça mangeait tous ensemble, y avait des ceci, des cela, que moi je veux pas tout ça. D'ailleurs, les infirmiers nous l'ont bien dit, on n'est pas obligés. Alors que faire ? Il faut pas ! »

Il s'étaye enfin sur un impératif « protectionniste » :

« Dès le début, ils ont leur chambre et moi j'ai ma maison. Alors y en a qu'en cas de nécessité qu'ils vont rentrer là, soit pour apporter, soit pour demander. Autrement jamais, jamais je les laisse là, même pour regarder la télé. Autrement on n'est plus chez soi. »

Comme une rigidité de règle empreint l'énonciation de la distance :

« Je ne suis pas partisante des malades qui mangent avec soi. Pas du tout. Moi c'est un principe qui ne me plaît pas. »

Par contre, les conduites non distanciées s'expriment rarement sur le mode impératif, quand bien même elles se posent en alternative accusatoire :

« Les gens ne doivent pas maltraiter les pensionnaires, je veux dire : j'ai souvent écouté parler le grand, il était dans un autre secteur avant : "J'ai jamais vu la télé chez ma patronne." On sent que tout le monde a peut-être pas la même façon... Moi je préférerais rendre les pensionnaires que de se poser à faire la loi de ceci, de cela et choses impossibles, c'est pas la peine d'être ici... »

Elles relèvent plutôt de l'appréciatif, répondant sous la forme d'un « il convient » ou d'un « je ne peux pas faire autrement », au souci d'aménager au mieux la relation concrète avec le malade. Ce souci se justifie de plusieurs manières, que l'on prenne acte de ses mérites particuliers, comme dans le cas du pensionnaire travailleur : « c'est des gens qui les occupent à travailler avec eux qui donnent une vie de famille » ; de sa qualité humaine (« ne pas les traiter tout à fait en malades ») ; que l'on cherche à satisfaire quelque besoin profond en lui, à lui apporter quelque chose :

« Ils voient bien quand on les aime ; quand on leur fait des reproches, ils sont malheureux, quand on leur fait voir la télé, ils sont heureux. » – « Peut-être qu'y en a d'autres qui pensent pas pareil, mais moi je trouve que ce sont des malades à aider, c'est pas de les enfoncer... Ces malades, ce sont des gens comme tout le monde et y a pas de raison qu'on s'en occupe pas... Peut-être que vous rencontrerez pas toutes ces choses dans certains placements... »

Dans d'autres cas, le « mieux » est rapporté aux nourriciers eux-mêmes : soit que la proximité améliore l'organisation de la vie :

« On mange avec parce que premièrement, ça me donne un peu moins de travail, je m'en trouve aussi bien et ils mangent chaud. Sinon, aller leur porter à manger, dans la chambre à côté, c'est plus ou moins chaud l'hiver » ;

soit qu'elle traduise au niveau affectif un besoin de communication ou l'impossibilité psychologique de vivre dans la distance :

« Ils me tiennent compagnie, j'ai resté toute seule au domaine, j'aurais pas pu rester seule si je les avais pas eus. » – « Tout de suite je l'ai fait à la vie familiale, c'est déjà des déshérités, y a pas de raison, moi je pourrais pas... » – « Ah oui, j'aime bien vivre comme ça en bonne intelligence et pas à les traiter vraiment comme des bêtes, si vous voulez, les mettre à l'écart comme dans certains placements. J'aime autant la vie familiale comme on les met là, au porte à porte et puis se dire de temps en temps

quelques paroles. Moi je suis tellement seule que le plus vieux, on a des conversations, et puis ça fait passer le temps, tout ça, surtout qu'ils ont pas d'agrément non plus. »

Ainsi, minoritaire, le rapprochement est vécu, même s'il est orienté par la valeur, comme une attitude privée, à résonance psychologique. Marginal, s'il trouve dans le modèle familial de quoi se conforter, il n'en tire point la force d'une normativité face à celle de la séparation, si généralement diffusée, et à laquelle il s'oppose comme l'inquiétude à la bonne conscience, la flexibilité de l'adaptation à la rigidité de l'interdiction.

Comprendre de quelle manière ces procédures de distanciation en viennent à fonctionner comme des règles devrait aider à comprendre le caractère normatif de l'ordre vécu qu'elles réalisent.

TRANSMISSION DE RECETTES ET RÈGLES DE TRADITION

[Retour au sommaire](#)

Rien, dans l'organisation de la vie du placement, n'est laissé au hasard, fort peu à l'improvisation personnelle. Questionnées sur leurs manières propres, toutes les nourricières emploient le même langage et les habitudes qu'elles dépeignent de la sorte ont une parenté évidente : celle d'usages reçus auxquels elles obéissent comme aux prescriptions d'un code professionnel et d'un véritable savoir-vivre.

Une première raison à cela : ouvrir un placement, c'est contracter un certain nombre d'engagements sur lesquels on veut être renseigné ; c'est aussi introduire chez soi une part d'inconnu que l'on veut affronter avec le maximum d'atouts. D'où les démarches préalables pour savoir à quoi il faut s'attendre, et ce qu'il convient de faire pour que tout aille au mieux, sur le plan professionnel comme sur celui de l'adaptation avec les hôtes futurs. Si le personnel de la Colonie a vocation pour donner des informations sur l'aménagement du placement, les charges du métier et même quelques indications pratiques, on préfère, et de loin, s'en rapporter à l'expérience de pairs : « J'ai vu les gens, les principes qu'ils avaient, j'ai pris conseil. »

Sur l'ensemble des nourricières que nous avons interrogées, *pas une seule* ne s'était lancée dans l'entreprise sans s'être auparavant assurée d'un solide bagage d'informations, par voie directe ou indirecte. Des plus âgées aux plus jeunes, qu'elles soient originaires du pays ou installées de fraîche date, issues elles-mêmes d'une famille nourricière ou qu'elles aient travaillé dans l'une d'elles, toutes avaient recouru aux bons offices de nourricières plus expérimentées. Ainsi celle qui tenait le placement le plus ancien de la Colonie de nous dire : « Y avait des personnes que je connaissais bien, j'ai demandé, on m'a donné quelques conseils. »

Tout comme cette autre qui, ayant à peine fini d'aménager son local, n'avait pas reçu encore son premier pensionnaire :

« Y avait beaucoup de gens qui avaient des pensionnaires, ils m'ont dit "vous devriez en prendre" ; tout le monde en a, dit qu'il est content, ne s'en plaignent pas... Y a longtemps que j'ai eu idée de le faire, mais j'avais pas où loger... Puis j'ai eu l'atelier de mon mari... j'ai pris conseil... j'ai vu chez M^{me} L..., et chez Mme B..., Mme C... On en parle, on va leur dire "comment que vous faites, comment que vous y arrangez ? »

De l'une, avec ses cinquante-six ans de pratique dans l'hébergement de pensionnaires, à l'autre encore totalement démunie d'expérience personnelle, le langage pourtant était identique.

À la faveur de ces premiers conseils où l'on se passe les ficelles du métier – techniques et usages éprouvés pour l'établissement des menus et l'emploi du temps, pour l'entretien et la discipline, etc. –, c'est en fait tout un protocole qui se transmet : « On s'en occupe tous de la même manière. » Et les échanges vont se prolonger bien au-delà de la période d'ouverture du placement car :

« On en parle toujours. Tout à l'heure, on a un petit peu moins l'occasion de parler puisque la paye se fait par la poste, mais sinon, avant, c'était notre grande conversation, c'était le jour de paye, le 30... Une avait des difficultés, une autre... On donnait un petit peu de conseils, comment fallait s'y prendre, notre manière de faire. »

À travers eux, les recettes se codifient en répertoire de conduites obligées, d'habitudes sociales, de conventions et de traitements strictement réservés aux malades, pour devenir, la pression du groupe de pairs aidant, la « loi du placement » à laquelle même les plus indépendants finissent par se plier, comme l'illustre ce cas cité par un informateur :

« C'était une nourricière curieuse. Elle était pas du pays, au début elle était hésitante. À son installation, elle est restée six mois sans malade, puis après elle s'est intégrée au pays, elle en est venue à quatre pensionnaires. D'abord sa conception des choses était pas la même que celle des gens du pays, elle faisait pas de différence avec les malades, elle leur servait des cornets de jambon. Au bout de trois ans et au contact avec d'anciens nourriciers, elle a changé, elle a adopté les mots "celui-là" alors qu'avant elle aurait dit "M. Untel". C'était un cas particulier. Au moment où elle était nouvelle, elle a jamais cherché à savoir pourquoi ses pensionnaires avaient changé de placement, à aller chez d'autres nourricières. Après trois ans, elle cherchait à se renseigner auprès d'anciens nourriciers, à voir ce qui s'était passé avant. »

Ce processus de consolidation des manières, de passage de la recette à la règle est accentué par la transmission d'une génération à l'autre. Le simple usage devient guide d'action certifié :

« Il faut être habitué. Moi, ça a pas été difficile. D'abord, j'étais placée dans une maison où y en avait, je me suis habituée à eux », expliquait une jeune nourricière

de trente ans. Ça fait bientôt douze ans que je vis avec des pensionnaires : quand je me suis mariée, on en a pris presque tout de suite. Parce que je savais déjà comment faire avec eux, la manière de les nourrir, de les traiter. En travaillant chez les patrons, il fallait s'occuper des pensionnaires naturellement, la manière de leur changer leur linge, et tout ça. Ça pose pas de problème, ça, quand on y est habitué. Mais y en a... moi je me mets à la place d'une jeune femme qui prend des pensionnaires sans être habituée ! Elle se demandera comment faire pour se débrouiller. »

Ce phénomène est encore plus sensible lorsque la transmission a lieu de parents à enfants. Pour ces derniers, l'ouverture du placement apparaît moins comme un choix imposé par une situation économique que comme la perpétuation d'un système familial, la soumission à un destin commun :

« Nous c'est de famille dans les nourriciers, comme une tradition ; c'est plutôt ça qu'autre chose. C'est quand même de père en fils. »

Ce qui, par voie de conséquence, suppose obéissance aux modèles imposés par les aînés, en vertu du principe d'autorité, renforcé par la compétence d'une carrière confirmée de longue date.

« J'avais les conseils à côté de moi puisque ma belle-mère habitait à côté. J'étais conseillée par ma belle-mère. Elle m'a dit : "Fais comme ça, fais comme ça." C'est tellement connu que c'est normal. »

La voie est ouverte au respect de traditions intransgressibles :

« Mes parents en avaient, je voyais comment ma mère faisait, j'ai procédé de la même façon. » – « Moi je pars du principe que maman prenait pour les siens. »

Filles et petites-filles de nourriciers emploient plus que les autres un langage normatif, parlant de « règles », de « principes », énonçant leurs habitudes sur le mode catégorique – « moi, étant nourricière, j'estime qu'il faut... » –, manifestant parfois une autorité rigide qui éclaire l'extrémisation des comportements.

Ainsi de ce détail marquant s'il en fût : l'une de ces « héritières » nous reçoit dans une maison pimpante, de construction récente, dont elle est fière comme du logement spécialement conçu à l'étage pour recevoir des pensionnaires, indépendant, avec salle d'eau et chauffage central. Elle explique l'organisation des repas :

« Pour ça je les ai réglés : c'est 7 h 30, midi, 7 heures. Je tiens à les avoir à l'heure. Ils travaillent à la Colonie. Donc il faut quand même les tenir à l'heure, y a rien à faire. Je leur porte tout, mon mari m'a fait un plateau à deux étages pour monter tout en une seule fois. Je leur ai appris à redescendre leur vaisselle. Ils me la mettent là dans le petit réduit. »

Dans une cuisine modèle, aux derniers perfectionnements électroménagers, sous la paillasse de faïence blanche, près de la porte d'entrée, le petit réduit s'ouvre sur le plateau ripoliné à deux étages. Mais là, pas de vaisselle : la « platerie » d'autant, réservée aux pensionnaires : *de grosses écuelles de terre noire et rugueuse, des cuillères de bois, comme en 1900, comme chez maman*. Le décalage entre modernisme et archaïsme a de quoi frapper l'observateur ; pourquoi serait-il perçu par ceux qui font comme il se doit, du spécial pour pensionnaire, la séparation de la terre brute pour le repas, et pour le logement celle de l'étage, tout confort ?

Par le biais de la communication se diffusent et s'ancrent les modèles d'un usage dévolu aux malades qui, sous couvert d'organisation, instituent un régime de personne particulier d'autant plus contraignant que le groupe nourricier est puissant par le nombre, assuré par le temps. Les processus par lesquels s'opèrent la transmission des recettes et leur transformation en système normatif mettent en évidence l'autonomie du contrôle social et sa prévalence sur la contrainte sociale, en matière d'aménagement des rapports quotidiens avec les malades.

En même temps qu'elle donne corps, en ses barrières concrètes ou symboliques, à la différenciation de l'étiquette « non-civil », la règle de l'écart garantit l'extériorité du malade dans l'étroitesse d'une co-existence obligée et pose les limites de l'intégration qu'autorise le bon accomplissement du rôle de pensionnaire.

Chapitre 4

Le comme si et le comme ça de la vie quotidienne

« On les étudie quand même... on essaie d'adapter leurs manières... on essaie de les mettre à la sauce qu'on a l'habitude. »

« C'est pas tous les mêmes, il faut trouver comment s'y prendre pour pouvoir les diriger à notre façon, chercher à les adapter à nos manières. Quand on n'a pas affaire à des têtes trop dures ! »

« On leur donne une éducation de malades. Il faut pas vivre avec eux comme si c'étaient des bêtes. »

[Retour au sommaire](#)

Si l'action conjuguée de la tradition et de la pression sociale rend compte de la transformation en règles des recettes permettant de gérer la vie quotidienne avec les pensionnaires, elle ne suffit pas à expliquer l'intensité et la généralité de la quête d'information de la part des nourricières. Que cherchent ces dernières et sur quoi portent ces techniques ? Pour celles qui, responsables des pensionnaires, sont aussi le garant de l'équilibre et de la sauvegarde du foyer, ne s'agit-il pas, en dernier ressort, de maîtriser le contact avec la folie face à laquelle elles se sentent démunies et menacées ?

La première préoccupation de la nourricière est bien de « se faire une vie avec » les malades. Tâche délicate où elle doit concilier au moindre coût pour elle et les siens les aspirations des pensionnaires et les impératifs du placement, plier aux usages de la maison un étranger qui a ses propres habitudes et impose les particularités de sa pathologie. Tout ceci réclame un art subtil, durement acquis : « Il faut en passer pour s'adapter aux pensionnaires, faire des sacrifices pour les endurer. »

Et le contrôle sur autrui ne le cède pas en difficulté à la maîtrise de soi :

« C'est difficile de savoir les prendre, qu'ils veuillent bien s'adapter à notre vie, être polis et tout ça. C'est-à-dire une entente de part et d'autre, j'y arrive quand même, on apprend. Il faut quand même y mettre du sien, les comprendre. »

LES TROIS « COMMENT »

[Retour au sommaire](#)

C'est pourquoi les conseils qu'elle va puiser autour d'elle dépasseront, malgré les apparences, des points limités de son organisation matérielle, pour porter sur une réglementation générale de la vie avec les pensionnaires. Et c'est un guide d'action qu'elle vise sous une triple interrogation : « comment traiter », « comment adapter », « comment prendre » les pensionnaires. Ces trois comment touchent à des domaines d'information différents, mais d'implication mutuelle. Savoir comment traiter le pensionnaire requiert la connaissance de sa qualité statutaire ; savoir comment l'adapter, celle des règles de l'éducation correspondante ; savoir comment le prendre, celle des techniques pour faire admettre l'une et l'autre.

En s'interrogeant sur la manière de « traiter » les pensionnaires, la nourricière montre qu'elle se sent démunie sur deux plans : elle ne sait pas d'emblée définir le personnage social auquel elle s'adresse ; la connaissance des particularités – habitudes, traits psychologiques, mentalité, etc. – des personnes concrètes auxquelles elle a affaire n'est pas immédiate. La spécificité du personnage n'est pas épuisée par les attributs de son rôle instrumental et son assimilation avec les membres du groupe professionnel et familial n'est jamais totale. Le pensionnaire ne se traite pas vraiment « en » (ouvrier, enfant, copain, etc.) mais plutôt « comme un » (ouvrier, enfant, copain, etc.). Il faut donc inventer, découvrir ou emprunter des manières adaptées à un univers du « comme si », considérer les pensionnaires « comme si » c'étaient « des enfants », « de la famille », « des employés », « des camarades de chantiers », ou « pas tout à fait comme des bêtes », quand on ne dit pas « comme le matériel de la maison » ; trouver un registre de conduites tel que le pensionnaire ne puisse s'identifier totalement à l'une de ces catégories dont il ne cessera jamais d'être approchant ou de se démarquer. C'est un contrôle étroit du permis et de l'interdit qui rendra manifeste cette position dans l'indéfini du « comme si » ; c'est l'éducation qui l'imposera sous la forme de principes de vie ou habitudes de la maison ; c'est le savoir-prendre qui y fera adhérer par persuasion ou manipulation.

On entendra aussi en un deuxième sens savoir « comment traiter » le pensionnaire : connaître ses habitudes de vie, sa manière d'agir et ses attitudes sociales, ses ressources et ses exigences, sa capacité d'adaptation, etc., pour orienter son action. Deux conditions sont alors requises. D'une part, il faut disposer des critères de jugement pertinents en sorte d'isoler et apprécier, chez le partenaire, les traits individuels ayant une incidence directe sur les chances d'une adaptation mutuelle. Pour les critères fonctionnels, outre ses contraintes pratiques, la nourricière se rapportera aux dimensions consensuellement reconnues dans le rôle de pensionnaire ; pour les critères relationnels et personnels, elle confortera son expérience directe en empruntant à la psychologie naïve ses catégories d'analyse

les plus communément admises. D'autre part, un certain temps est nécessaire pour déployer ce savoir et lui trouver prise. L'observation du pensionnaire permettra seule d'appliquer ces catégories et d'appréhender, dans sa singularité, l'individu auquel elle se trouve confrontée comme de choisir dans le répertoire de réponses et les procédés dont elle dispose, ceux qui serviront le mieux ses fins d'adaptation. Le modèle de l'expérience collective guidera encore ce lent processus du vivre ensemble dont la première étape s'avère cruciale.

L'OBSERVATION : UN TEMPS POUR COMPRENDRE ET SAVOIR PRENDRE

[Retour au sommaire](#)

Tous, informateurs et nourriciers, sont unanimes à souligner l'importance de la phase d'entrée et d'installation au placement. L'avenir de la relation entre nourriciers et pensionnaires se joue presque complètement dans ce laps de temps où l'on se jaugera et l'on cherchera à imposer sa propre définition de la situation. L'accueil que lui réserve la nourricière, les conditions de vie qu'elle s'empresse d'indiquer d'entrée de jeu suffisent à éclairer la lanterne du pensionnaire. Parfois, il ne faut guère qu'une réflexion pour supprimer toute chance d'adaptation, comme dans ce cas de changement de placement rapporté par un infirmier :

« Lorsqu'on l'amena, la nourricière demanda comme cela "D'où il vient, qu'est-ce qu'il a fait ? " devant le malade lui-même. Vous savez, pour un malade, c'est pénible. Il m'a fait un signe, il m'a dit : "Moi je veux pas rester dans cette maison." J'ai repris le malade et on l'a replacé ailleurs. Depuis, tout va bien, on n'a jamais entendu reparler de lui. Dans cette maison, il avait été accueilli avec méfiance... Les nourricières peuvent nous demander des renseignements, mais pas devant eux... »

Ce climat de la prise de contact, les nourricières en mesurent le prix : il est souvent cause de départs intempestifs, de fugues dont elles sont tenues pour responsables : « Il faut les encourager à rester en place, sans quoi y en a qui partent. » Or, toute arrivée nouvelle est vécue comme une loterie : « on sait pas sur qui on tombe », « comment on sera servie », toujours la vieille question du : « ce sera-t-y un bon bredin ? ».

Il faudra rapidement supputer les chances d'adaptation : « À vous de voir si vous pouvez les garder, ils vous obligent pas à les garder. » Et tout en préservant l'avenir par son attitude, poser clairement les conditions pour qu'il soit vivable ; le pli doit se prendre tout de suite, au pensionnaire d'accepter ou non : « On y dit ce qu'on veut y dire et puis ça y est. S'ils s'en vont, c'est parce qu'ils veulent s'en aller. » L'enjeu de cette confrontation est tel que s'y trouve lié, dans la ou les première(s) semaine(s) de séjour, un nombre important de départs du placement, par refus du pensionnaire ou rejet de la nourricière, et le plus fort taux de fugues.

Car là se juge un trait fondamental du comportement social : la capacité de soumission. Cette « docilité », qui s'évaluait dès la distribution du trousseau et, au placement, se spécifie de plusieurs manières : la passivité traduite par la « tranquillité », le « pas désagréable », l'acceptation des prescriptions élémentaires, le suivisme quand d'autres pensionnaires servent de modèle. Les signes contraires : un certain quant-à-soi, une attitude insolente qui laisse pressentir « la forte tête », la contestation ou la revendication que l'on appelle alors « méchanceté » et « énervement ». Informer le pensionnaire des contraintes du placement le met en condition de réagir et de montrer son potentiel d'obéissance :

« Du premier jour qu'on me les amène, au rang des autres et c'est tout. Je vois à ce moment-là si il suit les autres, ou si je peux pas l'adapter. Si il suit pas ma façon, on voit tout de suite s'il est méchant ou pas. »

La dimension dominante de la première impression a trait à la contrainte :

« Celui qui m'est resté qu'une journée, on l'a fait emmener parce qu'il n'avait pas le sens de l'adaptation. Le soir, il a fait le baratin aux autres, il a commencé la sérénade. Il a voulu commander. Mettre la noise partout. On voit tout de suite si ils sont doux de caractère, ou moins faciles. S'ils répondent plus ou moins, s'ils sont renfermés. »

Dans la loterie, on abat ses cartes. À prendre ou à laisser. Et l'on mesure le partenaire. On le voit venir, sans le connaître encore. Il faut une observation plus fine à la fois pour déceler la vraie nature du partenaire, découvrir ce qui, à la longue, se révélera ou non supportable, amendable. Enfin, faire le départ entre ce qui tient à la maladie et au caractère, y ajuster son comportement. Cela s'appelle « étudier » et réclame, de l'avis général, au moins trois semaines, un mois, parfois plus pour que le nouveau venu s'accoutume à son cadre de vie, s'apprivoise. Une attitude discrète et attentiste est alors de rigueur ; une retenue prudente limitera risques et impairs :

« On leur donne confiance tout de suite, je leur parle gentiment, je les mets dans le bain. Puis petit à petit on voit si y a quelque chose qui va pas... on y va petit à petit. » –
« Les premiers jours, faut se méfier. Au début, vous connaissez pas, il faut plusieurs mois pour s'adapter. On y connaît avant, mais pas autant. On les laisse libres davantage, on les regarde. Au bout de cinq, six mois, on voit le caractère. Dans un nouveau placement, tout est beau. Ils font toujours leur bon. Au bout de six mois, vous voyez ce qu'ils sont. »

Dans son ignorance, la nourricière est en proie à un doute systématique :

« Du début, ça coûte, ça coûte, parce qu'on ne sait jamais. Je dis tu sais pas ce qu'il est. Un pensionnaire, on veut savoir, on se demande toujours. »

Au doute de principe vient parfois s'ajouter l'incertitude d'une impression première négative, basée sur des signes plus ou moins explicites – le silence qui

donne l'air renfermé et sournois ; la brusquerie des gestes ou plus vaguement l'allure, la tenue débraillée qui font craindre la violence, etc. :

« Y en a un, à moi il m'a pas fait bonne impression tout de suite, c'était un pensionnaire qui avait mauvaise allure. Avec l'air qu'il avait, il donnait l'impression de vouloir taper. C'est difficile à expliquer, on voit tout de suite à leur comportement s'ils sont difficiles ou si il y aura pas d'histoires. »

Quand la suspicion est très forte, on envisage le rejet du placement, sans même tenter « d'adapter » le pensionnaire l'observation visera seulement à déceler le motif de renvoi :

« Y en a un, il se couchait sur l'herbe, plutôt sombre. La deuxième semaine, il a voulu jouer du couteau. Je l'ai pas gardé. » – « Un qui avait l'air mauvais, je l'ai vu dans les écuries qui posait la ceinture, j'ai dit : faut pas le garder. » – « On a eu un Espagnol, et mon mari me dit : "On le gardera pas, il a une tête qui me revient pas, on le gardera pas." Enfin, je lui dis : "Écoute, attends un peu, il faut d'abord voir." Il était très jeune, il avait vingt ans. Effectivement, on l'a pas gardé... parce qu'il avait pas idée de faire du mal aux gens, ni aux enfants, mais par exemple c'étaient les bêtes, il leur faisait du mal. Et c'était jamais lui, il était menteur, il était menteur. »

En fait, quand la capacité délictueuse est effective, elle s'affirme, semble-t-il, très rapidement en actes et constitue, avec le refus d'obéissance, une des causes alléguées aux départs immédiats du placement. Dans bien des cas cependant, elle n'est qu'imputée et sert de masque à l'indocilité. Est présumé « méchant » celui sur qui on ne peut avoir barre. Il serait plus exact de spécifier ce premier aspect de l'observation comme une position d'expectative propice à la « manifestation de la vérité » du pensionnaire plutôt que comme une position d'étude. On « surveille », on « examine », on « regarde » ce que le pensionnaire est « capable de faire », tout en restant sur la réserve, sans s'engager dans aucun échange avec lui ; on ne lui demande encore ni service, ni travail et on ne lui accorde que son strict dû. L'absence de manifestations négatives spontanées suffira à rassurer. Le temps demandé pour se faire une opinion du pensionnaire est tel que les nourriciers continuent de réclamer le départ de certains d'entre eux après des séjours de durées relativement longues, alors que les pensionnaires sont moins nombreux à demander un changement au bout du premier mois de séjour et à mesure que le temps passe.

L'étude proprement dite intervient quand l'observation s'assortit d'une interprétation et porte sur la façon dont le pensionnaire « réagit » à son environnement social. Elle vise à leur évaluation en termes « psychologiques » : leur « compréhension ». Pour parvenir à cette compréhension, on ne se contente plus de voir : une remarque, une question glissées incidemment en servant le repas ou au cours du ménage permettront de provoquer une réaction révélatrice. La réponse à un service demandé ou au rappel d'une règle de discipline affirmera le

jugement. On s'arrangera même pour que le pensionnaire puisse lui-même s'exprimer, sans lui laisser prendre cependant trop de liberté.

Cette approche est commandée par la recherche de l'adaptation mutuelle. Elle va permettre, en premier lieu, d'évaluer le pensionnaire en renseignant sur ses « bons » et « mauvais » côtés, en permettant de distinguer les zones où l'on peut agir sur lui et celles qui échappent à toute éducation. Pour ce faire, la nourricière opère une sélection d'indices comportementaux manifestes. Qu'elle s'attache à des dispositions – comme la bonne volonté, l'ordre ou la propreté –, à des états comme la réserve, la timidité –, à des modes de réponse comme la frayeur ou l'opposition –, elle se basera toujours sur le comportement visible du pensionnaire, et non sur des besoins ou des intentions cachés ; sur des actes, non sur des paroles. « Comprendre » consiste à spécifier ce qu'est le comportement par son appartenance à une classe définissant une origine ou une détermination. Quatre catégories sont utilisées : un comportement peut être « de nature » ou « de caractère » (on dit aussi « chez » la personne), « d'éducation », « de mentalité » ou « de maladie ». Cette classification ne sert pas à distinguer des types de comportements irréductibles les uns aux autres. Un même comportement observé peut appartenir à l'une ou l'autre de ces classes : ainsi on peut « crier » (s'emporter, se mettre en colère ou insulter), « de caractère » ou « de maladie » ; être sale « de nature » ou « de maladie » ; d'un pensionnaire propre, on dit « c'est chez lui » ou « d'éducation » ; le refus de travail peut être « d'éducation », « de mentalité » ou « de maladie », etc. Il revient précisément à l'interprétation d'opérer cette ventilation. Elle a une visée toute pratique et elle est subordonnée à la pratique : il s'agit de savoir si le comportement laisse ou non prise à l'influence pour le canaliser dans un sens utile s'il s'agit d'une qualité, l'améliorer s'il s'agit d'un trait négatif ou, au minimum, savoir dans l'un et l'autre cas si l'on peut s'en accommoder et comment. L'évaluation et la pondération des traits de comportement peuvent conduire à une très grande variété d'attitudes quand ça n'est pas à des situations surprenantes comme celle « d'endurer » un défaut affirmé rédhibitoire au nom de l'habitude ou sous prétexte que le pensionnaire « n'est pas désagréable » par ailleurs. À moins que, devant l'irréductibilité d'un trait négatif et crucial pour la vie en commun, on ne renonce à en avoir raison ou à « s'en faire une raison » et rejette le pensionnaire.

TECHNIQUES D'EMPRISE ET POSITIONS DE LAISSER-FAIRE

[Retour au sommaire](#)

Guide d'action sur l'autre (ce qu'il faudra adapter) et sur soi (ce à quoi on devra s'adapter), l'étude du pensionnaire va servir à préciser le « terme pour le prendre », c'est-à-dire les moyens de l'influencer et d'avoir barre sur lui, les formes d'adresse auxquelles il est réceptif, les attitudes ou les demandes qui peuvent le heurter, le choquer ou le blesser. Il faut pouvoir en imposer à celui qui « fait la forte tête », ne pas s'emporter avec celui qui est « craintif » au risque de le buter, observer

certaines formes avec celui qui est « susceptible » pour ne pas le braquer. Il faut aussi découvrir les voies les plus précises et les plus rapides pour obtenir ce que l'on veut.

Comme pour l'observation, la nourricière va puiser, pour l'adaptation, dans un répertoire de conduites déjà codifiées, ses techniques d'intervention directe. Ce qu'elle appelle « savoir comment prendre le pensionnaire » n'est que l'application à un cas particulier d'une des méthodes d'influence qui figurent au registre de la psychologie naïve.

De même que la « psychologie » qui sous-tend l'observation est une psychologie phénoménale prenant en considération les seuls comportements dans leur valeur frontale, de même celle qui oriente l'interaction est-elle « comportementale », visant à produire des changements au seul niveau de la conduite manifeste du partenaire. Là aussi, la connaissance a un caractère technique et une finalité pratique : obtenir certains résultats dans l'ordre de la conduite et garder le contrôle de la situation.

Les recettes psychologiques dont dispose la nourricière sont autant de moyens de pression et de manipulation, de véritables techniques d'emprise. En nombre limité et d'un usage général dans toute interaction visant à agir directement sur la réponse du partenaire, elles se distinguent des positions de laisser-faire (retrait ou modification de ses propres réponses) adoptées lorsque l'on renonce à intervenir sur autrui. Les techniques d'emprises sont toujours présentées selon un schéma bipolaire qui épuise toutes les modalités de l'action sur autrui : *on prend par la crainte ou la douceur*. Trouver « le terme exact pour prendre le pensionnaire » consiste à découvrir laquelle des deux options de l'alternative convient à son cas et, à l'intérieur de cette dernière, la spécification de la plus efficace. La crainte fait appel au pouvoir de la nourricière, la douceur à la satisfaction du pensionnaire. Elles peuvent être employées comme réplique directe à un comportement effectif, sous forme de « punition-récompense » ; associées conditionnellement à l'apparition éventuelle d'un comportement, sous la forme « la carotte ou le bâton si », ou faire l'objet d'un chantage par intimidation ou séduction. Mais crainte et douceur peuvent simplement se rapporter au mode d'adresse et caractériser le style d'expression qui convient au pensionnaire, « lui parler la grosse dent » ou « en douceur, sans crier ». C'est toujours à la nature du pensionnaire – caractère, maladie ou sensibilité à autrui – qu'est imputé le choix de la technique qui lui sera appliquée.

Le type d'adresse dépendra du caractère « facile » ou « dur », « craintif » ou « téméraire » et « effronté » :

« Y en a qu'il faut donner une crainte, sinon on peut pas les tenir. » – « Il faut voir si on doit les prendre par douceur ou par rudesse, y a des gens qu'il faut pas rudoyer, d'autres faut qu'ils aient une crainte. » – « Il faut prendre le caractère, le comprendre,

pas le buter. Y en a un si je le bute, il est perdu, il se met en colère, il crie, il saute. Une réflexion qu'on lui fera, il est susceptible d'être vexé à mort ; on y voit quand quelqu'un est sensible, sans être gentil, on aurait fait de la peine. »

Parfois le risque d'énerver le pensionnaire, de le rendre violent, dicte l'attitude de douceur, proche parfois du laisser-faire :

« Je leur dis jamais rien, on n'a quand même pas le droit de les enguirlander, ni rien. C'est d'ailleurs peut-être un tort. Ils devraient peut-être avoir une crainte malgré tout, parce que c'est des gens, vous comprenez, on peut guère discuter avec ces gens-là. Dans le fond ça vaut mieux, parce que quand c'est qu'ils sont en colère, que voulez-vous dire, y faire, on peut rien y faire. Il faut mieux laisser passer ou alors prendre en douceur. »

Donner la crainte reste une technique privilégiée dans la mesure où il faut faire plier le pensionnaire à la loi du placement. Celui-ci peut avoir ainsi déjà « la crainte des surveillants ou de la Colonie », c'est-à-dire avoir peur d'être renvoyé ou de passer un séjour punitif au Pavillon. Il suffit alors à la nourricière d'évoquer cette menace toutes les fois qu'il ne se conforme pas à sa demande :

« Y en a un il était sale, il faisait dans son slip. Eh bien, je l'ai éduqué à 100 %, je lui ai fait quelques remontrances, mais ça faisait rien. L'infirmier m'a dit : "Faites-lui laver son slip." Moi, après, je lui ai dit : "On pourra pas vous garder, vous voyez, si vous faites toujours dans votre slip, faudra que la Colonie s'occupe de vous." Après, il est arrivé. »

Ce pouvoir réel sert aussi à manipuler un pensionnaire qui, sans redouter la Colonie, se plaît au placement et ne voudrait pas être changé :

« Il changerait de place, ça lui ferait quand même quelque chose. D'ailleurs je lui dis quand ça ne va pas, il me craint beaucoup, j'ai qu'à lui dire : "Je prends le téléphone, et je téléphone pour qu'ils te reprennent." Ça suffit, c'est terminé, terminé. Ça va pas ? Vous rouspétez ? On prend le téléphone, c'est terminé, on écoute plus rien. »

Si la dépendance du pensionnaire est assez grande, on utilise de préférence à l'appel à la peur, la « grosse dent », la colère qui intimide :

« Certains ont besoin en remontrances du côté qu'ils vivent, leur faire comprendre la remontrance sans dire de les choquer. » – « Le mien, je crois bien qu'il s'adapterait pas partout, je veux pas l'embêter, évidemment, mais il faut être maître de lui qu'il sente qu'il a une autorité sur lui. Il faut les reprendre quand ils en ont besoin, mais faut pas les abrutir. »

L'adaptation s'opère souvent par un véritable apprentissage où chaque acte reçoit une sanction positive ou négative, la nourricière fondant son pouvoir sur le contrôle des récompenses et des punitions :

« Le petit jeune, il y a un an, il était franchement infernal quand ils l'ont amené. Tout à l'heure, il est pas plus désagréable que les autres. Quand on sait le terme pour le prendre, soit en tabac s'il a pas de tabac, soit en bonbons, soit en gentillesse quelconque, on les récompense. Ou alors en punitions... Ce que je fais aux enfants pour les punir, je le fais avec eux. Si il me fait une grosse sottise, quand je leur donne leur dessert. Il m'a tué une chèvre, alors là pour le punir, les autres avaient leur dessert que lui il l'a pas eu. Là, c'est la plus grosse pénitence qu'on peut leur faire sans leur faire de méchanceté... Ça dépend comment on les prend, si vous les prenez par les bons sentiments, que vous sachiez les prendre... C'est comme un enfant. Car vous avez certains enfants qu'avec un bonbon, quelquefois vous arrivez à faire quelque chose, et puis d'autres vous taperez dessus, ça y fera rien. Moi je sais que j'ai un fils, vous pouvez le tuer, vous le ferez pas rendre. À celui-là, vous pouvez le tuer. Eux c'est pareil. Alors je les prends par le dessert, j'ai qu'à faire une glace, une petite crème, ils sont bien punis. »

Les petites récompenses dispensées ou refusées en réponse à un effort louable ou un acte répréhensible (ou associées à l'éventualité de l'un ou l'autre) appartiennent aux plaisirs quotidiens (gâterie, tasse de café, « goûter », séance de télévision ou promenade dominicale, etc.). Elles sont manipulées en signe que l'on traite le pensionnaire comme « si c'était en vie de famille ». Alors que la menace de la Colonie ou du rejet oppose à une force de résistance un pouvoir de domination, colère, gronderie, punition ressortissent à l'éducation et s'inspirent des méthodes employées avec les enfants. On fait avec les pensionnaires « comme avec les enfants » ou « comme si c'étaient des enfants ».

L'emprise par la crainte recouvre donc toutes les techniques basées sur la peur, l'intimidation, la répression par menace de privation ou pénalisation effective – plusieurs allusions ont été faites à des sévices endurés dans d'autres placements :

« J'en ai un, il était dans un placement qu'il était battu, alors là vraiment ils l'abrutissaient plus que tout autre chose, que là je l'ai amélioré en le prenant comme ça par la douceur. »

L'emprise par la douceur implique, outre le recours à des récompenses et le « raisonnement », des explications sans réprimande :

« Quand ils font des conneries, des cochonneries, y a pas, il faut se faire admettre d'eux. Mais celui-là faut pas tout le temps le pourchasser. Si il casse un outil, je lui dis : "C. faut faire attention à pas casser", il dit : "Il s'est cassé. – Mais tu pouvais me le dire. – C'est l'autre jour. – Tu pouvais me le dire". »

Technique d'incitation, la douceur est aussi plus spécifiquement réservée à l'acquisition ou au renforcement d'habitudes positives ; elle implique alors une prise en compte des attentes du pensionnaire, une orientation vers la personne, qu'elle soit présentée comme un signe de reconnaissance d'une qualité, d'une marque d'intérêt, de confiance ou un appel à la responsabilité :

« Y a une façon de les prendre, moi, des bons gars, j'en fais ce que je veux, je donne des responsabilités, je me suis rendu compte que c'est important. Quand je les envoie travailler, j'y donne le commandement en plus. Ils sont pas les uns sur les autres, ils sont tous égaux et ça va. Chacun leur travail à faire, ils sont pas forcés et ils sont fiers, moi je fais comme ça... j'ai tout le temps fait comme ça. J'ai vu que c'était bon. Et puis c'est pareil, il faut savoir les prendre, y a des bricoles qui font plaisir. Si je fais de la galette, ils ont de la galette, ils sont contents. Si c'est leur anniversaire, on marque le coup, on leur fait un gâteau, ils viennent à la maison, y prennent un verre... »

Cet effort pour se concilier le bon vouloir du pensionnaire peut amener à reprendre à son intention une certaine forme de séduction couramment utilisée dans les relations sociales, dénommée en termes clairs « la flatterie »¹. Cela consiste à toucher un point sensible, accorder une satisfaction morale, complimenter, flatter l'amour-propre :

« Nous en avons un, chez ses parents il faisait absolument rien, et nous on arrive à en faire quelque chose. C'est-à-dire qu'il faut lui dire que oui, il a très bien fait, qu'il sait très bien travailler, que c'est mieux que le patron... »

L'attention ainsi manifestée est toujours subordonnée à une prestation de service (travail professionnel, tâche ménagère, etc.) :

« Mais alors les pensionnaires c'est pas du tout la même chose. J'en ai deux dans la chambre particulière. Y en a un qui aimait bien se débrouiller tout seul, il voulait pas que je rentre dans sa chambre, c'était sacré pour lui. Et l'autre il aime bien que j'aille voir ce qu'il a, que je lui fasse des compliments : "Adrien, c'est bien, vous avez bien fait." Y en a qui aiment qu'on leur dise quelque chose. Par contre, les autres, il faut rouspéter pour défaire les lits, pour la chambre et tout ça, incapables de se débrouiller tout seuls. Adrien c'est le caractère. Il avait tendance à dire : "J'ai fait ça, vous viendrez voir, venez voir si c'est propre chez moi !" Là on sent qu'il a besoin d'encouragements. Et puis il aimerait pas qu'on l'envoie promener. »

En définitive, tout l'art de prendre se réduit à accommoder, selon les partenaires, les circonstances et les moments, les variantes de la crainte et de la douceur aisément résumées dans le schéma ci-après :

¹ Catégorie fondamentale de la relation affective, la flatterie apparaît comme une marque de complaisance, de soumission à autrui permettant, en même temps, de manipuler sa faiblesse pour obtenir l'amour ou le don. On l'oppose au refus de la concession, de « rendre ». Un grand-père nous faisait ainsi une description comparée de ses petits-enfants, classant les uns dans les « personnels qui vous accordent rien » et les autres dans « les flatteurs qui seront davantage câlins ». Ce trait de la psychologie naïve rencontre l'analyse que les psychosociologues font de l'« ingratitude » (Jones, 1964). On ne peut qu'être sensible d'ailleurs dans cet examen des techniques d'emprise à leur proximité avec les modèles de la psychologie sociale.

RÉPERTOIRE DES TECHNIQUES D'EMPRISE
Les manières de prendre le pensionnaire

<i>Par la crainte</i> (techniques de répression)			<i>Par la douceur</i> (techniques d'incitation)
Appel à la peur de l'institution	(F*) ⁽¹⁾	(F*)	Remarques et explications sans colère. – Précaution
Appel à la peur du rejet	(F*)	(F*)	Récompenses (orales, sociales)
Intimidation (rudesse, colère, réprimandes, affirmation de l'autorité)	(F*)	(R)	Preuve d'estime et de reconnaissance
Pénalisation par privation ou entrave d'un besoin	(F)	(R)	Appel à la responsabilité, aux bons sentiments, marques de confiance
Punition (y compris corporelle)	(F)	(F)	Flatterie

(1) (F*) : emploi très fréquent ; F : emploi fréquent ; R : emploi rare).

Modalités d'emploi

- mode d'adresse (rudesse-délicatesse) ;
 - réponse directe à un comportement effectif (renforcement-extinction) ;
 - réponse conditionnelle à l'apparition d'un comportement (négociation ou chantage) ;
 - réponse à un besoin (entrave/satisfaction) médiatisée par le comportement.
- Quand action sur autrui impossible = rejet ou laisser-faire.

Ce précis de pédagogie pratique où la prédominance est accordée aux techniques répressives et aux incitations basées sur la satisfaction de besoins élémentaires – besoins organiques et grégarité – épuise les ressources dont la nourricière dispose pour « adapter à ses manières » le pensionnaire et en dehors desquelles elle ne connaît que la position de repli dans le laisser-faire ou le renvoi du pensionnaire selon que les comportements sont jugés d'importance mineure, secondaire ou rédhitoire, au terme d'une évaluation toujours relative :

« Le quatrième, c'est un monsieur de quelques chose. Son grand plaisir, c'est d'être couché. Il est au lit. Au début, on l'a dit au surveillant. C'était ennuyeux de le voir au lit tout le temps, et la literie, qu'est-ce qu'elle prend ! Il est toujours fatigué, C'est le froid, c'est le chaud. On dit "oui, oui" quand il en parle. L'infirmier a dit : "Il faut essayer de le faire sortir, si vous pouvez." On a crié après lui, on l'a flatté, c'est le cas. On l'a pris par la douceur... Y a rien à faire. On a tout essayé et on n'a rien pu faire. Alors on le laisse. On s'en occupe plus. On le laisse couché. Qu'est-ce que vous voulez qu'on en fasse, il dit toujours "oui", il dit jamais "non". Il bouge pas. On le laisse tranquille et puis c'est tout. »

Encore que tributaire d'une psychologie spontanée, cet art de prendre demeure étroitement marqué par sa finalité, et la prévalence de l'emprise par la crainte ne reçoit tout son sens qu'à dégager l'éducation qu'il sert, l'ordre qu'il établit.

UNE ÉDUCATION DE PENSIONNAIRE

[Retour au sommaire](#)

Pour le milieu nourricier, l'objectif est posé en termes limpides : « mettre le pensionnaire à la sauce qu'on a l'habitude », ce qui implique plier l'autre à un régime défini unilatéralement, en changeant ses façons de vivre, donc en rencontrant des oppositions ou des velléités d'opposition – d'où l'importance de la docilité d'un côté, de la domination de l'autre côté : « Faut arriver à les dresser, y a pas, faut le dressage. »

Mais si « habituer à ses manières » s'appelle « éduquer » l'autre, « donner une éducation de pensionnaire » sous-entend que cet apprentissage s'étaye sur une place et un statut spécifiques dont l'imposition peut contrecarrer certaines attentes ou aspirations – d'où l'importance des techniques répressives. Non seulement le pensionnaire va devoir se déprendre de ce à quoi il tient, mais il lui faudra faire siennes les règles limitatives du comme si, vivre dans un porte-à-faux inconfortable entre les droits que lui confère l'accomplissement correct de son rôle et les barrières d'une position approachante.

D'où la rigueur et la vigilance de la nourricière pour qui rappeler le principe d'autorité et maintenir l'écart devient une fonction éducative aussi, sinon plus importante qu'inculquer des habitudes. En ce sens, elle agit en représentante d'un ordre qu'il lui faut exprimer et faire respecter avec ses moyens propres.

C'est pourquoi un double caractère, instrumental et normatif, empreint toutes les interventions à fin adaptative. Dualité décelable dès le premier contact à l'arrivée au placement où, parallèlement à la « mise au courant » portant sur des détails d'installation et d'aménagement pratique, on stipule les règles intransgressibles dont l'acceptation est un préalable absolu à toute vie commune.

Mettre au courant inclut des indications qui ne sont pas également impératives. Il y a celles qui touchent à des éléments non réglementaires (disposition des lieux, jours de lavage, etc.) ou concernent la discipline et les tâches personnelles, exigences variables selon les convenances de la nourricière ; elles admettent donc une application relativement souple et différée : c'est par excellence le domaine de l'adaptation mutuelle dont le processus vient d'être analysé. En revanche, ce qui a trait à la définition des services dus aux pensionnaires (par exemple, horaire et mode de prise des repas, façon de les servir, plateau amené dans la chambre ou directement délivré à la cuisine), ainsi qu'à leurs droits, a un caractère d'obligation plus rigoureux :

« Il faut les apprendre à vivre avec nous, avoir autant de bien-être mais *se débrouiller un peu dans la vie qu'ils sont obligés de vivre*. Ils font leur vaisselle, qu'ils se débrouillent sur certaines choses qu'ils peuvent faire. Si on a la grippe, il faut qu'ils restent, les apprendre à faire certaines choses. Si un jour j'ai besoin, qu'il y en ait un qui puisse venir et servir ses collègues. *Il faut endurer qu'ils vous demandent ce qu'ils ont besoin, mais pas tout à fait trop les servir.* »

Ce type de contrainte fixe la place du pensionnaire et les frontières à ne pas dépasser dans les rapports avec les membres de la famille nourricière. Alors que la nourricière présente ses habitudes et convenances particulières sur le mode informatif et avec une certaine marge de liberté : « Un pensionnaire peut vous dire : "On est habitué d'une façon ou d'une autre", chacun a ses habitudes » ; elle va user pour traiter des questions de droit et de place du mode catégorique, ne souffrant aucune dérogation, ni aucun délai, à des commandements qui paraissent ressortir à un ordre transcendant plus qu'à son bon-vouloir ou à son agrément. Car, avec la délimitation des espaces de vie et l'organisation des échanges quotidiens, s'instaure le régime différentiel du pensionnaire qui obéit à la règle de l'écart. Et l'écart ne se justifie pas plus qu'il ne se négocie ; il se respecte inconditionnellement et d'entrée de jeu :

« C'est des gens qu'on peut pas les mettre avec d'autres, c'est quand même des malades, ils peuvent pas vivre avec nous, ni manger, ni rien. Dès le début, ils ont leur chambre et moi j'ai ma maison. Alors y a qu'en cas de nécessité qu'ils vont rentrer là, soit pour apporter, soit pour demander. Autrement, jamais, jamais je les laisse là, même pour regarder la TV. Autrement, on n'est plus chez soi. » – « Je les habitue. Ils ont leur chambre, ils circulent dans la cour. C'est une manière de les habituer. S'ils veulent quelque chose, ils sont à la porte à demander : "Madame, s'il vous plaît." *Ils sont habitués, ils ont pas honte*. D'ailleurs le dernier, quand il est arrivé, tout de suite il s'est dépêché de rentrer à la maison. Je lui ai dit : " *Vous avez pas le droit*. Quand vous voudrez quelque chose, vous me le demanderez." Maintenant, c'est fini, quand il a besoin de quelque chose, il me le demande, il pense plus à rentrer. »

On n'hésite pas d'ailleurs à s'aider de moyens matériels pour instaurer l'écart. En particulier, s'agissant de l'interdiction de franchir le seuil de la maison. Dans beaucoup de placements on utilise une petite barrière haute de 50 cm qui servait autrefois à empêcher les volailles de la basse-cour d'entrer dans la cuisine quand la porte en restait ouverte. Il n'y a plus de volaille, mais la barrière demeure pour signifier aux pensionnaires une frontière intransgressible.

L'autorité n'en reste pas moins l'attribut essentiel du rôle éducatif de la nourricière :

« Il faut garder un certain dessus, une certaine autorité. Ça dépend sur quoi ils réagissent. Il faut arriver à les remettre en place. Quand ils ont besoin d'être répondu, il faut faire comme on fait avec certains enfants. Quand ils sont calmes, bien ils se rendent compte qu'ils ont tout de même une autre vie que d'être renfermés, c'est pas la même vie. »

L'autorité a une valeur instrumentale et un fondement normatif. En disant qu'« il faut se faire respecter », « tenir une certaine autorité », la nourricière exprime le besoin d'affirmer son pouvoir dans un rapport de force :

« Il faut pas avoir peur de vous faire craindre. Sinon vous arriverez pas à en faire ce que vous voulez. Je sais que j'ai pris beaucoup d'aplomb à ce point de vue là... En vivant avec eux, on prend de l'assurance, on se dit : il faut quand même montrer qu'on est plus fort qu'eux et qu'il faut les faire obéir. »

Besoin d'autant plus fortement ressenti que, femme, elle doit s'opposer à une résistance masculine. Sur ce plan, la présence d'un époux paraît d'une certaine aide :

« Ça me soutient, quoique tous ceux que j'ai eus jusqu'à maintenant m'ont toujours assez craint, mais enfin, je me sens mieux soutenue, parce que je serais toute seule, j'aurais peut-être moins d'aplomb, je me ferais peut-être moins craindre aussi de peur de représailles à ce point de vue là. »

Mais le recours au mari – quand il existe, beaucoup de nourricières étant seules au foyer – n'est le plus souvent qu'un secours moral puisque, déjà absorbé par son travail, celui-ci ne doit pas, par définition, s'occuper directement des malades. L'ordre du placement est d'abord un ordre de femmes.

Les nourricières, parce qu'elles se savent seules en face des pensionnaires, veulent asseoir leur autorité, constatant d'ailleurs, non sans une certaine fierté, qu'elles peuvent « mieux se faire obéir que les maris ». Ces derniers semblent en effet s'autoriser une plus grande familiarité qu'elles interprètent comme un manque d'autorité¹. Car l'autorité n'a pas seulement pour fonction d'assurer le pouvoir ; elle est indissolublement liée à la distance, et c'est là une face de sa valeur normative :

« Il faut garder une certaine autorité dessus, faut quand même pas... J'en ai un justement, il est de très bonne famille et tout, eh bien il faut le mettre au même rang que les autres, parce que du fait qu'on lui fera une petite gentillesse, on peut plus en arriver à bout, il est pas aussitôt arrivé qu'il est là à la porte, à attendre, à bâiller... C'est pour vous dire qu'il faut quand même garder une certaine autorité dessus, un certain éloignement. »

Chargée de maintenir un ordre valable pour l'ensemble du foyer, la nourricière défend aussi, en réclamant le respect, la position hiérarchique dont elle est investie et, à travers elle, la règle qu'elle incarne. L'autorité sert et exprime un rapport réel et symbolique, qu'il faut imposer d'emblée et préserver par un contrôle constant :

¹ Nous verrons plus loin (Épilogue) que le rapprochement entre les hommes et les pensionnaires, souvent basé sur une fraternité de travail, a des conséquences liées à la représentation de la maladie mentale.

« Y a quand même des moments où ils sont plus ou moins faciles... Entre autres j'en ai un que vraiment son plus long placement a fait un mois, et moi je l'ai depuis deux ans. Même la doctoresse n'en revient pas, elle m'a dit : "Comment vous avez fait ?" J'ai dit : "Madame, moi j'ai fait du mieux, de mon possible, de mon mieux à l'habituer." C'est un cas particulier, comment je vais vous dire, il a une forte tête. D'ailleurs, quand il est arrivé là, c'est pas pour me vanter, mais il était vraiment insolent. D'ailleurs il l'est resté vis-à-vis de mon mari, je ne sais pas, c'est peut-être l'histoire qu'il n'est jamais là. Donc peut-être que ça leur donne... tandis que moi tout à l'heure... Avant, jamais on pouvait lui faire dire merci, ni bonjour, ni rien. Puisque au début je me souviens, j'étais en train de ramasser des haricots... il me fait : "Vous me ferez-ci... – Oh, je lui dis, dites donc, où c'est que vous avez été élevé ?" Alors il s'adresse à l'autre pensionnaire qui était à côté de lui : – Il faudra bien qu'elle s'y fasse, la nourrice d'avant, elle s'y est bien mise ! – Oh, j'dis, ça va pas marcher comme ça, c'est l'un ou l'autre avec moi !" Et ma foi, il s'est bien habitué, on a eu de bonnes prises, bien souvent, mais enfin je le tenais... Il faut leur donner une certaine crainte... chercher à les éduquer. Lui au début il était très grossier, et tout à l'heure, le matin quand je monte, c'est bonjour, et je lui donne rien sans me dire merci, s'il me demande quelque chose. Parce qu'il serait facilement rentré à la cuisine, sans frapper ni rien. Alors je dis : "M. quand on rentre, j'aime bien qu'on frappe." Il venait j'étais en train de baigner les gamins, tout ça, je dis : "Non, M., quand je suis après les enfants, vous ne devez pas venir à la cuisine. Vous avez votre chambre. Vous restez, vous avez tout ce qu'il faut. Si vous avez besoin de moi vous me le dites, je vous donne ce que je peux." »

Ce discours apporte la preuve du rapport étroit, et même de l'équivalence existant entre crainte-autorité-distance, et de leur caractère normatif. Moyen d'un pouvoir réalisé dans la crainte et le respect, l'autorité est aussi expression et attribut d'une légitimité qui inspire la peur pour instaurer, par-delà les barrières fonctionnelles, l'écart comme valeur. Dans l'implicite, ne peut-on déceler un langage du sacré ? L'idée du sacré est tout en cas présente dans l'esprit des nourricières ; l'une d'entre elles, nous venons de le voir, disait d'un de ses pensionnaires : « Il voulait pas que je rentre dans sa chambre, c'était sacré pour lui. » Ce point, qu'il faut encore approfondir ¹, n'épuise d'ailleurs pas la question posée par la correspondance entre nature et exercice des fonctions éducatives telles que les conçoit le milieu nourricier.

L'éducation suppose apprentissage de nouveaux codes de conduite et adaptation à un cadre et un régime de vie spécifiques. D'où vient qu'elle passe, pour ceux qui la dispensent, par une domination aussi violente ? Qu'est-ce que cela traduit chez celui qui la reçoit ? L'accent porté sur la maîtrise des comportements

¹ La protection des espaces privés et personnels qui intéresse une importante littérature en psychologie de l'environnement (voir Lévy-Leboyer, 1980) est ramenée le plus souvent à la défense de l'identité, la protection de la propriété et du groupe. On y fait référence aux comportements de territorialité chez les animaux, à la suite des travaux des éthologues, Lorenz (1969) en particulier. On a moins prêté attention à ce que l'anthropologie peut apporter quant à la compréhension de la « sacralisation » des espaces sociaux, notamment le fait que la séparation, la distance spatiales créent un ordre hiérarchique (Dumont, 1966), évident dans le cas que nous étudions.

d'un côté, sur la docilité ou disposition à l'obéissance de l'autre, montre dans la soumission l'enjeu décisif du rapport pensionnaire-nourricier. La nécessité de soumettre peut tenir à ce que la loi imposée par le milieu est trop contraignante et contraire aux aspirations de l'éduqué, ce qu'indiquent les refus qu'il oppose en s'évadant ou en réclamant son changement de placement ou les résistances qu'il manifeste à travers ce qu'on appelle sa « forte tête », sa « méchanceté », sa colère ou ses mécontentements perpétuels. Résoudre une telle opposition réclame, cela s'entend, la méthode forte. De même pour restreindre des exigences jugées trop excessives :

« Il faut être quand même un peu sur les dents, et pas se laisser faire non plus, parce que si on leur accorde tout, on peut plus en venir à bout, il faut quand même avoir une certaine crainte, il faut qu'ils aient une certaine crainte envers nous. »

Mais quelque chose du recours à la crainte et à la domination demeure inexplicé. Sa généralité même. Car on la prône partout et toujours : que l'aptitude à la soumission ait été constatée au premier abord, que l'obéissance ait été obtenue à court ou long terme, que les nourricières se montrent les moins rigides dans l'établissement des règles, ou les plus disposées au rapprochement et à l'intégration familiale. Comme si la relation instituée se trouvait toujours remise en cause par un risque ou une menace que tout pensionnaire porte en soi.

LA HARDIESSE

[Retour au sommaire](#)

Ce danger, on le cerne clairement dans la notion de *hardiesse*. La hardiesse, voilà ce que tous attribuent, à l'état potentiel ou effectif, à chaque pensionnaire, et ce que tous veulent prévenir et réduire par l'éducation et la vigilance répressive, dans la mesure où elle apparaît comme la contrepartie inévitable de l'adaptation :

« Adapter les pensionnaires, c'est chercher à les comprendre, qu'on leur donne de la hardiesse sans de trop. Si y a trop de contacts, si c'est un gars pas trop hardi, il en prend. Si il a trop de hardiesse de son naturel... » – « Y en a qui tournent bien en se mettant pas dans le bain tout de suite, et d'autres qui viennent à prendre de la hardiesse. »

Tout à la fois obvers de la crainte, antagonique de l'autorité et de la distance, cible de l'emprise, la hardiesse, n'a pas une signification univoque. Notion du parler vernaculaire, il nous faut en déchiffrer le sens, à la manière des ethnométhodologues, en recherchant les contextes circonstanciels de son usage, les situations dans lesquelles les significations sont enracinées.

Aussi difficile à définir qu'elle est répandue, la hardiesse constitue une catégorie générale pour appréhender la relation sociale et interpersonnelle :

« C'est comme avec tout le monde. Dans les civils c'est pareil, y en a qu'on aime plus que d'autres. Les pensionnaires c'est la même chose, y en a qui faudrait pas trop leur donner de hardiesse, comme on dit dans le coin ... La hardiesse, vous connaissez pas ? Je sais pas trop expliquer... Quand je leur aurais dit une fois ou deux d'entrer, ils pourraient se mettre à rentrer sans que je leur redise. Il faut toujours se tenir un peu à l'écart avec ces gens-là. »

Comme trait de comportement (insolence, récrimination, rébellion, etc.), la hardiesse peut être rapportée au caractère – c'est alors la disposition naturelle opposée à la timidité et à la crainte – ou à la mentalité – comme irrespect des conventions sociales :

« Les pensionnaires tout à l'heure c'est pas du tout la même mentalité. Ils se conduisent pas non plus comme dans le temps. Ils sont plus hardis, Avant, vous y disiez quelque chose, ils faisaient quand même attention. Ils vous répondaient pas. Mais tout à l'heure, il faut se gendarmer vraiment pour les faire entendre raison. »

Par contre, la hardiesse n'est pas imputable à la maladie – sinon indirectement, dans la mesure où celle-ci empêche de comprendre la situation qui est faite au pensionnaire. Mais plus qu'une caractéristique inhérente à l'individu, elle est une dimension de toute relation sociale qui l'implique comme sous-produit d'une maîtrise insuffisante du partenaire ou d'une protection défectueuse de la hiérarchie établie entre les deux partenaires. La hardiesse est un raté de l'interaction entre deux personnes de rang inégal (supérieur-inférieur, homme-femme, civil-pensionnaire). À ce titre, elle n'est pas inévitable et sa correction dépend d'une surveillance constante des attitudes et des actes. Quand il y a consensus sur la position relative des partenaires, l'observance spontanée de certains codes de conduite y suffira, par exemple dans le rapport entre sexes en montrant réserve et non-familiarité. Quand le consensus n'existe pas, l'un des deux partenaires devra contrevenir à la hardiesse et défendre son statut au besoin par la force. Dans le rapport avec le pensionnaire tout empreint de l'ambiguïté du « comme si », instable du fait de la volonté ou de l'illusion de celui-ci d'être « de la maison », servi ou traité comme les autres, la prévention de toute hardiesse est un impératif absolu et passe par la domination autoritaire de la nourricière.

Comme ce dont elle est l'antithèse – crainte, autorité, distance –, la hardiesse concerne les aspects instrumentaux et normatifs de la relation nourricier-pensionnaire. En donner ou en laisser prendre, c'est encourir le risque que le pensionnaire s'autorise des libertés incompatibles avec son statut : libertés de langage – « répondre », tutoyer, exprimer le mépris ou insulter, etc. – et libertés de comportement – privautés avec la nourricière, jeux avec les enfants, etc. –, et s'arroge des droits inadmissibles – se faire trop servir ou rentrer dans la maison sans autorisation. En bref, le risque qu'il ne respecte pas les contraintes et les obligations érigées en loi par la nourricière. Dans une logique du tout ou rien, cette dernière voit dans la hardiesse la perte de son autorité, le renversement du sens de

la relation qu'elle entretient avec le pensionnaire, sa capitulation et son envahissement :

« Je vois des nourriciers qui vont les tutoyer, ils leur donnent d'abord de la hardiesse. Nous c'est pas le cas. Aussi bien pour les enfants, je veux que les enfants les respectent et je veux qu'eux aussi ils respectent les enfants, parce que sans ça, ça leur donne trop de hardiesse. C'est toujours pareil : on les a, on sait qu'il faut pas leur faire de misères, mais il faut tenir une certaine autorité, sans quoi, si on leur donne trop de liberté, on n'en finit plus. »

Garde-fou de la hardiesse, l'autorité consiste aussi à ne pas laisser en prendre en interdisant, pour soi et pour l'autre, tout geste et tout mot susceptibles de faire croire à la réciprocité des rôles, la liberté des échanges :

« Pour mon compte personnel, moi je les sers moi-même. C'est pas partout pareil. Quand ils sont dans des domaines, c'est pas la même vie. D'abord quand il y a un couple, où y a le mari, c'est encore pas pareil, on peut bavarder avec eux, leur faire faire une bricole. Moi je leur fais rien faire, parce que je pense pas avoir assez d'autorité sur eux après. Une femme seule, il faut pas leur donner trop de hardiesse... faut les tenir à leur place et être assez ferme, oui, faut être ni dure, ni être revêche, mais enfin pas... pas plaisanter avec eux par exemple, ils auraient vite fait d'interpréter une parole, l'interpréter d'une autre façon... Il faut quand même observer une bonne réserve pour pas leur donner trop de hardiesse. »

Dès lors se précise la signification de la hardiesse, sur le plan normatif et symbolique, son rapport à la règle de l'écart. Certes, sa prévention assurant le respect des convenances et des conventions par le contrôle de soi-même et d'autrui évitera les inconvénients et incidents qui découlent du sans-gêne :

« Sans avoir de mauvaises manières, il prendrait trop de hardiesse, ça vous ennuerait, il se mettrait à vous tutoyer. Je ne les insulte pas, mais je fais en sorte d'être respectée, ainsi je leur donne pas de hardiesse, je tolère pas qu'ils m'insultent ou comme y en a à des moments qu'ils vont dire des gros mots. »

Certes, sa répression autoritaire favorisera l'exercice du métier de nourricière, empêchant que le pensionnaire « ne prenne le dessus » :

« Il faut pas être trop bon pour eux, mais tenir ses distances parce qu'après ils prennent de la hardiesse, ils prennent le dessus, ils vous répondent. On peut plus les tenir. »

Mais elle sera aussi le garant de son pouvoir, notamment du pouvoir « d'en faire ce que l'on veut ».

Car dans ce combat contre la hardiesse s'engagent des valeurs décisives. Il s'agit aussi de maintenir chacun à une place que fonde seulement la définition sociale – et unilatérale – des statuts et des rôles, maintenir un régime imposé par le

milieu nourricier. Est également en cause la sauvegarde d'un ordre contradictoire puisque ce qui est licite au regard de l'institution – que le pensionnaire prenne à la lettre le principe de la vie de famille et veuille vivre au placement dans la liberté, le plain-pied et l'égalité – n'est pas loisible au regard des nourriciers. Toute la fragilité d'une situation-gageure où l'intégration se fait en séparant se traduit par le souci compulsif de « donner de la hardiesse sans de trop », c'est-à-dire fixer, dans le même temps et de conserve, les droits et leur limite. Aussi la hardiesse, comme prétention toujours possible à l'égalité des droits, trouvera-t-elle son expression la plus pure dans la négation de la distance, l'entrée au placement :

« Si il y a trop de contact avec les pensionnaires, si c'est un gars pas trop hardi, il prend de la hardiesse. Si il a trop de hardiesse de son naturel, il viendra déranger. » – « Il faut qu'on lui donne de la hardiesse sans de trop. Celui qui a de la hardiesse qui est plus capable de déranger au moment où quelqu'un vient. Il en profite pour venir me demander ou ci ou ça. C'est de la hardiesse. Le grand, j'ai pas peur quand il vient quelqu'un. C'est un gars qui a de l'éducation. Dans le fond, c'est plutôt pour les éduquer, les habituer. »

Toutes les marques symboliques ou effectives de la distance serviront le mieux à l'endiguer :

« C'est pareil, j'aimerais pas les mettre à manger avec nous, il me semble qu'ils sont aussi bien ensemble et nous ici que d'être tous ensemble... Question de ça, je crois que ça leur donne une certaine crainte, enfin on a une certaine autorité sur eux, alors que s'ils sont ici, ça prend de la hardiesse. »

La règle de l'écart est interdite, la hardiesse transgression. Ordre social et ordre moral se rejoignent dans cette liberté qui, à n'être pas freinée par la distance, le respect, l'autorité, dégénère en licence puisque deux dangers majeurs lui sont associés : le vol et la liberté sexuelle :

« Ma mère en avait un, c'était comme un enfant pour elle. Mais elle a été obligée de le renvoyer, il s'était mis... C'est toujours pareil, quand il y a trop longtemps qu'on les a, ils prennent une certaine hardiesse. Il volait le linge des voisins. Elle a dit : "Je peux pas le garder", jamais il avait fait ça, elle a eu beau l'attraper, rien à faire. » – « Y en a qui les prennent au sérieux sans les prendre au sérieux. C'est pas tellement une bonne formule, ça. Par exemple, j'en ai un, ses parents viennent le voir. Ils le prennent, ils l'emmènent à l'hôtel, ils le gardent. Et puis lui, quand il y va comme ça, il voudrait sortir, revenir avec eux. Ils ont dit : "Tu sais, t'es pas capable de travailler, de tenir ta place." Eh ben il a dit : "Je vais prendre une maîtresse et lui dire de travailler." Sa mère a dit : "T'as que ça à faire !" Des gens comme ça se rendent pas compte de l'état de leur enfant. Parce que c'est pas le tout de lui dire ça. Après, y va se mettre dans l'idée, il va prendre de la hardiesse, il va se mettre à courir après les jeunes filles. Ben... et puis on ne sait pas à ce moment-là ce qui... Quoique lui est un peu insignifiant, il aurait fait peur à personne, mais enfin ça fait rien. C'était pas une façon. »

Il est révélateur que les correspondants des manifestations interpersonnelles de la hardiesse soient, au plan de la moralité, l'appropriation indue et le débridement pulsionnel. Cette imputation peut s'interpréter comme une rationalisation des angoisses qui, mobilisées autour du partage de l'intimité, de l'intrusion dans le foyer ou la rupture des barrières de la convenance, dénotent le conflit défensif engendré par la coexistence avec les pensionnaires.

De fait, l'usage local confère à la notion de hardiesse une importance psychologique et une portée sociale que ne laisse pas présager son emploi courant. D'une qualité ordinairement attribuée à des aspects limités du comportement, il fait un type de conduite sociale spécifique.

En élaborant la notion, le groupe la transforme et en fait une catégorie de pensée aussi originale en son genre que l'est, dans le sien, celle de pensionnaire. Mais ce qu'il forge ainsi n'est pas un simple instrument conceptuel permettant de distinguer une potentialité ou un état spécifiquement liés au statut de pensionnaire ; la façon même dont il l'articule à l'autorité, la crainte et la distance y dévoile l'expression d'une certaine réalité vécue du rapport avec ce dernier qu'il nous faut chercher à comprendre.

Qu'y a-t-il derrière ce conflit quotidien et dramatique où l'ordre et ce qu'il réprime se définissent mutuellement dans la tautologie ? Quelles significations valent à la hardiesse son statut privilégié puisque son émergence comme objet de préoccupation au niveau de la relation interpersonnelle donne à la règle de l'écart un contenu plein sinon nouveau ? D'une certaine manière, en tant que l'on combat en elle la prise d'une « position » contestataire se réclamant d'une égalité et d'une liberté déniée aux pensionnaires, elle montre que la règle de l'écart n'est pas seulement établissement de barrières destinées à réaliser et à maintenir dans les faits une différenciation formelle, ou aménagement de la coexistence avec la différence. Elle vise aussi à protéger d'une menace : celle que présenterait précisément la non-distinction.

CONCLUSION

Au-delà des principes l'enjeu social et la peur

[Retour au sommaire](#)

Maintenir l'extériorité dans la coexistence, tel apparaît donc le paradoxe du vivre-ensemble qu'un ordre dualiste surmonte dans l'aménagement des rapports avec les ressortissants de la Colonie. Mais la partition s'affirme différemment quand on passe du collectif à l'interpersonnel : dans le contact groupe à groupe, par le retrait de la part des habitants, l'isolement topologique ; dans la participation à la vie sociale, par la différenciation cognitive et le garde-fou d'un statut réservé ; dans la cellule familiale et le face-à-face, par la barrière de l'écart.

Les processus par lesquels cette distanciation s'actualise ne sont pas non plus similaires d'un niveau à l'autre : les phénomènes anonymes et peu codifiés opérant sur la scène publique se distinguent à la fois des modes de catégorisation et d'étiquetage, uniformes et rigides, et des contraintes statutaires rigoureusement définies et imposées par le fonctionnement du groupe social. Quant à l'écart, il se « tient » par prise directe sur la personne du malade ; assurant un contrôle permanent de l'accès aux biens privés que le principe du placement familial rend licite, il réclame des procédures spécifiques que les nourriciers appliquent comme des règles de vie transmises et respectées comme normes.

Ces principes et méthodes qui, de l'observation à l'éducation, ont une fonction instituante en ce qu'elles mettent en œuvre un ordre dualiste, ont aussi une fonction défensive. L'écart dans sa pérennité et sa force, l'autorité et la crainte qui le servent, comme la hardiesse qu'ils combattent, révèlent l'articulation de l'ordre à quelque chose d'une menace. Le caractère normatif de ces usages ne tiendrait-il pas à un étayage de l'ordre sur la protection ? Par-delà l'appel à des phénomènes de diffusion, de conformité sociale et de généralisation du contrôle social, il faudrait alors les expliquer par l'enjeu qu'ils servent en donnant ses modalités pratiques à un ordre formel. C'est ce que suggère cette remarque de Cl. Lévi-Strauss : « En établissant une règle d'obéissance générale – et quelle que soit cette règle –, le groupe affirme son droit de regard sur ce qu'il considère légitimement comme une valeur essentielle » (1967, p. 49).

Cette réflexion avancée à propos de la prohibition de l'inceste et relative à la jouissance des privilèges présente une portée générale en ce qu'elle montre dans la prescription, même négative, « l'amorce d'une organisation » et surtout « la résolution spontanée de tensions psychosociales qui, elles, constituent des données immédiates de la vie collective ». En soulignant l'importance de la sphère psychosociale comme ressort d'un passage à la culture ou au social, l'auteur ouvre de nouvelles perspectives de recherche. C'est pourquoi il nous a semblé légitime d'extrapoler ses réflexions, en particulier le passage suivant :

« Si l'on m'objecte qu'un tel raisonnement, égalité de tous les hommes dans la compétition pour toutes les femmes, relations définies en termes de groupe et non de famille, est trop abstrait et artificiel pour venir à l'esprit d'une humanité très primitive, il suffira de remarquer que le résultat, qui seul importe, ne suppose pas un raisonnement en forme, mais seulement la résolution spontanée de tensions psychosociales qui, elles, constituent des données immédiates de la vie collective. Dans ces formes non cristallisées de vie sociale dont l'investigation psychologique reste encore à faire, et qui sont riches en processus à la fois élémentaires et universels, telles les communautés spontanées qui se forment au hasard des circonstances (bombardements, tremblements de terre, camps de concentration, bandes enfantines, etc.), on apprend vite à connaître que la perception de l'envie d'autrui, la crainte d'être dépossédé par la violence, l'angoisse résultant de l'hostilité collective, etc., peuvent inhiber entièrement la jouissance d'un privilège. Et la renonciation au privilège ne requiert pas nécessairement pour son explication l'intervention du calcul ou de l'autorité : elle peut n'être que la résolution d'un conflit affectif dont on observe déjà le modèle à l'échelle de la vie animale. »

Avec toutes les réserves qu'impose la différence des objets, ce schéma d'interprétation semble concorder avec les phénomènes décrits et le questionnement qu'il inspire devrait être fructueux pour l'approche des rapports entre nourriciers et pensionnaires. En effet, après nous être efforcés de suivre, dans ses termes propres, l'analyse que le milieu fait de ces rapports, nous avons décelé, sous les énonciations pratiques et normatives, la présence d'un conflit étroitement associé à un sentiment de menace. En instituant la règle de l'écart et en élevant ses spécifications au rang d'un code de morale pratique, le groupe des nourriciers ne tente-t-il pas de surmonter la contradiction qu'il vit à s'ouvrir pour ceux qui, ordinairement, sont reclus derrière les murs de l'asile ? Et, en même temps qu'il participe à leur intégration sociale, n'est-ce pas, dans son effort pour prévenir le péril de leur intrusion dans le domaine privé, le danger du contact avec la folie qu'il conjure ?

Le problème de la peur qu'inspire la maladie mentale revient au premier plan. Cette peur dont on a maintes fois constaté les signes conjointement avec le refus d'en reconnaître l'existence ou d'en affronter la conscience. Rappelons le rôle joué, sur ce plan, par l'allégation d'une habitude. La protection fournie par la Colonie, les réassurances de l'expérience courante ou les démentis qu'elle apporte à certains préjugés servent à expulser du champ des préoccupations quotidiennes l'anxiété éprouvée à côtoyer des malades mentaux. Mais cette anxiété maîtrisée, au niveau

rationnel, dans la perception collective et l'agencement social ressurgit dans la relation interpersonnelle exprimée sous la forme d'un système de contrôle élaboré par le milieu. Ce système, orienté en son principe par le rapport à la folie, revêt alors le caractère impératif d'une mesure de sauvegarde. Mais si, par-delà les dénégations, tout fonctionne bien comme pour parer à un danger et dominer une peur, il faut pouvoir mettre en évidence les indices bruts de l'anxiété qui mobilise la défense des règles, comprendre de quoi le groupe se protège à travers une organisation dualiste qui sert également à occulter le processus défensif et son objet.

Parlant du contact avec ses malades mentaux dans le contexte privé du placement, on se montre, comme c'était déjà le cas pour les contacts publics, peu enclin à exprimer en termes directs la crainte qui s'y trouve associée. Il suffit cependant de considérer certaines des modalités et des contradictions qui infléchissent la pratique de l'hébergement des malades pour en recevoir la preuve, corroborée par les explications qu'en donnent les nourriciers.

Ainsi, par exemple, des conditions d'ouverture des placements. Hormis ceux qui perpétuent une expérience familiale, les nourriciers ont généralement marqué un temps avant de s'engager dans leur « carrière » ; en témoignent leur âge relativement avancé à l'ouverture du placement et le délai observé par ceux qui sont originaires d'une région extérieure au périmètre de la Colonie, avant de prendre des pensionnaires :

« Quand je suis arrivée, je connaissais le pays vaguement comme ça. On ne m'avait pas tellement bien parlé de ça parce que... j'ai des parents qui y habitaient, souvent on venait les voir et je regardais les pensionnaires comme ça. Mais je pensais d'abord pas venir habiter tout de suite dans la région et je me disais : "Mon Dieu, un jour, s'il fallait que je vienne et puis que j'en aie, je ne sais pas si je pourrais m'adapter." Tout de suite, j'avais peur. En arrivant, je me disais : "Je sais pas si je pourrais m'adapter à ces gens-là, parce qu'on sait pas sur qui on tombe." Voilà, c'est ça. En arrivant j'ai dit : "Une fois qu'on sera installés, par la suite, je verrai si..." Il faut quand même vivre un petit peu dans le pays avant de... »

En général, on allègue les contingences matérielles pour expliquer une ouverture tardive : insuffisance des locaux, surcharge de travail de la mère de famille, etc. Cependant, même disposant des installations voulues, on observera souvent une période d'attente ; quant aux charges familiales, l'argument est fallacieux : tributaires du nombre des enfants, elles ne diminuent pas avec leur âge. D'ailleurs, il suffit d'insister un peu et l'on voit émerger le frein d'une appréhension à vivre continûment avec des malades mentaux. Un ancien métayer et sa femme racontent comment ils sont devenus nourriciers, en 1935 :

L'homme. – « On avait des parents à Valigny. On allait les voir plusieurs fois et ils avaient des pensionnaires. C'est là qu'on a vu. Et puis l'effet du hasard. On a pris une ferme en 1933 à Valigny, là où il y avait des pensionnaires. Nous on a dit : "On n'en

veut pas." Oh, non, on en avait peur. » La femme précise. – « On était jeunes, on allait chez les cousins, et le pensionnaire mangeait sur une petite table dans la cuisine aussi. Et je disais : "Moi je ne voudrais pas avoir de pensionnaire, parce que si j'en avais, j'oserais pas les faire manger avec moi, j'en aurais peur". »

L'homme reprend. – « Je demande à la propriétaire de la ferme : "Dites, patronne, je voudrais que vous me fassiez construire une chambre de domestique." Elle dit : – Oui, mais je vous ferai construire une chambre de pensionnaire. – Oh, je dis, non, ça nous dit pas grand-chose." Mais elle dit : "Si vous me réclamez une chambre, c'est chose faite." Et c'est pas tout – elle en avait, elle, des pensionnaires – "je vous en demanderai. Quand vous viendrez, votre demande sera faite". Tout de suite, on n'était pas tellement fiers. »

La femme. – « Tout de suite, on n'était pas tellement, tellement... Moi, ce que je craignais le plus, c'est quand j'étais toute seule et que les hommes étaient partis travailler aux champs. J'avais peur qu'il vienne, j'avais peur, j'avais peur... j'étais pas tellement sûre. Je me disais : si un jour, j'étais toute seule et il venait... m'attaquer. Vous savez, comme ça, me demander quelque chose. Enfin j'étais pas tellement, tellement sûre... Enfin, après on s'est habitués, et puis après on s'est habitués vis-à-vis d'eux comme ça, quand on a vu qu'ils étaient pas méchants, on a été vite habitués. »

De cette appréhension ont raison les garanties données par l'institution psychiatrique, la sagesse de l'habitude et les précautions dont s'entourent les nourriciers en recevant les pensionnaires. Aussi, leur est-il facile d'afficher un sentiment de sécurité, de récuser toute peur ou tout problème. Admet-on, à titre personnel, une crainte initiale, que sa persistance dans l'expérience quotidienne, pour soi et son entourage, n'est jamais reconnue.

Néanmoins, demeure un malaise plus profond, obscur, lisible seulement dans les comportements qu'il induit. Une illustration : le rapport entre l'âge des enfants et l'ouverture du placement. À ce qui se dit, les pensionnaires ne posent aucun problème du point de vue des enfants. Pourquoi alors différer l'installation des malades jusqu'à ce que les enfants atteignent l'âge scolaire et même le dépassent largement ? Il s'agit là d'une mesure dont les nourriciers n'ont conscience ni de l'existence comme tendance quasi générale, ni de la signification. Ils sont pourtant quelque 76 % à y obéir et dévoiler la mise en place d'une protection cachant la peur qui la fonde. Le travail de la mère de famille explique parfois le report de la prise de pensionnaires. Mais le fait que les familles avec enfants ont plutôt des placements de forte capacité ne concorde pas avec l'hypothèse des surcharges que les pensionnaires occasionnent à la mère. À moins que la surveillance des jeunes enfants ne devienne partie intégrante du travail et que, renforcée du fait de la présence des pensionnaires, elle n'absorbe au-delà des limites compatibles avec le reste des activités. Qu'est-ce à dire, sinon que préserver les enfants du contact avec les malades est un devoir obsédant et impératif au prix duquel seulement on connaîtra la sécurisation :

« Mon fils a jamais été en contact avec les malades. Quand il était en contact, nous on l'était aussi... Il avait quand même six ou sept ans quand on les a eus. Donc du début on lui a expliqué, c'est des gens... malades qu'il fallait les laisser... Enfin, moi j'ai eu de la chance d'avoir un fils assez raisonnable, il m'a quand même écouté, j'ai jamais eu d'histoires avec mon fils et les malades. Il m'écoutait assez bien. D'abord les malades ne restent pas vraiment à la maison, j'en ai eu qui restaient dans leur chambre, mon fils allait pas dans la chambre, il allait jamais les déranger, jamais il a eu la peine d'aller dans leur chambre ; j'ai pas eu de problèmes de ce côté-là... Parce que des enfants, on peut quand même pas les laisser. »

L'inquiétude vient de l'ignorance et de l'incompréhension des enfants liées à leur habitude, voire à l'attraction que les pensionnaires exercent sur eux :

« Les enfants sont habitués à voir des malades mentaux. C'est comme les enfants qui naissent aujourd'hui, ils ont à peine les yeux ouverts, ils voient la télévision. » – « Et c'est curieux hein, les enfants se plaisent avec eux. Ils vont avec eux, on peut pas les empêcher. Ils aiment bien s'amuser avec eux... »

Elle tient aussi aux risques que peut susciter l'enfant par son comportement ou le malade par son incurie, son exemple :

« Il y en a beaucoup qui ont des pensionnaires avec de jeunes enfants. Les enfants par eux-mêmes sont habitués avec. Ils ne font pas attention. Il y a peut-être quelques parents qui vont dire : "Tu tâcheras de pas aller vers celui-là ou vers un autre..." Ils sont d'abord plus ou moins propres... Tout dépend de l'éducation des parents. Je n'ai pas à me plaindre vis-à-vis des petits enfants. Y a des endroits où il se produit pas la même chose, ils ont peur. Si on leur laisse des enfants avec eux, ils peuvent avoir de mauvais instincts ou une crise nerveuse, si ils sont constamment en présence d'enfants qui les énervent et qui les interrogent, qui posent des questions embarrassantes. » – « Les enfants, faut les surveiller : y en a qui peuvent n'importe quoi : les emmener avec eux se promener et puis les perdre, les grimper sur quelque chose et les faire tomber, leur faire faire des bêtises ou leur donner quelque chose à manger de... » – « Là où y a des enfants en bas âge, je dois dire, jusqu'à l'âge scolaire, je trouve que c'est vraiment choquant. Pour les enfants, quoi ! Y a leurs manières qu'ils peuvent prendre avec les pensionnaires qu'ils voient. Moi, j'en ai pas, mais j'aurais des gamins, je voudrais pas en prendre tant qu'ils vont pas à l'école... Parce que justement, y a beaucoup de pensionnaires qui se prennent d'amitié pour les enfants. Parce qu'ils ont personne vraiment pour se... ils ont besoin aussi d'affection. C'est comme ça je trouve que les mauvaises manières viennent. Ça se prend par les pensionnaires. »

Intervient également le sentiment des risques liés à une pathologie mentale dont on craint les formes nouvelles plus inquiétantes que l'arriération à laquelle le pays était habitué :

« Ma mère a eu des pensionnaires avant moi. Avant on était avec les pensionnaires. Ils étaient quand même toujours autour de nous. On les taquinait, beaucoup plus que tout à l'heure. Ça a beaucoup changé de ce point de vue là. Les enfants ne les regardent pas maintenant. J'ai un petit-fils il ne savait pas que c'était un pensionnaire. Quand il était

petit, il disait : "Je veux faire deux choses : vétérinaire ou pensionnaire. Je ferai pensionnaire pour faire les commissions de Mami et soigner les petites bêtes." C'était sincère parce qu'il en disait pas de mal. Y en a beaucoup avant c'étaient des gamins, vous savez, ceux qui jouaient avec les enfants... Ils étaient innocents. C'est-à-dire on était plus indulgents à beaucoup de chose parce que c'était quand même des... comment je vais vous dire, des malheureux. Maintenant c'est plutôt des méchants, c'est plus pareil, il faudrait pas. Moi j'interdis formellement aux enfants de jouer avec. »

De fait, la mère ne se sent rassurée, avant que l'enfant ne comprenne les recommandations, qu'au prix d'un contrôle drastique et d'un cloisonnement absolu :

« J'ai pas de craintes pour les enfants : tout le monde se tient par le devers, tout le monde se surveille. » – « Parce que le plus dur, c'est pour un bébé quand il commence à marcher. Là, c'est très dur. C'est à ce moment-là qu'il faut pas habituer le pensionnaire à promener le bébé, parce que le bébé va s'habituer au pensionnaire, après il verra pas le danger qu'il y a. Parce que on a des pensionnaires qui ne sont pas dangereux, on peut laisser les enfants avec, mais on sait pas si on le gardera ce pensionnaire-là... on peut rien prévoir. Et puis, dans la tête d'un pensionnaire, on peut pas savoir ce qu'il peut y avoir hein. Autant que possible, les habituer à pas aller avec les pensionnaires, ça crée des problèmes. Parce que automatiquement, vous savez, un bébé, ça aime être sur les genoux. Si le pensionnaire tient l'enfant sur les genoux, c'est pas possible. C'est pas que je craigne les pensionnaires, c'est pas que je les répugne. Mais je trouve que pour la vie des enfants, c'est bien plus agréable de les élever à se débrouiller par eux-mêmes que de les faire toucher par un malade... Ma fille qu'a onze ans, elle va m'aider, elle va donner à manger aux pensionnaires, tout ça. Mais elle va jamais aller se coller à côté, ni s'asseoir à côté, ça jamais, elle sait que je veux pas. Pour les enfants, c'est fini, ils savent qu'il faut pas. »

Si rigueur et vigilance peuvent s'atténuer à mesure que, grandissant, l'enfant intègre les interdictions qui lui sont faites, ou encore dans le cas où, dans la fratrie, des aînés peuvent le contrôler¹, seule l'entrée à l'école offrira une garantie totale :

« Ça amuse un moment comme ils comprennent (les enfants), quand ils sont à l'école c'est fini. Mais jusqu'à l'école... » – « Il faut pas mettre les enfants en contact. Quand ils sont à l'école y a plus d'inconvénients à prendre des pensionnaires. »

Le fait de l'éloignement assure la protection et rend inutile de justifier une séparation dont l'enfant ne voit pas toujours la nécessité :

« Avec les enfants en bas âge, c'est un assez gros problème. Plus tard, ils comprennent mieux, c'est différent, on peut les raisonner. Ils peuvent comprendre que c'est des gens qui sont pas comme nous. Mais ils comprennent pas suffisamment qu'il faut faire attention, qu'il faut pas s'approcher de trop près. »

¹ Dans le cas où les enfants appartiennent à une même classe d'âge, les bas âges sont beaucoup moins représentés que dans celui où ils appartiennent à des classes d'âge différentes, ceci quel que soit le sexe des enfants.

C'est le groupe de ses pairs qui, à l'école, prendra le relais des parents, transformant l'obéissance en adhésion vitale :

« Nous on voyait ça, on faisait pas attention, on n'allait jamais les trouver bien sûr. À l'école, entre enfants, si y en a un qui allait tout le temps avec les pensionnaires, eh bien nous, on le mettait à part, on lui faisait comprendre. Et puis dans le fond, c'est pas la place des enfants avec les malades. Les enfants sont habitués de tout petits... »

Progressivement, l'enfant intériorise en norme indiscutée l'ordre qu'il subissait, transpose en discrimination une distance étayée sur la crainte dont il ne parvenait pas à saisir la raison. Attendre qu'il ait avancé en âge pour prendre des pensionnaires court-circuite ces phases de surveillance et d'admonestation où la peur se livre à l'état brut. Une peur que son rappel trop constant et explicite à l'attention ferait sans doute intolérable et qu'une régulation spontanée de la pratique du placement estompe en y répondant. Le rapport enfant-pensionnaire rend évidente la dynamique par laquelle l'écart s'originant dans la peur en supprime la conscience parce qu'institué en norme. Cela aussi c'est dit en clair : « Nous, on n'a pas de crainte, comme ils viennent pas, ils rentrent pas à la maison. »

Ailleurs, quand on la croit repoussée, la peur revient, amenant la contradiction dans la façon de penser et de vivre le rapport aux pensionnaires. Au cœur du conflit entre modèles de conduite familial et instrumental ; sous le masque du hasard par lequel on explique la pérennité ou l'échec des relations nourriciers-pensionnaires ; dans le désordre des caractéristiques qui font le pensionnaire bon ou mauvais. Pour l'exemple, arrêtons-nous à une dimension primordiale pour apprécier le pensionnaire, celle de la propreté-saleté. Le bon pensionnaire est toujours propre, le mauvais sale. À se fier à l'échelle idéale des attributs que donne la norme explicite du pensionnaire, on s'attendrait à ne trouver aucun accommodement avec la saleté. Défaut rédhibitoire, elle coûte le plus de travail à la nourricière, dégrade son équipement, nuisant à sa réputation auprès de la Colonie.

Cause de rejet au nom de ces considérations pratiques, qu'elle suscite ou non le dégoût, la saleté est aussi le prétexte allégué au cloisonnement, en particulier celui des repas. Et pourtant, on « l'endure » : elles font nombre ces nourricières qui, malgré leurs affirmations, ont « tout fait » pour garder un pensionnaire d'une saleté notoire. Que s'est-il passé ? Pourquoi cette contradiction entre l'acte et le dire, sinon parce que la saleté, aussi gênante et pénible qu'elle soit, apparaît comme un moindre mal au regard de caractéristiques plus redoutables ? Si l'on suit la démarche que font ces femmes, on retrouve dans le premier temps de l'observation le diagnostic qui imputera la saleté à la nature, la maladie ou l'éducation, puis la tentative pour la corriger et le pronostic sur l'avenir, la pondération enfin qui relativisera l'importance théorique de la saleté. La gravité du cas et son interprétation dicteront l'attitude finale de la nourricière, mais la correspondance entre saleté et folie entraînera alors des distorsions dans le jugement. Si elle

échoue à améliorer le comportement du pensionnaire, la nourricière sera d'autant plus intransigeante que celui-ci paraissait amendable. La persistance, assimilée à un refus, une résistance, traduit alors un potentiel de méchanceté, cet autre visage de la folie qui peut avoir des prolongements dans d'autres secteurs de la vie et provoque le rejet. Quand le comportement paraissait indéracinable, la nourricière se montrera plus coulante à l'égard du cas « de maladie » qu'à l'égard du cas « de nature », parce que l'échec va souligner le caractère aberrant du comportement dans un sens différent. La saleté qui est « chez lui », de caractère, adhère à la personnalité du pensionnaire dont elle exprime un désordre inquiétant et, comme produit ou déviation d'une volonté perturbée, elle colore négativement tous ses actes. La persistance de la saleté « de maladie » renforce par contre son caractère pathologique qui laisse intactes la personnalité et la responsabilité du pensionnaire : « il n'est pas libre ». Il y a plus : tout se passe comme si elle drainait l'essentiel de la négativité de la folie et, en tant que manifestation de la maladie, la saleté est moins inquiétante que d'autres auxquelles elle est préférable. À la limite, elle est rassurante. On comprend dès lors cette nourricière qui, après avoir déclaré : « Un mauvais pensionnaire est un pensionnaire sale », vous parle de son plus ancien : « Vingt-sept ans qu'il est chez moi. Il est tout pas méchant, j'ai pas peur » ; bien sûr : « il est sale, je le tuerais le gars, tous les jours il s'échappe sur lui », tous les jours, depuis vingt-sept ans, le pantalon à laver ! mais : « il est pas méchant, c'est la méchanceté que je crains le plus, j'ai horreur de changer, j'aime mieux en souffrir ». Être sale de maladie n'a rien de menaçant, cela suffit pour s'en accommoder au prix des plus grands désagréments, pourvu qu'ils ne dépassent pas un seuil de tolérance à la répugnance, d'ailleurs assez élevé :

« On n'est pas trop mal montés. Y en a un, X..., qui fait pipi dessus et en un point !... que c'est... Il me rend ça avec toutes sortes de choses, toutes sortes de crasses... Ce matin, j'ai fait la lessive, eh ben c'était encore tout mouillé. Et puis il mettrait pas ses draps à sécher, il enferme le drap, vous savez... ça sent mauvais. La doctoresse dit : "On y sent..." On n'a pas l'habitude, en rentrant ça se sent, et puis l'urine a une odeur forte, je sais pas... On est ben encore après le soigner... on a tout essayé, tout, tout... J'y suis habituée, je demande pas à le changer. Ça a duré peut-être huit jours au commencement, et puis après ça a été toutes les nuits ou à peu près. Je suis habituée, il est pas méchant. C'est-à-dire c'est un gars, comprenez-vous, qui s'il est pas content, eh bien il garde sa colère, c'est une colère rentrée, il ne dit rien, il boude un peu, mais enfin c'est pas grave. Oh puis moi j'aime pas changer. »

La peur fait choisir la peine, renoncer aux utilités, contrevenir à une réglementation fondée sur la détermination matérielle.

Ainsi s'éclaire le désordre apparent que livrait l'analyse naïve de la relation nourriciers-pensionnaires. La réaction au contact avec la folie biaise le fonctionnement des placements et infléchit le rapport aux pensionnaires, tels que les structurent les contraintes statutaires et instrumentales. Elle n'opère pas pour autant dans la pure contingence individuelle et psychologique ou le désordre. Certes, d'une personne à l'autre, le niveau d'anxiété éveillé par la folie diffère, de

même l'importance accordée à telle qualité ou à tel défaut, tel caractère compensatoire. Mais les exemples qui nous ont permis d'illustrer son œuvre montrent, d'une part, qu'elle produit elle-même un système de régulation sociale qui vise à la fois à dominer les inquiétudes et les dangers imaginaires ou réels et diminuer l'acuité de leur conscience ; d'autre part, qu'elle intervient bien comme moteur ou étayage des processus de séparation et discrimination.

Cette mise en évidence d'un ressort émotionnel dans l'institutionnalisation des rapports entretenus avec les pensionnaires débouche sur une série de questions. Tout d'abord la manière d'argumenter les comportements dans les exemples que l'on vient de voir souligne l'importance du rôle qu'y joue la conception de la maladie mentale : il devient nécessaire d'explorer les différents contenus de ces représentations pour expliquer les phénomènes observés jusqu'à présent. En second lieu, si l'organisation sociale s'articule sur les angoisses mobilisées par les images de la folie et le contact avec les malades mentaux, il reste à éclaircir comment s'opèrent les passages entre la défense individuelle et une défense de groupe dont un exemple particulier est donné par la transformation de l'interdiction de contact avec des malades signifiée aux enfants en exclusion de ceux qui l'enfreignent par le groupe de leurs pairs. Isoler les représentations de la folie et les articuler avec la dynamique et la symbolique sociale, tel sera notre propos maintenant.

TROISIÈME PARTIE

LES MONDES DE CES MAISONS-LÀ

Chapitre 5

Connaître sans savoir

« La maladie ? Je ne sais pas. Nous on connaît rien. Ce sont des malades. On sait que ça craint rien, mais on peut pas dire : ils ont ça, ils ont ça. Parce que nous on sait rien. On ouvre le placement, on nous les place, on demande pas ce qu'ils ont ni ce qu'ils ont fait. Du moment qu'ils sont pas désagréables ! »

« Ils ont tous un mystère autour de leur vie. »

« Les maladies c'est à peu près toutes les mêmes. »

« Il faut un certain temps pour les connaître. C'est à la longue qu'on s'y fait. On les considère comme les autres. Puis c'est à la longue qu'on voit comment il faut les prendre. »

[Retour au sommaire](#)

Un trait, frappant de constance, devait marquer tous les discours tenus sur les pensionnaires : la difficulté d'en parler comme de malades mentaux ; plus exactement celle d'approcher, à travers eux, la maladie mentale. Autant se montrait-on prolix à propos de leur rentabilité et de leur rôle, autant manifestait-on de réserve ou de maladresse sur ce chapitre. La gêne, la réticence que manifestèrent nos interlocuteurs à affronter directement, dans la communication, quoi que ce fût du fait psychiatrique transparaissait jusque dans l'énonciation, dans les hésitations, les refus, les mutismes, les fuites devant les questions ou leur retournement, les signes physiques de l'inconfort (rougissement, sueur, tremblement des mains, rires, etc.). Cette forme du silence jetait une nouvelle lumière sur les assertions dont le discours l'entourait. Le profil social du

pensionnaire, si fermement dessiné, tiendrait-il à l'ombre portée de la folie que le regard évite ?

Mais la forme la plus incisive de cette déroboade affecta le registre même de la connaissance. « La maladie mentale ? Je ne sais pas » : de manière générale et d'entrée de jeu, nos interlocuteurs s'interdisaient toute énonciation de type savant. L'ignorance était, dans l'ordre de la représentation, le pendant de l'habitude dans celui du contact avec la folie. Comme si celle-ci, à devenir objet d'un savoir ou d'une formulation explicite, libérait son pouvoir d'inquiétude. Et pourtant, une population aussi imbriquée dans le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique n'avait-elle pas eu l'occasion de forger, sur fond d'expérience directe et de contact avec son personnel, les linéaments d'un savoir ? Les échanges d'information entre nourricières ne favorisaient-ils pas la circulation d'un tel savoir ? L'enquête devait le révéler : il y avait bien des conceptions de ce qu'est et fait le malade mental, de la façon dont il est atteint, de ce qu'est et d'où procède la maladie mentale.

Seulement pour parvenir à ces conceptions toujours livrées à propos d'un objet duel, liant indissolublement malade et maladie, il fallut passer par bien des détours : descriptions concrètes de cas, commentaires sur un événement, un comportement, une expression, récits de vie, etc. Ces conceptions furent toujours livrées indirectement, parfois à l'insu des interviewés et surtout toujours après que l'on se fut heurté à un refus massif de montrer un savoir psychiatrique : « Nous, on ne peut pas s'imaginer le genre de maladie qu'ils ont. »

LE NON-SAVOIR PSYCHIATRIQUE

[Retour au sommaire](#)

À un premier niveau, l'ignorance ainsi affirmée s'explique par une délimitation de fonction. Le nourricier n'est pas un infirmier et le règlement veut qu'aucune précision médicale ne soit fournie sur les pensionnaires au moment du placement. L'obéissance à la règle vient confirmer la sécurité garantie par le contrôle hospitalier :

« La maladie ? Je ne peux pas vous dire. Il faut vous renseigner là-haut. Ce n'est pas moi qui les soigne. » – « On ne sait pas, on ne peut pas savoir, on ne connaît pas leur dossier. Il vaut mieux et d'abord on n'a pas le droit. Enfin y a beaucoup d'ordre, ils sont très bien suivis, c'est administratif. » – « On aime autant pas savoir, de toute façon on sait très bien que, quand ils sont placés, ils sont assez dopés de façon à ne pas... Du moment qu'ils sont soignés, bien polis et tout. »

Quelque chose dans cette discrétion tient du confort de l'autruche : « Sur la maladie, je peux pas vous dire, faut peut-être pas tellement chercher à comprendre. » Le refus de savoir traduit la peur d'en savoir trop, de s'affronter à

une nuisance tapie chez le malade, toujours prête à surgir sous le double visage du délit ou de la crise.

En effet, plus qu'une approche médicale du cas, on entend par connaissance de la maladie, celle de la tranche de vie ou de l'événement passé ayant motivé l'internement et accessible soit par le biais du « dossier », soit par la communication directe avec le malade, l'un et l'autre dangereux à approcher.

Véhiculant toute une aura administrative et légale, le « dossier » se charge d'une information inquiétante et obscure. Déjà, l'usage du terme ambigu « ces maisons-là » pour dénommer les hôpitaux psychiatriques révèle le caractère carcélaire et répressif qu'on leur prête de préférence à une fonction d'assistance et de soin :

« Y en a qui disent qu'on les envoie au Pavillon pour les punir... M^{me} X... s'est fait attraper parce qu'elle a dit qu'on emmènerait un de ses pensionnaires au Pavillon pour le punir. Ils disent que c'est pour le soigner, pas pour le punir... Mais pourtant c'est bien pour les punir qu'ils les prennent... Une fois le gros C... nous avait injuriés, faut voir ce qu'il nous avait sorti comme mauvaises paroles et comme mauvais gestes. On l'a dit à la Colonie et ils l'ont mis tout nu dans la cellule où on met les gens en camisole de force, trois jours comme ça, en sortant, il a plus recommencé. »

De même, ramener la « connaissance » au « dossier » dévoile la maladie mentale comme criminalité :

« On n'a pas envie d'être informé sur ce qu'ont les pensionnaires. Certainement que, dans ces gens-là, y en a qui ont fait de mauvais coups, peut-être des vols, pas des meurtres quand même. On n'aime pas connaître les dossiers. »

D'autant que la constitution du dossier s'apparente à une procédure policière. Le psychiatre dont elle dépend y exerce un curieux talent ; l'entretien avec le patient devient un interrogatoire ; l'analyse clinique une enquête ; le diagnostic un verdict :

« Y a de drôles de cas, vous savez, y avait un malade que le médecin voulait faire parler, je connaissais pas bien son cas, mais il était dangereux et le docteur s'obstinait pour le faire parler. Le malade y voulait pas lui dire ce qui l'avait amené là, et sa vie, absolument rien. À la fin il a parlé, le docteur a mis le magnétophone et l'a enregistré. Le docteur a dit : "Il m'en a dit beaucoup, mais il n'a pas tout dit." Et le lendemain il partait, il pensait qu'il était dangereux. »

L'investigation semble moins faire appel à la science médicale qu'à un art de la question et à un insight quelque peu ésotérique qui vient fonder le pouvoir discrétionnaire du psychiatre au sein de l'appareil coercitif de l'hôpital :

« Je crois que c'est le dossier qui fait tout au départ. Nous en avons eu un qui est resté deux mois. C'est pareil, il était très content, il travaillait très très bien, il était très costaud, il savait s'y prendre, hein, pour le travail. Et on l'a renvoyé ! On a voulu le

faire rentrer à la Colonie, il a fait des pieds et des mains, il a dit : "Non, je ne veux pas rentrer." Il est parti dans le camion avec mon mari, alors que lui il aimait vivre, hein, on essayait de le contenter. Mais le docteur, je ne sais pas ce qu'il a eu, il l'a renvoyé à l'Asile. Il l'avait fait demander, on l'a interrogé, après le docteur l'a gardé. Il a fait une vie du tonnerre en disant : "Je veux retourner chez X..., j'étais très bien, si vous ne me remettez pas je m'évaderai." Alors on nous l'a remis et après il y a eu une nouvelle visite et le docteur l'a renvoyé. Alors j'ai demandé au surveillant qui m'a dit : "Écoutez, il a un très mauvais dossier." Nous on s'était aperçu de rien, vraiment on pensait pas, on n'a jamais eu quoi que ce soit. Alors vous voyez que malgré tout ils sont bien étudiés. Ils savent des choses que nous on connaît pas vite. » – « La preuve qu'on ne sait pas ce qu'ils sont et ce qu'ils ont fait, c'est le cas du garçon qui a tué un enfant. C'est peut-être une idée à moi, mais le docteur psychiatre ne l'a pas reconnu, s'il l'avait reconnu, il serait dans ces maisons-là. » – « Parce que tous les ans y en a qui sortent de la Colonie, que le directeur les fait sortir, qu'il les met dans le civil. Alors d'après lui c'est qu'il reconnaît. Y en a qui ont été reconnus, ça c'est difficile à dire. »

Lorsqu'on ne dispose pas de la maîtrise ou des moyens de coercition du spécialiste, une découverte aussi trouble et troublante demeure inaccessible et indésirable. Le mystère sur son passé préserve la relation avec le malade, écartant de la conscience les menaces qu'on lui prête.

D'un autre danger en sera l'évocation directe avec le malade ou ses proches à l'égard desquels s'observe une réserve toute de discrétion et de prudence :

« Pour le petit Paul, j'ai poussé la question vers sa mère. Elle dit pas. Vous savez bien, on peut pas pousser trop vers les gens, c'est désagréable, ça gêne. » – « Ils ont quand même quelque chose. Heureusement que tout le monde n'est pas comme ça. Mais ce qu'ils ont, c'est le docteur qui peut vous le dire. Moi je fais pas attention, je leur pose pas de question. Oh non, et puis pourquoi les humilier. »

Dans son contenu présumé, le « dossier » révèle une image délictueuse de la maladie qui se prolonge, à travers la réticence à en parler ouvertement, en image infamante. La maladie honteuse réapparaît, avec pour corollaire l'appréhension qu'à voir sa flétrissure évoquée le malade ne réagisse contre son interlocuteur dans l'emportement de la colère ou de la vexation :

« On les questionne le moins possible. Ça serait peut-être pas mauvais, mais ça leur ferait peut-être pas plaisir. Ça leur plairait peut-être pas. Qu'est-ce que vous voulez, ils sont dans les maisons-là, ça pourrait... »

Prudence redoublée par la peur du pouvoir magique de la parole. Parler de la maladie c'est la rendre présente, symboliquement, mais aussi provoquer, par le détour de la remémoration, sa résurgence :

« J'aime pas parler de la maladie avec eux. Comme M... qui est quand même... on peut pas dire que c'est un cerveau, mais on peut quand même parler avec lui et tout. Eh bien autant mieux pas lui en parler. Si des fois il lui reprenait. Il faut quand même s'imaginer que comment un type comme ça, qui a quand même fait un métier, a été au

régiment, c'était quand même un être normal. J'imagine qu'à discuter avec lui, ça pourrait la... Il reparlerait, ça risquerait de le troubler, il repenserait. D'ailleurs, lui si, il en parle bien des fois qu'il a été ceci, cela, mais enfin j'approfondis pas la conversation sur ce point de vue. » – « Je leur ai jamais demandé pourquoi ils étaient dans ces maisons-là. Parler peut leur faire du mal, aggraver peut-être. Parce que y en a qui ont fait certains coups, on aime mieux pas savoir... on sait pas, on pense certaines choses. »

La peur gèle la communication comme elle détourne l'attention et suspend le discours pour que n'affleure pas ce quelque chose encore indéfini que le malade porte en lui et qui semble échapper à la prise de la connaissance.

DES MALADES QUI NE SONT PAS MALADES

[Retour au sommaire](#)

D'une certaine manière, profession d'ignorance et refus d'information situent la folie hors du champ médical. On ne l'analyse ni ne la décrit en tant qu'affection. Par exemple, on n'utilise que rarement une terminologie médicale pour en désigner les formes. En dehors de notions comme « innocence », « alcoolisme », « épilepsie », répandues dans le langage courant, nous n'avons rencontré qu'une dizaine de fois le mot de « dépression », une seule fois « schizophrénie » (et encore chez un parent d'infirmier), « neurasthénie », ou des expressions populaires comme « folie de la persécution », « maladie sexuelle », « maladie syphilitique ». Cette pauvreté dans la dénomination s'explique sans doute par le silence de l'hôpital. Elle traduit aussi une gêne à recourir à des cadres nosographiques, alors que l'on balance sans arrêt, comme nous le verrons, entre la variété de descriptions pointillistes de symptômes et l'unité de désignation de leur cause : la maladie. Une maladie qui n'est pas comme les autres.

« Écoutez, ils ont pas de maladie. On peut pas dire qu'ils sont malades. C'est des gens qui sont anormaux. Ils sont là rapport aux mals mentaux qu'ils ont. Moi, j'y vois pas comme des maladies, comme X... qui est mort, c'était d'une maladie, mais une maladie comme tout le monde. »

De là vient le grief fait aux psychiatres, et secondairement aux parents, de ne pas connaître les pensionnaires pour les traiter « en malades ». La compétence du psychiatre est contestée s'il applique à la folie une approche autre que médicamenteuse ou répressive. À celui qui simplement se mettra à l'écoute du malade, qui prêtera attention à ses demandes, qui se montrera soucieux de ses conditions de vie, il sera fait reproche d'oublier ou de ne pas savoir qu'il a affaire à « un malade », et d'outrepasser ses fonctions, en empiétant sur le domaine des nourriciers :

« On écoute les malades et après quand les dames passent, elles nous font des reproches. Y savent pas ce que c'est des pensionnaires non plus. » – « Il faut être

quand même sévère avec eux. Et puis nous on se rend mieux compte de ce qu'ils sont que le... directeur. Malgré tout, on les a tous les jours, qui disent beaucoup de mensonges. Ce qu'il y a, à la Colonie, ils s'en rendent pas bien compte, ils les écoutent trop. Les docteurs, ils les écoutent un petit peu trop parce qu'ils sont pas au contact d'eux. Y vont y raconter des choses que c'est pas vrai. »

Attitude similaire à l'égard des familles visitant les pensionnaires :

« Quand les parents arrivent, ça les frappe, ça leur fait quelque chose. Les nourriciers comprennent mieux les pensionnaires parce qu'on vit avec, alors que les parents, ils sont là trois ou quatre jours. Comme tous les parents, ils comprennent pas des cas comme ça. Bon leur enfant est malade, ils voient leur enfant à la campagne, bien soigné, sous l'effet du bon air. Ils ne le voient pas comme un malade que s'il était pas traité, drogué, ça irait pas. Les parents ignorent la maladie. On voit jamais son enfant comme il est : c'est un malade, c'est pas... »

Renvoyant dos à dos approche savante et inexpérience, la prétention à en savoir davantage sur la manière de comprendre les malades implique déjà une conception de la maladie mentale dont le pronostic qui oriente l'action et la critique des interventions médicales ou familiales donne les premiers éléments. Ce pronostic pessimiste se base partie sur les présomptions liées à l'internement, partie sur le bilan des tentatives d'adaptation :

« S'ils sont là c'est qu'ils ont quelque chose. » – « D'ailleurs on ne sait pas d'où ils sortent et ce qui s'est passé, mais... comment dire, c'est délicat, peut-être qu'il y a des améliorations, mais je ne vois pas de guérison. J'ai l'impression que s'ils sont à Ainay c'est parce qu'ils en sont là. » – « Y a pas d'amélioration sur le plan mental. D'une certaine manière, ils sont irrécupérables ; d'un autre côté on arrive à les apprendre à faire quelque chose. » – « Vous allez leur dire de faire une chose, ça va pas être pris comme quelqu'un de... normal, on sent qu'il y a quelque chose qui ne va pas. »

Que traduit ce discours sans cesse répété, sinon le caractère substantiel et irrémédiable de la maladie mentale ?

Dire que les malades sont irrécupérables, que la latitude d'éducation est limitée, que « quelque chose » perturbe leur fonctionnement, c'est poser au minimum qu'ils sont atteints dans leur être. Et, si l'on ose se hasarder, peut-être aussi poser que l'atteinte est comme d'une substance :

« Y en a qui s'améliorent, mais ça se maintient, c'est là, c'est là. Y a rien à faire... La maladie est là, elle est là. »

Confirment que la maladie est vue comme nature les distinguos opérés pour désigner le mal et son sujet. Par une double opposition aux « maladies courantes » dont elle tient de n'être pas « une maladie comme tout le monde », la maladie mentale est située et situe dans l'ordre de l'être. Elle-même autre – « Le mal mental, ça gêne pas, c'est différent » –, elle ne s'articule pas au sujet par l'

« avoir », mais par l' « être » : « ils n'ont pas de maladies, ils sont des malades » ; la qualité dont elle marque se fait état : « Ils ne sont pas malades, ils sont des malades. » L'œuvre de la folie, ni transitoire ni extérieure, s'inscrit en l'homme pour se faire condition :

« Celui qui est mort, il disait que, malade d'une maladie, on pouvait s'en tirer, mais que malade du cerveau, c'était impossible, on s'en remettait pas, jamais, il nous avouait, hein ! »

Les reproches adressés aux médecins et aux familles montrent d'ailleurs que la maladie mentale produit une transformation qualitative qui range le malade dans une catégorie à part :

« Ben, ils sont pas comme tout le monde. Ils ont tous quelque chose, ils ont ben tous quelque chose, ils sont tous anormaux plus ou moins. Ils sont tous anormaux. Y en a qui vont vous paraître bien un petit moment et puis après au cours de ce que vous y entendrez dire, vous voyez tout de suite que y a quelque chose. C'est tous des gars qui ont été drogués, qui ont subi des traitements, qui ont eu des ponctions lombaires. Ils ont eu quelque chose. Il y en a de toutes les espèces. »

Catégorie qui relève d'un régime de vie différentiel : « C'est des malades, ils peuvent pas vivre comme nous on vit. »

Toute intervention susceptible de remettre en cause ce régime apparaît comme une erreur de jugement, l'erreur de voir le malade en homme normal. Il dessine aussi l'image d'une nature-de-malade-normal, autrement dit une « théorie » implicite de l'homme et de sa folie. C'est de cette image, telle que la livrent les techniques de comportement et les traitements différentiels réservés aux malades, qu'il faut procéder pour saisir comment se conçoit, se connaît la folie, en dépit et au-delà de la négation première de tout savoir spécifique.

CE QUE CONNAÎTRE VEUT DIRE

[Retour au sommaire](#)

En effet, autant les nourriciers font preuve de réserve sceptique quand il s'agit de formuler quelque chose d'une connaissance générale sur les malades mentaux, autant ils montrent de fermeté en posant comme nécessaire la compréhension, sur le plan pratique, de chacun des pensionnaires auxquels ils ont affaire, et d'assurance quant à leur compétence en cette matière. Ces deux attitudes, loin d'être contradictoires, se font pendant ; pour eux, il n'y a de connaissance que particulière par son objet, sa destination et sa modalité. Ce à quoi ils se sentent d'expérience habilités concerne l'appréhension des traits, attitudes et comportements à travers la singularité desquels chaque cas révélera son « caractère » et sa « nature » de malade. Cette appréhension visera un double but : évaluer, eu égard aux attentes pratiques et psychologiques du nourricier, la marge

de conformité et la latitude d'adaptation qu'autorise la maladie ; découvrir, dans les cas favorables, les moyens de parvenir à cette adaptation et de la maintenir. Dans sa particularité, la compréhension – au sens de connaître et agir sur – engage une connaissance générale, et la façon dont on procède de l'une à l'autre confirme nos analyses antérieures.

Chaque nouvel arrivé au placement s'aborde en porteur de tous les possibles, entre lesquels seul un travail d'approche permet de départager. D'où l'importance d'une phase d'observation :

« Quand on est les premiers jours, on ne sait pas vous savez ! C'est à force de les avoir. On les a. On les étudie un peu. » – « Il faut du temps pour connaître. Si le lendemain on vient vous demander : "Ça va bien, ça va mal", qu'est-ce que vous voulez qu'on leur dise ? »

En focalisant l'étude préalable sur la dimension pathologique de celui que l'on nomme « le malade » et non plus (le pensionnaire », on escompte plusieurs choses. Au minimum, savoir si sa pathologie est compatible avec la vie dans le placement. De ce point de vue, deux types de malades sont vite jugés : dans un sens positif, l'arriéré, et dans un sens négatif, celui qui est très « énervé » (le motif de renvoi immédiat d'un pensionnaire est, à côté de la non-docilité qui se rapporte à la soumission à son rôle, l'énervement, l'agitation, les tics, l'épilepsie qui « donnent la peur »). L'affaire devient plus délicate quand il faut interpréter des traits ambigus, comme certaines formes de silence ou de repliement, certaines manières de regarder. Que sont-ils ? expression de l'inconfort, du malaise ressenti par le malade parachuté dans un nouveau placement, marques d'un naturel timide ou peureux ou, au contraire, indices de ce potentiel de malfaisance que l'on prête si volontiers à l'homme renfermé, sombre, partant sournois ?

« Il se couchait sur l'herbe, plutôt sombre ; je l'ai renvoyé ; j'aime pas les gens sombres, j'ai l'impression qu'ils peuvent être dangereux. »

Que faire alors ? Acclimater le malade et dans le même temps observer « s'il est dur de caractère ou facile, s'il répond plus ou moins, s'il est plus renfermé ». C'est seulement dans une lente analyse que le visage vrai du malade se dégage de la gangue des présomptions comme a su le dépeindre une nourricière :

« Jean, ça fait cinq ans. Au début, c'était pareil. Jean m'avait fait peur. Oh, je me disais : il nous regarde drôlement, je sais pas si c'est un Russe ou un Polonais, alors il a le regard des Russes. Et alors lui c'est un bon pensionnaire, d'une patience, poli aussi. Au début c'est qu'on le connaissait pas. On m'avait dit : " Il vous suit tout le temps du regard, il vous cherche partout tout le temps..." Mais c'était plutôt un homme qui était craintif... Les débuts c'était un homme jamais qui dit rien ... Il fait son travail, jamais il dit rien, il était plutôt craintif ... oh mais il l'est encore... si on lui disait quoi que ce soit hein ! ... Je lui dis rien... mais il serait dans une famille très bousculé, il tomberait malade, on a l'impression qu'il a eu une dépression nerveuse... On ne sait pas très bien, on ne sait pas nous, on ne connaît pas leur dossier... Au début on craignait, parce que

ayant été malade, comme c'est un pensionnaire on ne le connaissait pas. On sait pas ce qu'il peut faire. À ce moment-là, on se doutait bien que s'il avait été dangereux on nous l'aurait pas placé, mais enfin comme on y était pas habitués, comme on l'a pas eu pendant un peu de temps, ben vous savez on se dit : " Il a le regard qui... un peu." Il se trouve qu'on se trompait beaucoup. »

L'observation peut demeurer une attitude constante car même si l'on est incapable de rien percevoir d'alertant, on s'attend toujours à des manifestations qu'il faudra maîtriser ou signaler à la Colonie. D'où une attention vigilante à ce qu'est le malade pour évaluer la portée de tout changement dans son comportement :

« On vit avec, ils sont avec nous tout le temps. On voit si ils sont dangereux, pas dangereux : il faut quand même les surveiller. On a une surveillance. Quand il y a quinze jours, trois semaines, on voit ce qu'ils peuvent, ce qu'ils sont... On est toujours en contact avec eux. Et dès qu'ils sont malades, on les envoie à la Colonie qui viennent les chercher. »

Enfin, et surtout, l'information d'un examen direct est recherchée, dans tous les cas, comme le guide le plus sûr pour parvenir à cette adaptation mutuelle dont dépend la stabilité du malade :

« Ils vous obligent pas à les garder. À vous de voir si vous pouvez les garder. Je les prends comme ils sont, je cherche pas à changer. Quand je demande un malade, je demande un pas malade de maladie incurable, sinon le restant je m'en fiche. C'est moi qui cherche à m'adapter, je cherche comment y faut que je m'y prenne et la maladie qu'il peut avoir, s'il est pas méchant, si je peux m'adapter à lui. »

C'est au prix d'un contrôle sans relâche des réactions du partenaire et des siennes propres, au cours des échanges avec le pensionnaire, que l'on saura choisir dans le répertoire des « techniques d'emprise » celle qui s'avérera la plus efficiente pour surmonter telle difficulté particulière, et « se-faire-une-vie-avec », une vie aussi longue que possible, puisque changer représenterait un nouveau saut dans l'inconnu :

« Quand vous connaissez les malades, vous aimez mieux quand même les garder, parce que eux, ils s'habituent à vous, mais vous vous habituez à eux aussi, vous savez comment les prendre. Le petit jeune, il y a un an que je l'ai eu, il était franchement infernal quand on l'a amené. Tout à l'heure il est pas plus désagréable que les autres. Y a des moments évidemment... on sait très bien qu'ils sont malades. Mais quand on sait le terme pour les prendre ! »

Une vie où adaptation, habitude, veut dire aussi malléabilité, flexibilité, puisqu'il faudra découvrir la bonne manière de s'y prendre qui peut varier d'un jour, d'un moment sur l'autre en fonction des circonstances, du but recherché, de la réponse du malade, du « caprice » de l'instant. En cela, néanmoins, certaines nourricières font preuve d'une rare finesse psychologique pour appréhender les

réactions du malade, et d'une bonne dose de ce qu'elles appellent la « patience d'endurer » pour maîtriser leurs propres mouvements d'humeur. Laissons-leur encore une fois la parole par la voix de cette femme qui voulait « éduquer » son malade et, tout compte fait, y réussit mieux que parents ou autorités :

« Celui qui est très libre, qui est cabochard, eh bien son papa devait venir. Je dis : "Va te nettoyer, tu vas te raser pour venir embrasser tes parents." Je lui ai donné, de l'eau de Cologne. Il s'est pas nettoyé. Le papa lui a dit : "Je t'ai entendu, tu t'es pas nettoyé. Ta nourrice t'a dit de le faire, t'as pas changé." Alors le père s'est fâché. Le père n'a jamais rien pu en faire. Alors le soir, je lui ai dit : "Tu vas te nettoyer, si tu te nettoies pas, t'iras pas dîner avec tes parents." Alors comme ça – "et puis je te donne des vêtements propres" – alors comme ça il s'est quand même nettoyé. Il faut les prendre comme des enfants. Il faut leur dire : "Il faut faire ceci si tu veux cela." C'est pour ça je vous dis, il faut vivre avec, pour vraiment... Celui-ci est plutôt cabochard. Lundi matin, j'ai un polo à mon mari que je lui ai donné. Je l'avais lavé, je l'ai mis dans l'armoire pour si un jour j'ai quelqu'un. Parce que, à la Colonie, c'est pas toujours qu'ils les entretiennent leurs vêtements. Il a repris ce polo. Il s'est décousu, j'ai jamais pu lui faire poser pour le reprendre. Le surveillant a dit : "On te privera de tabac." Il dit : "Je m'en fiche du tabac, y en a ailleurs." Il faut savoir les prendre. Alors hier je l'ai fait quitter en disant : "Je vais le laver. Si tu ne le donnes pas, t'auras pas d'autres pull-overs, t'auras rien d'autre." Il s'était attaché à ce polo. Avant je lui avais dit : "La doctoresse est passée, elle a dit que si tu ne l'enlevais pas, elle te punirait, elle te priverait de tabac. – Ah mais, il me dit, mais ça ne la regarde pas, il est pas de la Colonie." Alors hier je lui ai fait quitter, parce que ça lui a dit. Et je crois que ce soir il l'a repris. Il a trente-cinq ans, mais c'est comme un enfant. Il faut savoir les prendre, ça demande une certaine patience. »

Cet exemple illustre la façon de procéder dans le « savoir-prendre » (sélection, par essais et erreurs, de la technique d'emprise) et le pragmatisme de la pensée : la nourricière a su toucher une fibre sensible chez le malade, son attachement à elle. Mais, pour le manipuler, elle ne le reconnaît pas vraiment. Ce qui implique qu'elle évalue sa technique à son effet, non à la signification qu'elle porte. Il y a plus, l'affectivité sur laquelle elle joue est déniée. Ne doit-on pas voir dans son interprétation, maintes fois retrouvée ailleurs, la marque que la profondeur du sentiment, de l'affect, est refusée au malade ? Cela mérite attention et nous y reviendrons. Cela incite aussi à voir l'œuvre, dans tous ces montages interactionnels, de quelque chose d'une théorie psychologique spontanée qui permet de trancher entre ce qui, dans le comportement observé, relève de la maladie ou d'autres facteurs pour décider des conduites à tenir.

LE PATHOLOGIQUE, LE PSYCHOLOGIQUE ET LE NATUREL

[Retour au sommaire](#)

Comme nous l'avons vu, la conduite du pensionnaire se jauge en fonction de l'origine qu'on lui assigne. Le pathologique est de ce point de vue situé sur le même plan que le caractère, la mentalité ou l'éducation : celui de la causalité. S'agissant de l'enracinement et de la résistance des comportements, la maladie est rangée comme le caractère dans un ordre en quelque sorte « naturel » plus contraignant que l'ordre « culturel » dont participent mentalité et éducation, tributaires du groupe d'appartenance des individus. Le milieu fournit, dans le cas de la mentalité, le cadre normatif qui oriente la disposition d'esprit à l'égard des valeurs de vie fondamentales (travail, effort, coopération, sens des responsabilités, etc.) et, dans le cas de l'éducation, le code des convenances qui infléchit la conduite sociale. Leur origine sociale confère à ces déterminations une certaine plasticité. D'où cette latitude d'adaptation dont les nourriciers estiment jouir. À l'intérieur de marges variables toutefois, car d'autres facteurs peuvent interférer avec ces déterminations sociales ou les renforcer.

On pense ainsi que l'âge a une incidence différente sur la rigidité des comportements selon qu'ils relèvent de l'éducation ou de la mentalité ; les chances d'inculquer de nouveaux cadres de conduite, maximales auprès de la jeunesse, se réduisent à mesure que l'âge avance ou que l'expérience sociale augmente :

« En principe le mieux pour les adapter, c'est ceux qu'on prend étant jeunes. Y a des gens plus âgés qui s'adaptent, mais avec les jeunes on fait toujours mieux ce qu'on veut pour les adapter à quoi que ce soit. Celui qu'a cinquante ans, qui a fait un métier dans le civil, c'est pas pareil. Y a de l'importance. » – « Y a pas grand-chose qu'on peut leur apprendre. Ce sont quand même des hommes. Ils ont quand même leur vie presque faite. Alors c'est difficile de les changer de méthode. »

Par contre, la mentalité chez les jeunes offre moins de prise que chez les personnes âgées, parce qu'elle réfère à des valeurs divergentes de celles des adultes :

« Il y a une grande différence entre les pensionnaires d'avant et d'aujourd'hui : avant c'étaient des personnes comme nous, des travailleurs. Aujourd'hui c'est plus le même genre. Dans les jeunes vous en voyez plus qui veulent travailler. » – « Les jeunes ont pas la même mentalité. Ça se produit aussi avec les pensionnaires et davantage chez les hommes. Ils ont pas tout à fait la même mentalité que les femmes. Ils font pas la même chose, pas le même effort que les femmes. Une femme ça fait davantage d'efforts que les hommes. Et puis les gosses sont pas élevés de la même manière que nous. En campagne, nous, on a été habitués à aller à l'école en vélo. Les gosses on les emmène en voiture. C'est la mentalité des parents qui change, c'est pas discutable. On prend la voiture pour aller n'importe où. C'est pas trop bon pour les gosses, vous leur

accordez ça et le lendemain ils demandent plus. Ils répondent, on laisse faire et le lendemain ils répondent plus. J'endurerais pas d'être répondu comme les gosses répondent à leur mère. Ils se font servir, c'est les parents qui les servent, ils en sont pas meilleurs. Chez les jeunes pensionnaires c'est pareil. Je m'attends à de grosses difficultés. »

Parfois même, différence d'éducation et conflit de générations fusionnent et se redoublent dans une opposition insurmontable entre monde paysan et monde bourgeois :

« Le directeur a été un peu loin pour avoir des chambres bien. Chez nous la table de nuit servait de table à toilette, après il a fallu une table à toilette. Je comprends que y a des personnes qu'on dirait pas que c'est des pensionnaires qu'on leur donne des placements comme ça. Mais y en a qui pourraient être placés à la campagne, ceux qui ont un peu le genre campagne, qui sont pas bourgeois, mais aujourd'hui ils ont de l'instruction, ils sont habitués à la vie d'aujourd'hui. » – « Après en avoir eu des bons, je suis plus bien servie. Les commerçants ils auront les meilleurs pensionnaires. Je demanderais pas un bourgeois, les gens d'aujourd'hui que ça a été en ville, ça a été aux écoles, c'est plus la personne de la campagne. C'est plus les mêmes manières : il faut la serviette. »

C'est pourquoi il arrive que l'effort pour modifier telle manifestation comportementale indésirable, attribuée à la mentalité ou l'éducation, tourne court au profit d'une attitude de repli comme cela se produit face à celles rapportées au caractère ou à la maladie. Mais cette attitude n'est semblable qu'en apparence : ce qu'elle implique de respect ou d'abandon tolérant ne se retrouve pas dans le retrait, souvent synonyme de fuite ou de rejet craintif, inspiré par un comportement d'origine psychologique ou pathologique. Son étayage social, son intervention au titre de modèle, valeur ou code de conduite, sa relative précarité assignent la causalité culturelle à un ordre radicalement différent de celui de la détermination par le caractère ou la maladie.

Ces derniers sont en effet conçus comme principes explicatifs, inhérents à l'individu, échappant à l'influence de toute intervention extérieure :

« Je veux un malade qui soit pas méchant que ce soit par les nerfs ou le caractère. Si y a le caractère qui est là y a rien à faire ; un caractère méchant, c'est qu'il soit là à me dire des sottises. Comme je vois à certaines places, vous savez, toutes les grossièretés qu'ils peuvent dire à une nourrice, ils le disent, même que la nourrice leur dit rien... où c'est qu'y a des enfants, c'est tout de même pas logique. »

Maladie et caractère limitent le rôle des influences du milieu antécédent ou de l'entourage immédiat. Quand elles revêtent une forme inacceptable et quand leur rigidité désigne une origine psychologique ou pathologique, on cherche à rompre l'interaction avec le pensionnaire, de manière provisoire ou définitive. Cependant, à l'intérieur de cet ordre naturel, caractère et maladie reçoivent un statut causal distinct. Toute explication psychologique par le caractère – qui d'ailleurs est le tout

de l'explication psychologique – renvoie à des dispositions qui infléchissent de manière stable et spécifique le comportement orienté vers autrui. La raison du comportement est trouvée dans un certain type de *réactivité sociale* dont l'individu se trouve doté constitutionnellement : « On a tous son caractère par le fait. » Ainsi répondra-t-on à autrui ou à la situation qu'il définit par sa demande ou sa contrainte, selon un mode constant de contentement ou vindicativité, sensibilité ou indifférence, expansivité ou repliement, complaisance ou obstination, gentillesse ou méchanceté, etc. Cette réactivité peut s'exprimer dans des formes plus ou moins policées. Elle ne saurait être modifiée : « quand c'est le naturel de répondre » ou « quand crier c'est chez lui », on est réduit à l'impuissance :

« Si y a le caractère qui est là, y a rien à faire. » – « Ils gardent leur caractère. Quand ils ont un fond d'une certaine façon, faut pas penser qu'on va les changer. »

La détermination par la pathologie s'interprète différemment. Si elle produit des traits de comportement aussi rigides et résistants que le fait le caractère, elle ne se définit pas comme ce dernier par un ensemble de dispositions régissant un secteur limité et spécifique de la conduite. La part d'inconnu que comporte la maladie mentale empêche de la saisir autrement que dans le gauchissement de ses effets, mais elle se repère dans des domaines aussi variés que la conduite sociale, morale ou l'activité pratique. Traitée en état, assimilée à une « nature », elle est en cela radicalement distinguée des déterminations culturelles même si elle est apparue tardivement dans l'existence. Mais elle conserve, à l'intérieur du registre naturel, un statut autonome, parallèle : « Ils ont tous chacun leur caractère. La maladie c'est indépendant. »

Cela ressort particulièrement dans la façon de concevoir l'articulation du pathologique aux autres déterminants de la conduite. D'une part, dans les cas où la maladie est avancée comme explication alternative au caractère, elle l'exclut il n'y a pas interférence, combinaison entre ces deux facteurs « La méchanceté, ça vient par les nerfs ou par le caractère. » De ce qu'il est imputé à la maladie, un comportement perd le trait distinctif qu'il tenait de son appartenance au caractère : l'orientation vers autrui ; c'est pourquoi le fait de s'emporter, « crier », par maladie est moins grave parce que dénué d'intentionnalité :

« Le grand, c'est la maladie qui le fait crier. Mais il est pas méchant pour ça. Quelqu'un qui rentrerait au moment où il crierait dirait j'ai peur, au moment qu'il rentrerait ça lui ferait peut-être peur à celui-là qui connaît pas. Moi j'y fais pas attention, on y répond pas, puis c'est tout. Quand il crie c'est la maladie, il se met en colère, je réponds pas, j'écoute, je laisse faire. »

De plus, le pathologique reste sans incidence sur le psychologique ; la solidité de son enracinement préserve le caractère de la maladie :

« La maladie n'atteint pas le caractère, je crois pas. Ça vient bien de la nature du malade : y en a qui sont contents de tout, que c'est leur caractère quoi. Vous en avez

qui sont vraiment malades et qui sont toujours de bonne humeur. Au contraire, vous en avez que vous pouvez jamais les disputer parce que ça leur fait absolument rien. Tout ça dépend du caractère. »

À la rigueur, la conscience d'être malade peut « aigrir » le caractère ou rendre l'individu plus « sensible » ; l'entrée dans la condition de pensionnaire peut également révéler des dimensions nouvelles du caractère, on parlera alors de son « caractère de malade » en tant que traits psychologiques liés à l'exercice d'un rôle (docilité, crainte par exemple). Mais la maladie n'affecte en rien la structure et les composantes caractérielles qui sont à la source du comportement en société.

Il n'en va pas de même pour l'éducation et la mentalité. Codes et valeurs sociales circulent qu'elles que soient les dispositions psychologiques des individus, et le caractère est considéré comme un élément à mettre en balance avec l'éducation ou la mentalité dans l'évaluation du pensionnaire. Mais il se peut également que certains aspects du caractère majorent, ou permettent un accommodement avec, des traits culturels. Au contraire, il arrive qu'il accentue un décalage de mentalité, mettant en évidence une différence sociale inacceptable pour la nourricière. Tel est le cas de ce pensionnaire dont le caractère orgueilleux et nullement craintif exacerbe l'insoumission aux règles du placement :

« Mon deuxième, il a fallu prendre une décision, lui il nous prenait pour des imbéciles, il était supérieur à nous et on était là juste bons à lui donner... C'était inhabitable avec lui. C'était un être impossible. On me l'avait mis, c'était le dernier essai dans le pays. Y avait de la faute de ses parents qui au début avaient voulu lui faire une vie plus aisée, qu'il soit vraiment heureux, quoi ! Il mangeait à une table à part, il était devenu impossible. Il disait : "chez moi ceci, chez moi cela". Il m'a dit un jour : "Vous avez un sale caractère, vous êtes mauvaise, vous avez qu'une qualité, vous faites bien la cuisine." Il a fallu que j'aille à Paris pour me trouver avec un dominicain qui connaissait ce monsieur et qui m'a dit : "Il est à la vie mentale ce qu'il était à la vie normale". »

Par contre, on impute à la maladie l'échec des tentatives pour faire partager ou admettre certains principes et modèles de conduite ; bien plus, on lui attribue le pouvoir de contrecarrer ou biaiser radicalement ce que l'individu a reçu de son milieu d'origine. Produits du milieu, mentalité et éducation peuvent se trouver altérées par la pathologie, cette altération servant de signe – parfois unique – de la maladie, comme l'explique cette nourricière à propos d'un pensionnaire musulman :

« Alors lui il voulait pas manger de cochon, sa religion le défendait. Et puis, un jour de l'année dernière, pour les vendanges, on était tous au champ. Ma mère avait préparé du cochon en gelée pour le déjeuner. Elle avait pas prévu le cas de ce pensionnaire. Elle dit : "Écoute donc, y a qu'à rien dire, si il crie je lui donnerai un petit supplément d'autre chose." On lui donne de ça, ma mère le regarde, mon mari aussi. Quand il a eu fini de manger, il avait bien mangé, mon mari lui dit : "C'était bon Mohamed ?" Il dit : "Oh oui, patron." Il dit : "Ben tu sais ce que tu as mangé ?" Il dit : "Je sais pas, mais

mon Dieu c'était bon." On avait ri, vous savez ça nous avait fait un moment de distraction. Il dit : "Ben mon vieux, t'as mangé du Hallouf" Il n'a pas répondu. J'ai dit, mon Dieu il va se mettre en colère, j'ai eu peur, ma foi non. Il a dit : Eh ben, ma patronne, c'était bon." Après je lui en ai redonné, il a rien dit. Donc c'est bien pour vous dire qu'il y a quand même quelque chose qui tourne pas rond. »

Ainsi les cadres et catégories utilisés dans l'étude des pensionnaires posent le pathologique comme un principe explicatif autonome. Cependant la maladie, mal définie, n'apparaît encore que comme une force opérante susceptible d'affecter les diverses déterminations et expressions de l'individu. À regarder du côté de ces expressions telles que les décrivent les nourriciers, on devrait pouvoir découvrir comment se manifeste la maladie.

LES SYMPTÔMES DE LA MALADIE

[Retour au sommaire](#)

L'optique résolument pratique dans laquelle on aborde les malades oriente la description des cas de manière à en faciliter l'évaluation et l'on s'attachera, plutôt qu'à l'affection, à ses effets et signes particuliers en chacun. À chaque malade ses traits pathologiques propres, soit massivement évidents comme la prostration animale, soit plus difficilement repérables comme nous l'avons vu. On énumérera alors tous les signes où paraît se cristalliser la maladie, fussent-ils mineurs :

« J'en ai un qui va ramasser de l'herbe aux lapins, c'est une marotte chez lui, c'est quelque chose ; par n'importe quel temps, si ça lui dit de ramasser de l'herbe aux lapins, j'ai beau lui dire, quelquefois je me fâche, je dis : "Vous allez vous mouiller" ou n'importe, mais c'est chez lui. D'ailleurs c'est ses lapins, alors on le laisse faire. » – « J'en ai eu un, je sais pas ce qu'il avait, j'ai pas pu le garder, il était insupportable... il a fait la comédie, il démontait la lampe, c'était sa maladie... » – « C'est une de ses manies, quand il a décidé de changer quelque chose, il faut le changer. Il fait une comédie au point de se déchirer ce qu'il veut changer. » – « Quand ça le prend, il commence par se gratter, faire des petits trucs comme ça, se mettre à genoux. C'est un homme qui est pas bête, c'est un professeur et tout, et puis il est pas bête. Et puis après tout d'un coup il empile les sous, des piles parce qu'il a pas d'argent et qu'il faut qu'il les touche... » – Il était coléreux, fallait rien lui dire. Quand ça allait bien, il était très courageux, quand ça allait bien, tout allait bien. Après quand il y avait quelque chose qui l'avait pas contenté, je sais pas quoi, une lubie certainement, c'était sa maladie, il était d'une humeur massacante, il était impossible... » – « Y en a un chez la voisine, comment voulez-vous il peut pas marcher droit, il faut toute la route, il se tortille, il a un tic. »

La maladie sera également abordée de façon incidente, en notant à propos d'une description de cas quelle zone est plus particulièrement affectée :

« Il manque de jugement, de lucidité, on peut lui faire croire ce qu'on veut. Y a quelque chose qui manque dans la tête. Si on explique quelque chose, ben on arrive à

lui faire comprendre. Mais il faut bien expliquer. Il comprend mais en bien expliquant. Donc c'est quelque chose qui manque là (désigne le crâne). C'est léger là-dedans. » – « Il voyait quelque chose où y en avait pas. Il a peut-être été malade un peu, c'était peut-être la dépression nerveuse... » – « Lui, à part dans la colère, dans les nerfs, pendant les crises de nerfs qu'il aurait brisé quelque chose, mais il l'aurait regretté après. Ça c'était nerveux. On voyait il faisait ça : il prenait des moments un morceau de bois, ou n'importe, il le tortillait... »

Enfin, on assortira telle ou telle description d'une tentative d'explication et l'on se rapportera alors aux conditions et périodes de déclenchement de l'affection :

« La maladie, ça dépend à quel degré, si c'est de naissance ou d'accident... » – « Ils sont un peu lunatiques, c'est la maladie qui agit certainement. Tout ça dépend de l'origine de la maladie, les uns c'est par l'alcool, les autres c'est des déficients tout à fait... Maintenant ça dépend aussi de la nature de l'alcoolisme... » – « Y a quand même des trous de mémoire... les trous de mémoire, ça peut être dû à un chagrin de famille. » – « Les jeunes ont fait quelque chose, mais les autres ils sont malades, ça les prend comme ça nous prendrait... On a bien le temps d'y venir. Y en a que ça les prend plus vieux que nous. » – « Y a beaucoup de choses qui peuvent arriver, par l'alcool, par accident, ça peut être aussi bien un malheur, une mort ou quelque chose... C'est une maladie qu'on attrape par un coup quelconque... »

Entre ces éléments, les concordances et les concomitances ne sont pas toujours stables ni systématiques. Car ce que livrent, de prime abord, les nourriciers reste très contingent, tributaire de l'expérience qu'ils ont tirée des pensionnaires particuliers placés chez eux, de ceux qu'ils « avaient passés » et gardés en mémoire à cause de tel ou tel trait marquant. D'où une première impression de brouillard, où la connaissance, fondée sur le contact avec quelques malades, semble se dissoudre en un nuage de descriptions pointillistes et singulières, sans nulle trace de constantes. Et pourtant, dans les présentations de cas si diversifiées, on fait appel à des modes de conduite strictement réservées et proprement adaptées au malade mental. Et pourtant, précisément parce qu'elles s'étaient sur une base pratique, ces présentations impliquent déjà le recours à des catégories uniformisées.

LE PETIT CATALOGUE DES BREDINS

[Retour au sommaire](#)

D'une part, en effet, cette base pratique dont partent et parlent les nourriciers inclut, outre leur expérience directe et concrète, celle de seconde main transmise au cours des échanges et confrontations qu'ils ont avec leurs pairs et parents :

« Les personnes qui ont des malades chez eux sont appelées à discuter de choses et d'autres envers toutes les personnes qui ont des malades. Tous les placements ne sont pas conditionnés la même chose et tous les malades sont pas pareils, on a souvent l'occasion de discuter... »

Et nous avons vu combien fort est le besoin de communication et d'échanges, quand on ouvre un placement, combien solide la tradition transmise de bouche à oreille, de génération en génération...

D'autre part, la politique de recrutement adoptée par la Colonie avec plus ou moins de rigueur et de stabilité, privilégiant certaines affections, a conféré à certains types de malades une prégnance plus grande qu'à d'autres. Et le jeu concomitant de ces deux facteurs a favorisé la comparaison et engendré les cadres d'une taxonomie sommaire mais relativement consensuelle.

C'est pourquoi des amalgames descriptifs émergent néanmoins cinq types de malades servant de système classificatoire, valable pour tous les pensionnaires. Cette typologie s'est constituée dans le temps par accumulation et décantation ; elle forme aujourd'hui le catalogue d'une espèce autrefois appréhendée sous la catégorie vernaculaire de Bredin que la richesse de l'expérience a rendue caduque. Personnages de toujours et personnages du souvenir y jouxtent des figures plus récentes et des formes où s'esquisse l'avenir. Mais, quoique définies avec une clarté variable, utilisées plus ou moins implicitement, signalées plus ou moins expressément, ces catégories tendent à se généraliser à tous ceux qui, sous un critère quelconque, peuvent y être assimilés. Nous les dénommerons ici par des termes qui, sans être tous d'un usage systématique, sont une désignation spécifique, retenant les plus imagées des expressions que nous avons rencontrées : *l'innocent*, *le maboul*, *l'épileptique*, *le fou mental*, *le gars de cabanon*.

L'innocent, qualification de l'arriéré, est une catégorie fondamentale en ce sens que, utilisée par tout le monde et correspondant effectivement à une part importante de la population placée, elle sert en outre à y introduire un clivage fondamental. L'arriération se démarque nettement de tous les autres types d'affection : quand on parle des malades, on prend soin, au préalable à toute énonciation, de séparer d'un point de vue qualitatif les innocents des autres. Facile à comprendre et simplement conçue selon un schéma admis de tous, l'innocence est rassurante. Qu'elle vienne « de naissance » ou survienne par un « arrêt de cerveau », elle se traduit par un développement mental insuffisant qui ramène l'homme à l'état infantile, voire animal, le marquant de trois traits incontestés : il n'a pas la connaissance, il n'a pas la responsabilité, il n'est pas dangereux. C'est l'idiot du village sans la bizarrerie que l'on retrouve chez le « maboul », ni le potentiel de méchanceté que l'on redoute à divers titres chez les autres. À ces traits sont associées des caractéristiques, positives ou négatives, qui constituent le schéma de base de la maladie par défaut, par « vide », dont nous verrons qu'elle coiffe bien d'autres profils que la débilité.

Si l'innocent n'a cessé d'occuper la scène, *le maboul* et *l'épileptique* sont quelque peu archaïques. D'ailleurs, au premier abord, le « maboul » ne semble pas être un nom générique ; ayant, pendant un temps, remplacé dans le parler local le terme de « bredin » dont il garde les connotations péjoratives, il reste actuellement

d'un emploi discret, surtout devant un enquêteur, quand il n'est pas la dernière injure adressée à toute personne taxée de folie. Mais il conserve chez certaines personnes âgées sa pureté d'emploi qui permet de comprendre comment il s'est enraciné et à quels types de comportement il correspond. Dans cette acception originale retenue ici, « maboul » s'applique à ceux « qu'on voit que c'est des malades » parce qu'ils « gesticulent », « se secouent », « font des signes », « ont des tics », des manies bizarres ou excentriques, parlant, chantant tout seuls, ou mimant quelque scène toujours recommencée. Tels ces premiers malades importés par la Colonie qui produisirent un « choc » dans la population partagée entre l'amusement, l'étonnement, la gêne et la frayeur, contrainte d'employer un terme extérieur pour désigner des aberrations dont l'outrance ne cadrerait plus avec la catégorie vernaculaire de « bredin ».

Entièrement caractérisée par des manifestations visibles d'étrangeté pour lesquelles il n'y a pas d'explication disponible, au contraire de l'innocent, le maboul appartient un peu à l'histoire ancienne car aujourd'hui – à cause des médicaments pense-t-on :

... « on n'en voit plus comme quand j'étais gosse, y en avait un qui faisait continuellement le train, alors il avait une grosse pipe, il faisait sans arrêt le train. Maintenant on en voit plus des malades comme ça, c'est pareil, y en avait qui traînaient toujours un petit chariot », « qui se mettaient sur la route à faire la bicyclette ou agiter un mouchoir blanc », ou encore « qui se baladaient, la poitrine couverte de peaux de mandarine en guise de médailles. »

Mais l'évoquent encore les tics, la démarche ou le geste un peu marqués, et même le handicap moteur, ou simplement le bonjour ou la marque de familiarité adressée au passant anonyme. Cette référence à une image révolue mais fortement structurée, l'accent porté encore actuellement sur les indices gestuels qu'il autonomise, autorisent à considérer comme une classe relativement différenciée les malades présentant des signes d'incoordination ou d'incohérence comportementale, attribués à un dysfonctionnement nerveux dont ils tirent leur caractère « choquant », « impressionnant », inquiétant.

Tel est également le cas pour l'épileptique qui, en fait, devrait être traité comme une sous-classe du maboul, n'étaient l'isolation et la force répulsive de son image. Ainsi que ce dernier, il semble appartenir, au dire de la population, aux lointains de la Colonie, mais demeure présent dans l'imagination comme une catégorie aussi clairement identifiée et distinguée que l'innocent¹. Bête noire du passé, on ne retient de lui que le paroxysme d'une crise, donnant du dérangement nerveux un spectacle de frayeur, qu'on ne peut s'empêcher de conjurer encore : tous l'ont cité

¹ La « frayeur » provoquée par le spectacle d'une crise d'épilepsie a dès l'origine posé des problèmes pour le recrutement des malades. Et le taux des épileptiques a toujours été relativement bas. La distorsion de la perception du nombre des épileptiques autrefois et maintenant donne toute la mesure de l'aura imaginaire qui entoure l'épileptique.

comme *le* malade qu'ils ne voulaient pas avoir, alors même qu'ils se plaisaient à souligner ne plus voir de ces manifestations disparues avec les nouveaux traitements. Où donc cette peur « des nerfs », que l'œuvre en soit appréhendée dans le « détraquement » figé et continu du tic ou dans la « crise » exemplifiée chez l'épileptique, plonge-t-elle ses racines ? Cela est à voir.

Avec le « *fou mental* » et le « *gars de cabanon* » émergent les figures les plus actuelles de la Colonie. Ces catégories visent les cas qui inquiètent faute de pouvoir être identifiés comme fous par un stigmate évident et familier, plus particulièrement ces pensionnaires d'introduction récente que l'on « peine à distinguer des civils » et que l'on classe en fonction de leur attitude sociale. Celle de « fou mental » ou « réellement mental » reçoit chez la plupart des gens un usage réservé à ceux qui, dans leur apparence de normalité, ne s'affichent pas comme récalcitrants à l'ordre colonial, mais dont l'ambiguïté se révèle au détour d'un discours, dans la lueur d'une expression du regard, dans une faille du raisonnement. D'emploi peu répandu, de contenu pauvre et peu élaboré, et par là même menaçant, le terme évoque quelque perturbation localisée dans la pensée : « on ne sait pas ce qui peut leur passer par la tête », aussi bien que la présence diffuse du « mal mental » d'autant plus troublante qu'elle est mal connue. À travers lui, on impute de préférence la capacité délictueuse d'une intelligence faussée donc maligne, ou le pouvoir d'une intention malfaisante ou maléfique perçant dans le « regard fourbe » ou le « visage noir » qui font du malade un objet de crainte à moins que son discours délirant n'atteste qu'il se soit « retiré du monde » et détourné des autres.

Quant aux « *gars de cabanon* » que l'on voit toujours jeunes ¹ ils incarnent les défauts et les dangers propres à la nouvelle génération. Fleurs de prisons :

« Les jeunes, ils ont fait des mauvais coups, les familles les ont fait passer pour malades. Il n'y a aucune tache sur la famille comme cela. On en parle dans les journaux, je connais un garçon qui allumait des incendies. On l'a fait passer pour malade. Ceux-là, on les craint, il faut que les familles aient de l'argent pour cela. Mais les autres, ils sont malades, ça les prend comme ça nous prendrait. »

Leur capacité délictueuse est à la mesure de l'attitude réfractaire qu'ils manifestent à l'encontre de toute discipline :

« C'est des jeunes pris dans des hold-up et tout ce qui se passe dans la région parisienne. Les familles les sortent pas et ils sont transférés dans ces maisons-là. Ils n'ont pas la même mentalité. Ils vous font impression. Ils sont davantage hardis. »

¹ On retrouve à propos de la « jeunesse » de ce type de malade la même distorsion que dans le cas du nombre des épileptiques. La construction sociale du type, toute chargée des anxiétés du groupe, fait émerger des figures envahissant le paysage humain.

Indiscernable d'un changement de mentalité, la maladie se ramène à la déviance morale, qui rejette hors du monde social :

« Les nouveaux malades, c'est pas du tout la même chose. C'est pas des hommes. Ils sont pas bien. Malgré tout dans le temps, y en avait qui quand même pouvaient être malades, mais malgré tout, c'étaient des hommes distingués, des hommes bien. Y en avait pas des maisons spécialisées comme y en a tout à l'heure pour soigner plusieurs catégories de malades. À ce moment-là tout était ici. Y avait l'innocent et puis y avait l'homme bien, tandis que maintenant ceux qui viennent c'est des petits jeunes, c'est des petits gars de cabanon. » – « Les jeunes sont terribles, c'est des têtes un peu sauvages, quoi. Les deux jeunes qui sont passés là, c'étaient des vrais... des sauvages quoi... Ils étaient pas civilisés quoi ! »

Ici se livre le potentiel attentatoire du désordre mental, son versant moral, en marge du cadre social, quand ce n'est pas l'image pure de la maladie-criminelle déjà saisie à travers celle, parapolicière, des « maisons psychiatriques », des docteurs-psychiatres et des surveillants-flics.

Si toutes les descriptions se répartissent, *grosso modo*, selon cette taxonomie, il s'en faut pourtant que ces catégories soient manipulées rigoureusement, voire consciemment, et s'assortissent d'un inventaire précis des caractéristiques correspondantes ou d'hypothèses claires quant à leur agencement et à leur genèse. De ce point de vue, seul l'« innocent » satisfait à la définition d'une classe ; néanmoins, les autres genres fonctionnent comme tels, mais sur le mode implicite. Il s'ensuit certaines confusions dans les discours qui balancent entre l'effort pour dépasser les références particulières aux cas concrets sur lesquels on raisonne, et l'inertie de l'évocation de ces cas qui fournit, comme matériel brut, l'accumulation de leurs détails. Apparentés aux « prototypes », ces types se forment et opèrent de manière différente de celle postulée par la psychologie cognitive. On a affaire, comme le confirmeront nos analyses ultérieures, à une pensée constituante dont l'ordre classificatoire, le plus souvent latent, conjugue résurgences du passé, emprunts aux cadres de l'expérience collective – tous deux médiatisés par la communication – et informations directement puisées dans le vécu personnel. Les traits de ces types sont isolés en fonction d'une théorie sociale de la folie et des angoisses qu'elle suscite. Cette classification se fige d'autant moins que la perception des malades se brouille à mesure que le temps avance, avec l'introduction de la chimiothérapie qui nivelle les comportements, ou avec le renouvellement des pensionnaires dont on craint que :

« Ça va venir que ça va être bien plus délicat, on va même se demander si on va oser en prendre, comme me disait un monsieur d'Ainay : "On ne sait pas si on va pouvoir avoir de vrais fous", qu'on se rende compte que c'est des personnes anormales, qui auront des petits signes de folie. »

Les malades deviennent « atypiques », peu distinguables les uns des autres. Dès lors se produit un amalgame entre leurs différentes caractéristiques qui vient renforcer la tendance, déjà induite par un savoir-faire uniformisé, à les confondre

dans une appréhension unique. Chacun, susceptible de présenter peu ou prou toutes les marques d'une même espèce, reçoit une qualification composite qui emprunte à des images de genre autrefois isolées. Tandis qu'en fusionnant, ces images feront surgir de nouveaux critères destinés à maintenir évidente une distinction d'espèce que nul signe ne vient plus indiquer.

Ainsi s'est peu à peu précisé comment s'entend, chez nos interlocuteurs, « connaître ». Un connaître qui véhicule des stéréotypes locaux, les figures présentes et passées d'une imagerie collective, aux facettes plus ou moins différenciées. Un connaître qui, partant du commerce quotidien avec le malade et orienté vers lui, prend la forme d'une sagesse d'expérience, le mode d'un raisonnement pragmatique. Mais aussi un connaître lourd de présuppositions sur la maladie, engageant, à travers elles comme à travers une psychologie naïve, une « image de l'homme-fou ».

Chapitre 6

Les trois versants d'un même état

*« C'est des malades de chair et d'os comme nous. »
« Ils sont incapables d'être comme nous,
incapables de se diriger. »
« Incapables de gagner leur pain, fonder un foyer,
tracer une vie. »
« C'est des durs. C'est pas des ch'tis gars, mais ça
y ressemble. Ils feraient facilement des bêtises. Y en a
beaucoup de pareils, ils se montent la tête. »*

[Retour au sommaire](#)

Présupposant une différence radicale entre malade mental et individu normal, l'établissement d'une manière spécifique de traiter et prendre les pensionnaires affirme en même temps une similitude : « C'est du monde comme tout le monde, il faut savoir les traiter comme il faut. » L'imposition d'un ordre est reconnaissance de la qualité d'homme : « On leur donne une éducation de pensionnaires, il faut quand même pas vivre avec eux comme si c'étaient des bêtes. » Cependant, à considérer les moyens privilégiés dans le traitement et le contrôle social des pensionnaires, cette qualité apparaît sans cesse menacée, dans la plénitude et la dignité de ses attributs, par la maladie. Nous sommes en présence d'un ordre à part pour hommes à part, présentant des caractères affines avec ceux du monde animal, du monde de l'enfance et de « races » ou « populations » exogènes.

DES MONDES DE CHAIR ET D'OS

Ces rapprochements vont s'effectuer sur le fond d'une communauté jamais désavouée, celle de l'espèce. Ce que ses congénères cèdent le plus volontiers au malade reste une fraternité de corps. Sans boutade et au sens propre : « C'est des mondes de chair et d'os comme nous, il faut les prendre comme nous. » Dans l'emploi du terme « monde », le passage du singulier (du monde comme tout le monde) au pluriel correspond à un déplacement d'accent : l'assimilation collective cède le pas à la qualification distinctive selon un type d'organisation. Ici, la métaphore qui unit les créatures humaines dans leur finitude se prend au pied de la lettre : « la chair et les os ». C'est bien sûr la matérialité du corps, sans âme et sans

esprit. Mais plus encore, cela désigne la part organique qui, plus petit commun dénominateur entre le malade et les autres, l'en démarque par sa dominance. Quoique variable selon la gravité des cas, cette dominance traduit toujours un agencement spécifique du système qui fait du malade un monde, un « microcosme », distinct.

L'analyse que les nourriciers font de l'activité et des ressources des pensionnaires révèle un schéma du fonctionnement biologique où l'organique s'articule à deux instances indépendantes : le *cerveau* et les *nerfs*. La dominance de l'organique rend compte et, tout à la fois, reçoit son explication du jeu différentiel et souvent antagonique de ces instances. Dans sa forme la plus radicale, cette dominance ramenant l'individu à la seule dimension biologique implique des manques et s'explique par un manque. Le malade semble ne connaître qu'une vie purement végétative, régie par des besoins élémentaires : « Bien manger, bien dormir, c'est tout ce qu'ils demandent. » Le corollaire et le signe le plus frappant de cet état se trouvent dans l'inaction :

« Ils sont constamment couchés sur le bord de la route. Ils vivent un peu comme des bêtes. Ils se préoccupent que de manger. Ils sont piqués là, comme un morceau de bois sur le bord de la route. »

Dans cette passivité qui souvent le réduit à la prostration :

« J'ai le petit J. là. Il est ce qu'il est le pauvre, c'est pas que je le critique ou que je m'en moque. Mais il est tout vilain, tout accroupi. Il doit bien être par là à dormir dans un coin »,

le malade est plus proche de l'animal que de l'homme :

« Y a certains malades que je préférerais de beaucoup beaucoup les voir morts que comme y sont... Ils n'ont pas de vie, c'est comme des bêtes, ils sont là comme des bêtes. Ils font rien, rien. Ça boit, ça dort et ça mange... »

Réservées aux cas qualifiés les plus graves, les descriptions de ce type font pendant à des conduites de commandement impératif, visant à obtenir une obéissance aveugle plutôt qu'une coopération : « Il faut arriver à les dresser, y a pas, faut les dresser. » Comme avec l'animal. La discipline s'impose par la « crainte » et la « menace » plutôt que par des renforcements positifs. C'est que cette absence de vie qu'est la vie organique est, par-delà l'absence d'œuvre, privation d'une dimension fondamentale, la dimension hédonique, source de l'activité et du lien social :

« Ils sont quand même pas tous dans ce cas-là. Vous avez quand même des malades qui prennent un peu de plaisir, qui vont essayer de faire quelque chose... se promener, faire un petit bricolage à droite ou à gauche, pour se passer le temps, se distraire... »

L'accès au plaisir signifie l'entrée dans le réflexif. S'y manifeste l'amorce d'une « compréhension », d'une « connaissance » par la capacité de se distancier du fonctionnement corporel, finaliser l'action dans la recherche des satisfactions qui est également la base de l'échange social. En deçà, l'être que nulle conscience de soi n'anime ou n'oriente est livré aux impulsions de son organisme ou aux contraintes que l'environnement fait peser sur lui. L'autorégulation de la vie végétative exclut la relation sociale. Dans l'opacité organique, il n'y a de prise imaginable que sur une seule sensibilité : la crainte de ce qui est attentatoire à la paix biologique par la privation ou la douleur. D'où le recours aux renforcements négatifs et l'appel à la frayeur.

À ce degré zéro de l'existence humaine, le manque d'activité concertée et de plaisir signe l'œuvre de la maladie dans l'absence d'une direction réflexive :

« C'est la maladie qui est là. C'est différent. Y a plus de raisonnement, je ne sais pas s'il se rend compte qu'il est là. S'il se rend compte que quand il pleut, il serait mieux d'être à l'abri que sous la pluie, un chien se rendrait compte. C'est l'esprit, le cerveau qui est vide. »

L'automatisme et la dominance organiques donnent la mesure de la défaillance du cerveau. L'activité cérébrale reçoit ici sa spécification fonctionnelle fondamentale. Avant d'être appréhendé comme siège de la pensée, en quelque sorte référé à une production propre à la vie mentale, le cerveau est saisi comme instance de contrôle de la vie organique et de la vie active :

« Tout ça vient du cerveau, ça les commande plus. Y a quelque chose qui les empêche... c'est des malades... »

Faute de cette direction, non seulement le malade est en proie à un jeu spontané et le plus souvent excessif des besoins de l'espèce :

« Ils ressemblent quand même pas les gens normaux, même sans... y a un genre... Ils ont bien tous un peu quelque chose. Et puis y a une autre affaire qu'on a oublié de dire. C'est que c'est des gros mangeurs, je voudrais vous faire voir ce qu'ils peuvent manger... Ils sont tous pareils. À les regarder faire, y en a pas qui se modèrent... L. il se fout pas mal de... vous pouvez pas vous faire l'idée de ce qu'il peut manger... Il est maigre comme un clou. Il vous dira que c'est pas vrai, mais faut y voir... Nous on voit pas, parce qu'il travaille, si il mangeait pas, il se perdrait » ;

mais il subit également le cours irrépissible du fonctionnement corporel :

« Ah mais celui-là il était sale sur lui que ça faisait des difficultés. C'était pas sa faute, il était pas libre, il pouvait pas commander C'était la maladie chez lui. »

Jusqu'aux tentatives de se livrer à une activité rudimentaire qui vont porter la marque de l'automatisme et de l'impulsivité organique :

« Il faudrait pouvoir les faire travailler. Y vous disent oui. Y vont se mettre après faire quelque chose, une supposition scier du bois ou des petits trucs comme ça que vous allez leur montrer pour les désennuyer, leur chasser le cafard. Eh bien pensez-vous ! Y vont scier un morceau ou deux de bois et puis c'est fini. Ils vont ficher le camp, laisser tout en rade et ficher le camp... Le cerveau commande pas au corps. C'est le cerveau qui est là qui commande pas du tout. »

Mais si elle se suffit à elle-même, l'autorégulation biologique ne s'étend pas à l'ensemble de la vie. Et la défaillance du cerveau, abandonnant le corps à son inertie et ses exigences, livre le champ au déploiement d'une autre force, celle des nerfs. Instance indépendante, les nerfs vont alors dominer l'organisme dans son rapport avec l'environnement. Dans ce cas, toute intervention directe et immédiate sur l'activité du malade risque de déclencher une réaction d'énervement. Autant la menace d'une privation ou d'une punition peut être un moyen d'adaptation efficace, autant le reproche, la réprimande, l'admonestation sont-ils inappropriés avec un malade qui, inaccessible à la raison, vit sous l'empire des nerfs et « se bute » :

« Si par hasard, ça m'arrive qu'ils me font une sottise et que je les gronde, on voit que ça les énerve tout de suite... À quoi sert les énerver, y a qu'à laisser. Ils sont plus facilement énervés, plus facilement violents que d'autres. Déjà nous on vit sur les nerfs, alors ces gens-là qui sont déjà malades mentaux. Là c'est pire. Je préfère quand un me fait une grosse sottise, quand je leur donne leur dessert, les autres ont leur dessert et lui il l'a pas. C'est la plus grosse pénitence qu'on peut leur faire sans leur faire de méchanceté. » – « Il faut les laisser libres, pas les obliger, sinon ils se butent, si je les bute, ils sont perdus, ils se mettent en colère, ils crient, ils sautent... »

Assurant le règne d'une fantaisie obscure, en correspondance étroite avec la nature, la toute-puissance des nerfs scelle une nouvelle fois l'animalité des malades que nulle instance sociale n'entrave :

« Ils sont un peu lunatiques, c'est-à-dire la maladie agit certainement. Le temps agit beaucoup sur eux. Nous en avons deux, ils sont très sensibles au temps. » – « Et principalement, le temps orageux, le changement de temps. C'est des trucs qui agissent. Le changement de temps surtout. Ça les énerve, on voit que c'a agit réellement sur eux. Un peu comme les bêtes quoi. Parce qu'il y a pas de contrôle du cerveau. Ils peuvent pas réaliser. Y a rien à faire. »

Et dans le jeu des forces matérielles, les nerfs, vecteur entre l'élément cosmique et l'élément pulsionnel, dévoilent leur articulation à la sexualité, chez les femmes surtout :

« Les femmes agissent davantage sur le temps orageux et le changement de lune. Un jour chez mes beaux-parents, ma belle-mère rentre et la pensionnaire lui donne deux gifles, le beau-père rentre et il attrape deux gifles. Il est arrivé à lui donner une gifle. Il a eu le dessus avec une gifle. Ça l'a refroidie, calmée. » – « Les femmes sont plus nerveuses, malgré qu'elles sont assez droguées. Ils ont tous l'humeur sensible. Plus chez la femme que chez l'homme. Un après-midi d'orage, y en a une qui s'est

déshabillée au milieu du bourg, elle se promenait en slip. Le changement de lune se remarque sur les nerfs. Si elle s'est déshabillée, c'est dû aux nerfs. »

Ainsi l'analyse de la dynamique du comportement des malades jugés les plus atteints livre-t-elle une double représentation. Tout d'abord celle d'un *noyau fonctionnel* de l'organisme humain. Élémentaire, cette structure ne comprend que les niveaux biologique, cérébral et nerveux, eux-mêmes définis uniquement par une activité régulatoire. Basique, elle s'agence comme un système de forces dont l'équilibre est fondamental pour l'élaboration et la différenciation de fonctions supérieures. Au sein de ce système, le cerveau reçoit un rôle primaire et primordial de contrôle sur la vie organique et active et la maîtrise des nerfs. Ensuite une représentation des effets produits dans cette structure par la maladie mentale. Celle-ci modifie l'importance relative des trois instances et leur rapport. La dominance organique devient le symptôme d'un dysfonctionnement du cerveau et un renversement de forces au profit des nerfs. « Perdu », c'est-à-dire privé d'une commande cérébrale et livré à la domination des nerfs, le malade bascule dans l'animalité. Et quand bien même son activité attestera d'une moindre perturbation, elle suivra un cours infléchi par cette marque d'état.

GROSSE BOUFFE, DOUCEURS ET TABAC

[Retour au sommaire](#)

C'est ce que font ressortir, dans leurs contenus, les échanges qui se nouent avec le pensionnaire à mesure que lui seront reconnues de plus amples dignités, dont la première, nous l'avons vu, est la dimension hédonique avec ce qu'elle implique de capacité à « se rendre compte ». Que se passe-t-il quand le nourricier repère cette dimension chez le pensionnaire ? De quel ordre sont les « plaisirs » qu'il estime lui être accessibles ? D'abord, cette reconnaissance traduite en termes de « considération », de respect humain, s'exprime dans les conditions matérielles de la vie des pensionnaires. C'est du moins le sens que revêt la transformation d'esprit associée à la petite « révolution » provoquée par l'administration quand elle a institué une réglementation et une surveillance de l'hygiène, du confort et de l'alimentation dans les placements. Avant elle, selon divers témoignages, l'assimilation de l'état du malade à la bestialité » a trouvé un écho direct dans son régime de subsistance :

« Y avait des placements que c'était pire que des chiens. Ils étaient considérés comme des bêtes. Y z'y donnaient à manger comme aux chiens, j'ai vu tourner les pommes de terre dans la casserole avec le crochet du bois, ça m'avait tellement dégoûtée... ces gens-là ils vivent comme des bêtes. Les lits qu'on a vus quelquefois !... Ils avaient des vieux bois de lit avec des paillasses, de la toile avec de la paille dedans qui remplaçaient les sommiers... sales ! C'est des êtres humains, on peut pas leur donner des beefsteaks matin et soir et tous les jours... mais qu'on les nourrisse, qu'on les considère comme des gens... comme des êtres humains. »

Les aménagements matériels apportent un surcroît qualitatif à la satisfaction des besoins élémentaires de l'organisme. C'est encore sa dominance qu'ils enregistrent comme d'ailleurs les menues attentions qui viendront agrémenter le quotidien. Tout se passe comme si la maladie concentrait le plaisir autour de l'oralité :

« Il aime les bonbons, je lui achète un paquet, ça le contente. » – « Tous les pensionnaires aiment la pâtisserie et les sucreries, les desserts. C'est la maladie qui fait ça. »

La tasse de café, la galette, les petites douceurs, « c'est le mieux qui les contente », comme le tabac :

« C'est un fumeur le mien, comme beaucoup, c'est sa satisfaction, il peut pas s'en passer. C'est un leitmotiv pour eux de fumer. Ils ont besoin de fumer. Si on veut leur faire une récompense, y a qu'à leur donner un cigare, ils veulent pas autre chose, ils préfèrent ça. »

Les satisfactions orales deviennent, par là même, un médium privilégié pour l'établissement de l'échange et de la communication sociale. Le nourricier en jouera comme de la première corde sensible chez le pensionnaire, qu'il cherche à conquérir sa sympathie, le mettre à l'aise, donner un signe de son intégration familiale :

« Ça les encourage, un verre de café, un gâteau, ils aiment bien ça. Il faut peu de chose pour qu'ils prennent confiance envers la personne. » – « À quatre heures, il vient demander à manger, un jour il vient, il dit comme ça : "C'est comme si j'avais faim, mais j'ai pas faim de pain, j'aimerais mieux des gâteaux." vous savez, moi, c'est comme les gamins. Je lui donne un gâteau ou ce que j'ai. Ça ils sont privés de rien, ils sont comme nous. Du reste, c'est la même nourriture, j'en aurais mal au cœur de manger... ça fait quelque chose, c'est comme pour les enfants. C'est des pensionnaires, ils partiraient de chez nous, ils seraient malheureux, c'est pas partout qu'il y a des vies familiales. »

Mais surtout, on y verra la motivation fondamentale sur laquelle s'appuyer quand il s'agira d'adapter le pensionnaire :

« Et puis, c'est pareil, il faut savoir le prendre. Y a des bricoles qui font plaisir. Si je fais de la galette, ils ont de la galette, ils sont contents. » – « L'autre qui a été changé parce qu'il se disputait avec la nourrice, moi il m'écoute bien. C'est la manière de les prendre, on va lui faire un gâteau, il le mangera avec les autres ou avec nous, il est content. C'est pas des chiens, surtout qu'ils ont pas de distractions. »

De même, si l'on veut faire appel à sa coopération, l'inciter à l'effort :

« Dans le moment des foins, c'est bon qu'ils soyent avec nous. Ça les rend plus gentils quand ils font quelque chose de pénible et qu'on emporte un litre et qu'on leur donne un canon. C'est une merveille pour eux. »

Dans cette vision de la dominance organique, l'importance conférée aux besoins et satisfactions alimentaires remplit une double fonction sémiotique. D'une part, elle est le signe de la gravité du dysfonctionnement cérébral. D'autre part, elle restera, jusque chez ceux qui sont jugés proches de la normalité, le signe de la permanence d'un état pathologique et celui d'une pensée « égoïste », indifférente à autrui, étrangère à la norme sociale, coupée du monde :

« Celui qui est parti, quand ça lui a pris sa maladie, il était un peu fou vraiment... C'est comme pour le déjeuner, je lui portais un bon déjeuner, je lui disais : "Eh bien", dans deux minutes... ça goûte pas ce qu'on apporte, en deux temps, trois mouvements, il avait déjà rapporté son plateau... fini de manger... L'autre il dort toute la journée, le matin il se lève pour déjeuner, sitôt après il se couche tout l'après-midi. Après je leur apporte à dîner à 7 heures, sitôt qu'il a fini, il se met au lit. » – « Y en a qui sont vraiment malades mentaux, alors ils se rendent pas compte, ils peuvent manger comme une bête. Y en a un chez nous, L., qu'est de ma classe, lui il a pas de médicaments, il a rien, c'est de tout jeune qu'il a perdu ses parents, il a été cultivateur tout le temps. Mais on peut le faire manger à le faire étouffer, ça a pas besoin d'être bon, c'est la quantité. » – « Parce que faut voir un petit peu ce qu'ils se coltinent. Y en a pas qui mangent pas beaucoup. Ils sont tous comme ça... ceux qui sont là à table avec nous. Y a des fois que c'est embêtant. Parce que si je vous disais que même celui qui a un bon état d'esprit, il vit que pour manger et boire. Pour avoir du monde, hein, on l'a vu, quand on a eu du monde, il attendait pas d'avoir plus de viande dans son assiette, il en prenait trois morceaux, quand il en restait un, il retournait en chercher d'autres... Les jours de la batteuse et puis qu'y a du monde, il va prendre les meilleurs morceaux du plat. » – « Ils s'intéressent moins, ils s'intéressent pas tellement à la vie, à la vie normale, y cherchent pas à approfondir bien les choses, ils vivent comme ça, ils mangent, ils dorment et puis c'est tout. Rien ne les intéresse. S'il y a quelque chose dans le pays ou n'importe, ils viennent pas non plus, les tournois de sport, les trucs comme ça... Tout ça dépend, y en a qui vont aux fêtes mais enfin... Y a une différence je crois qui est due au fait de la maladie, principalement. »

Autant de témoignages des limites et des déviations du fonctionnement cérébral qui viendront corroborer d'autres indices repérés dans l'activité courante, le travail ou le comportement social.

NAVIGUER ET SE DIRIGER

[Retour au sommaire](#)

Également révélatrice de l'état du malade sera l'activité pratique, secteur d'observations particulièrement riches étant donné les avantages et le réconfort que les nourriciers trouvent dans la capacité pragmatique des pensionnaires. Toute une gradation de comportements va traduire le niveau de contrôle et de ressources assigne au cerveau ou l'influence des nerfs.

Au seuil de la léthargie animale, le malade ne paraît pouvoir se livrer qu'au plaisir du mouvement, dans l'ivresse de la liberté :

« Eux ici, ils se figurent que c'est comme une sortie. Eux y s'estiment heureux d'être ici. Rôder comme ça, naviguer. »

L'explosion d'une énergie physique, non canalisée par un but, va donner lieu à ces marches vagabondes auxquelles les habitants sont si sensibles :

« Ils ont besoin de détente, de sortir. Ils peineraient à rester assis toute une journée. Faut qu'ils marchent, faut qu'ils rôdent. Pas qu'ils restent enfermés. »

Si l'errance qui tant inquiète est souvent la marque la plus claire de la folie, c'est qu'elle exprime, à part le déracinement, l'impulsivité et le désordre d'une nature non maîtrisée ; s'y conjuguent l'instabilité des nerfs et la défaillance de la commande cérébrale :

« On peut pas dire qu'ils sont stables pour garder les bêtes. Ils peuvent pas être laissés seuls. Il faut qu'ils naviguent. »

La façon dont la déambulation sert à distinguer le pensionnaire du civil montre qu'on ne conçoit guère que puisse être complètement dominée chez le malade, cette pression interne et aveugle au mouvement, proche parfois de l'agitation :

« J'en ai un quand ça le prend, il va se mettre à sortir dix fois dehors. Et puis il est là à faire "Pfpt, pfpt". Qu'est-ce que vous voulez, c'est de maladie. Et il voyage, il va à Paris tout seul. Et il peut pas rester en place. » – « Y en a qui changent sans arrêt, c'est leur manie, ils changent de placement comme de chemise. C'est plus fort qu'eux, faut qu'ils changent. »

Du moins semble-t-elle convertible en une activité cohérente pour autant que la fonction régulatrice du cerveau n'est pas trop perturbée. À la promenade dont la vertu est de distraire, « désennuyer », se substituera le déplacement utile qui occupe l'esprit, comme tout accomplissement de tâche, dès lors que le malade est capable d'orientation spatiale :

« Ma tante, quand elle a pris ses premiers, on lui en a amené un, il voulait pas rester. C'était l'innocent fini, elle l'a eu jusqu'à ce qu'il est mort. On lui avait dit : "Vous allez venir le chercher en voiture et puis vous ferez des tours pour le brouiller." Alors elle a pris le cheval et elle a fait des tours pour pas qu'il trouve le chemin. Il avait son capuchon sur le dos debout dans la porte dès qu'il voyait atteler le cheval. Et puis, ça s'est passé, il s'est habitué. Après il faisait les commissions. Il appelait tout le monde à sa façon, tout le monde était baptisé à son idée. Ses habitudes étaient ses habitudes. *Tout en étant perdu, il avait quand même une intelligence pour se diriger.* »

D'une certaine manière, le comportement est l'expression directe et littérale de la fonction. On fait ce que l'on est. L'aptitude, son niveau, ses limites, sont tout entiers présents dans l'exercice de l'activité.

C'est pourquoi le travail des pensionnaires revêt tant d'importance. Indépendamment de sa rentabilité, il vaut toujours par sa signification. À la fois indicateur de l'état du malade et moyen d'en canaliser les manifestations, le travail rassure. D'abord en ce qu'il détourne le cours de la pensée des ruminations morbides :

« Ça désennuie, ça change les idées, ça leur occupe les idées. Ils n'ont pas à penser à... je sais pas à quoi ils pensent, mais enfin ça les empêche de s'ennuyer. » – « Un pensionnaire qui travaille a l'esprit occupé, il pense pas à faire du mal, il a l'idée à ce qu'il fait, il crie pas. Si il est inactif, ça l'en passe là-dedans ! »

Ensuite en ce qu'il draine l'énergie nerveuse et endigue le danger de violence :

« Le grand qui est extrêmement énervé, s'il venait à travailler, ça y calmerait les nerfs, lui ferait du bien. »

Mais surtout en ce qu'il est la preuve que le pensionnaire n'est pas trop atteint dans son équilibre fonctionnel : « Un malade qui travaille n'est pas à craindre » puisque l'instance cérébrale, assez forte pour orienter l'action, doit l'être pour « gouverner » les nerfs :

« Celui qui travaille oublie, arrive à oublier plus facilement. Mais celui qui pense toute la journée, qu'est là à rien faire, il est pas guérissable celui-là. D'ailleurs celui qui travaille pas est vraiment malade. Celui qui travaille arrive à s'en remettre un peu. Tout ça vient du cerveau, ça les commande pas. Y a quelque chose qui les empêche de travailler, je sais pas. L'autre là, il essaie mais il peut pas, je vois, il écoute des bruits, ça le dérange et puis il s'en va, c'est fini. »

Malgré ces garanties, il s'en faut, et de loin, que le travail apporte l'assurance de la normalité. Car quel que soit le niveau de compétence démontré par le travailleur-malade, on trouve toujours, dans la manière d'exécuter les tâches, des carences témoignant d'une incapacité fondamentale à être comme les autres.

La gradation des tâches confiées aux pensionnaires s'ordonne à celle des niveaux d'organisation fonctionnelle et de capacité intellectuelle ou pratique qui leur sont reconnus. Dans le domaine du travail, on retrouve la même différenciation que dans le domaine alimentaire : dans certains placements, subsiste l'habitude de donner aux malades des tâches affligeantes qui le ravalent au niveau de la mécanique :

« Dans le coin y en avait un, y trouvaient le moyen d'y faire tuer les corbeaux toute la journée. Aller du bas du champ jusqu'en haut, sans arrêt, depuis le matin jusqu'au soir, pour éviter que les corbeaux mangent le grain. Vous croyez que c'était du travail

ça ? » – « Y a des façons de traiter les malades. Y en a un qu'on lui faisait couper la glace des mares avec les doigts. Il a fallu lui couper les doigts. »

En ce qui concerne l'activité motrice, le passage de la déambulation à la promenade puis aux « commissions » correspond au passage de l'incohérence à l'orientation en fonction d'un but d'agrément ou d'utilité. La responsabilité laissée au malade dans cette forme minimale de travail que sont « les courses » variera avec la confiance que l'on accorde à son intelligence et à son honnêteté. Les courses peuvent être simples et identiques d'un jour sur l'autre – chercher le pain, le lait dont la nourricière a fixé une fois pour toutes la quantité avec le marchand – ou varier en nature et en nombre selon les besoins du moment pour peu que le pensionnaire puisse s'adresser à divers fournisseurs, et retirer des commandes passées à l'avance ou, mieux, faire directement des achats conformément à une liste de courses, le règlement des emplettes se faisant « au carnet », sans manipulation d'argent, ou au comptant. Tout cela dépend de la capacité de lire, de compter, d'enregistrer plusieurs choses à la fois, s'en rappeler, d'exprimer clairement, etc. Il en va de même pour l'activité productrice qui s'échelonne depuis le coup de main donné à la maison ou à la ferme jusqu'au partage d'un véritable travail, voire au professionnalisme. Et c'est dans ce domaine que s'expriment le plus clairement les jugements restrictifs sur le fonctionnement mental des pensionnaires.

Ainsi juge-t-on que le malade présente assez de « compréhension » et de « tranquillité » pour s'attacher à une activité définie (faire le ménage, s'occuper de la basse-cour, du bétail, etc.), que l'on réduit sa capacité d'exécution à des tâches parcellaires, mécaniques et sans initiative. Ceci pour différentes raisons qui désignent soit des insuffisances, soit des perturbations mentales. Tout d'abord « c'est le cerveau qui est vide », c'est-à-dire ne connaît rien faute d'avoir appris, pouvoir acquérir et surtout appliquer des connaissances :

« Au début on se dit : s'il avait été bien tenu, il aurait pu apprendre, puis après on se rend compte que non. Ils sont incapables de se débrouiller seuls. Ce qu'ils font c'est de la routine. »

Le travail est répétitif, reproduisant de façon imitative ce qui a été montré :

« Faire leur café avec leur lait le matin, ils sont capables, ou préparer un repas si je suis malade, ça ils le font, c'est-à-dire qu'ils ont l'habitude de voir comment je fais. Ils sont tout le temps avec moi, alors ils sont un peu habitués à la maison, alors je leur dis : "Aujourd'hui on va faire une purée, tu vas..." alors ils sont capables de le faire. »

L'automatisme semble régir l'ensemble de la conduite automatisée de la répétition, de l'habitude dans l'apprentissage, automatisme du geste, de la pensée dans l'exécution :

« Celui que j'ai habitué à travailler, il fait toujours à peu près la même chose. Pour moi personnellement il me débarrasse bien, faut l'avouer, mais y peut pas... faut pas changer ses habitudes. L'hiver on se lève, je l'appelle, on boit le café tous les deux ensemble, et après on va aux écuries, il fait son travail, il coupe les betteraves, il roule la brouette, là ça va. Mais il faut pas que ce soit changé, que le matin je me lève un peu plus tôt ; dès qu'on accélère un peu le travail, alors là c'est terminé. » – « Ce matin j'ai vendu des cochons. Tous les matins, en se levant, on panse les cochons, je l'ai habitué comme ça. Là on l'a pas fait, y savait plus où il en était. Si je lui explique, il y a pour une demi-heure de temps qu'il comprenne. Il s'est dit en lui-même : ils vont pas manger aujourd'hui. »

Renforcé, ou même créé par le nourricier auquel il apporte une sécurité, cet automatisme traduit plusieurs choses. En premier lieu, une faiblesse de la régulation interne à laquelle on impute discontinuité dans l'effort, versatilité dans l'attention ou superficialité dans la réalisation :

« Celui qui dit qu'il s'ennuie, je lui ai dit : "Mais R., vous travaillez mais vous êtes pas stable, vous faites une chose et après vous ne la finissez pas le lendemain." Il s'ennuie mais il ne comprend pas qu'il n'est pas capable de se diriger, d'avoir une vie comme un ouvrier, c'est impossible. Eux leur travail c'est pas du tout pareil : par exemple, pour faire la vaisselle, il faut être derrière eux et leur faire refaire. Je ne les crois pas capables de se diriger dans la vie. »

Cela oblige à imposer de l'extérieur les cadres d'une habitude et à recourir à une surveillance constante pour pallier l'incapacité d'évaluer le sens et le résultat du travail qui empêche tout ajustement ou correction :

« Il faut leur donner à faire quelque chose qu'on soit là. Il faut rester avec eux. L'autre qui est là avec moi, s'il lave la vaisselle, il faut que je sois là, parce que souvent y a des casseroles qui sont pas grattées suffisamment, les fourchettes sont pas suffisamment brossées. On peut pas s'y fier. C'est pas possible. »

Ensuite une limitation de la fonction mémorielle qui ne permet pas d'enregistrer des indications ou des ordres concernant des tâches multiples ou différées dans le temps :

« Le vieux qu'on a depuis trente ans c'est un très bon pensionnaire pour donner des petits services. Mais on lui demande pas beaucoup, il se rappelle pas beaucoup. Il faut toujours être avec lui. Il refuse jamais de faire quelque chose, mais il se rappelle pas beaucoup. Si on lui demande trois ou quatre travaux à la fois, il faut pas. Tandis que l'autre, J., il se rappelle très bien ce qu'il a à faire, je lui commande jamais rien. »

C'est, au sens propre, le cerveau « vide » ou « rétréci » que manifestent les faiblesses de la mémoire constatées d'ailleurs dans d'autres domaines où l'apprentissage mécanique est inopérant et réduit à l'impuissance :

« Je sais pas comment faudrait s'y prendre pour les rendre plus propres. Parce que vous lui dites ça tout à l'heure, deux minutes après il s'en rappelle pas. Je vois celui-là,

tous les trois, quatre jours il faut que je change les draps, il va bien facilement se coucher avec les chaussettes, les souliers ou la culotte mouillée. Ben, je vais lui dire aujourd'hui, demain il s'en rappelle pas ! Comment voulez-vous que ça soit propre, ils sont quand même malades. »

La difficulté que l'on éprouve à « s'y fier », « leur faire confiance » dépend non seulement de la faiblesse des ressources, mais aussi des distorsions de la réflexion. Le risque de bêtises et de malfaçons empêche de laisser au pensionnaire une réelle initiative et encore moins d'autonomie, indépendamment de toute question de compétence. On s'attendra toujours à voir le cours de la besogne entravé par quelque aberration de pensée : irruption brutale d'idées saugrenues : « on ne sait pas ce qui peut leur passer par la tête ; incohérence d'un esprit lunatique ; vice de raisonnement qui ne permet pas de mesurer les conséquences de ses actes, rapporter l'action à son contexte, anticiper un risque :

« Y en a un là, à côté de chez nous, et pourtant il a pas l'air idiot, Dieu merci, eh bien le nourricier a pas pu arriver à lui faire conduire un tracteur. Quand il est arrivé au bout, il a pas eu l'idée de freiner. Il est rentré dans la bouchure et puis ça y est. C'est bien qu'il y a quelque chose. Il y a un réflexe qui marche pas, je ne sais pas... Un moment on dit : il a fait exprès, eh bien moi je crois pas. Parce que malgré tout vous allez pas rentrer dans une bouchure comme ça, par plaisir. On a quand même un réflexe de dire, moi je sais pas, c'est instinctif. Quand on voit le danger, automatiquement on s'arrête. Parce que vous allez rentrer dans une bouchure, mais de l'autre côté vous savez ce qu'il y a. Ils ont pas le réflexe qu'on a pour éviter le danger. Je vois avec les bêtes, cent fois par jour ils vont attraper des coups de pieds. Ils ont pas idée de dire : il faut pas que je me mette là parce que je vais attraper un coup de pied, un coup de tête. Ils y vont carrément. On a vraiment l'impression qu'ils savent rien de la vie. On arrive quand même à les initier comme on apprend à marcher à un bébé qui commence à marcher. »

Les évaluations de la capacité pragmatique des pensionnaires se fondent sur un présupposé constant : l'incapacité à se diriger, attribuée soit à l'insuffisance de facultés mentales (connaissance, compréhension, mémoire), soit, si celle-ci est infirmée par la compétence et l'efficacité du malade, à celle des fonctions intégratives de jugement, d'orientation et d'ajustement. C'est alors l'incapacité du cerveau à contrôler le cours de ses productions qu'indique une pensée obéissant à des automatismes ou des impulsions inappropriées aux conditions sociales et matérielles dans lesquelles s'exerce le travail :

« Ils ne peuvent pas travailler comme nous, même qu'ils savent, qu'ils peuvent, qu'ils aient le courage, qu'ils aient la bonne volonté, ils ont quand même pas le pouvoir. Ils peuvent avoir la volonté, y en a qui sont très courageux, qui ont la volonté de travailler. Dame, j'en connais plusieurs, c'est pas qu'ils travaillent pas, ils travaillent même beaucoup. Mais il s'agit pas seulement de travailler, mais savoir s'organiser. Y en a qui travaillent plus que nous... Seulement, ils savent pas se diriger... »

Cette incapacité va grever toute la vie et tout l'avenir des pensionnaires. Empêchant d'acquérir une véritable qualification professionnelle : « Ils n'ont pas de métier », ou simplement d'exercer de manière stable et rentable un quelconque travail :

« Y en a qui voudraient leur liberté, mais ils sont pas capables de se suffire. Si ils étaient sortis, ils pourraient pas. Ils pourraient pas gagner leur vie en travaillant, avoir un travail assuré. »

Et quand bien même ils s'en montreraient aptes, l'insuffisance de contrôle les empêcherait encore de surmonter leurs sautes d'humeur, leurs défaillances physiques ou morales passagères, de faire front aux contraintes de la réalité :

« C'est très beau de sortir de la Colonie, mais... ils ont pas de métier. Si on veut bien comprendre la vie, on sait qu'on vit pas avec rien, on sait qu'il faut qu'il arrive à travailler suffisamment pour avoir une place acceptable pour pouvoir vivre... Ils ont pas de métier... Parce que nous-mêmes y a toujours... on arrive à se contrôler, mais y a quand même des jours qu'on est pas... on n'est pas tous les jours de la même façon. Alors eux, ça arrive toujours un moment qu'y a quelque chose qui va pas. Moi je pense y peuvent pas... dans mon idée, ils peuvent pas arriver à se contrôler suffisamment pour tout accepter ce qu'il y a à accepter dans la vie civile... »

Condition d'existence, le travail est également participation à la vie sociale ; il implique que l'on puisse occuper une place, s'y maintenir et l'accepter. Faute de se gouverner suffisamment, le malade, sous la loi de son désir, n'est pas en mesure de se soumettre à celle de la société, qu'il s'agisse pour lui de tolérer les inégalités morales et financières, liées à son état :

« Il peut pas se contrôler pour accepter que lui, par exemple, il gagne 50 000 F et un autre 100. Et qu'il peut pas vivre la même vie que son voisin qui a deux fois plus d'argent que lui. Y en a un qui est sorti, il a été dans le Berry. Ne me dites pas que ce garçon-là il est capable de mener un tracteur, du matériel agricole. Il y a jamais fait, alors il peut pas. Vis-à-vis de ses patrons, il sera toujours le minable. Il faut qu'il accepte » ;

ou qu'il s'agisse de faire un usage légitime et constructif de ses revenus :

« Ils sont pas capables de se contrôler eux-mêmes pour garder leur argent... on peut pas leur faire confiance... Ils connaissent pas la valeur de l'argent. On peut pas leur dire : "Je te donne tant d'argent par semaine" ou "t'auras tant tous les mois" parce qu'ils connaissent pas... Il va s'en aller boire cinq, six fois du café sans se rendre compte. Si le soir y en a plus, eh ben tant pis pour le lendemain. Ils arrivent pas à force de travailler à avoir suffisamment pour s'acheter quelque chose. »

L'inaptitude à gérer ses propres affaires constituera, par-delà tous les efforts de travail et la volonté de s'en sortir, une faiblesse sociale d'autant plus insurmontable qu'on son avers perce la faiblesse morale :

« Justement à un moment, ils en avaient relâché pas mal de garçons comme ça. Eh bien, c'est toujours pareil, ils sont capables de travailler, mais ils sont pas capables de comprendre assez, ils se font exploiter bien souvent. Ils arrivent à travailler dans une ferme et justement on s'aperçoit qu'ils sont quand même pas normaux parce qu'ils sont facilement exploités. Je pense qu'ils sont mieux comme ça, à moins que la famille s'en occupe, parce qu'ils sont pris en charge, ils sont surveillés. Là c'est différent. Des gens comme ça, laissés complètement en liberté, c'est pas tellement bon pour eux, parce qu'ils n'arrivent pas... ils n'ont pas assez de force de caractère pour s'organiser. Ils se rendent pas compte des difficultés. Pour eux, on les met en liberté, ils voient qu'une chose, c'est qu'ils vont faire tout ce qu'ils veulent, mais ils vont pas voir si c'est eux qui vont toucher, c'est là le problème. Ils sont désemparés, c'est obligé. Faut vraiment qu'ils soient devenus vraiment normaux. »

Proie de son désir, le malade se désignera à la prédation de tous les profiteurs :

« On en a eu un, il a demandé à rentrer dans le civil. C'était un bon gars, il méritait de sortir parce qu'il pouvait se défendre, ce qui est rare. Mais il avait un point faible : c'est un gars qui aurait sûrement travaillé, qu'aurait fait des efforts pour donner satisfaction, mais il se sera fait rouler, il se sera fait manger son pognon. Il avait une drôle d'affaire, il avait un peu l'idée des femmes. La moindre saloperie, elle aurait pu l'embobiner. C'est un gars qui aura sûrement jamais été bien heureux, étant donné qu'il savait pas veiller à ses affaires. »

Finalement, ces impossibilités se conjuguent et culminent dans celle d'accéder à la forme la plus achevée de l'intégration sociale, le mariage : « Ils sont pas capables de se diriger suffisamment pour fonder un foyer, tracer une vie. »

Et si, tout au contraire, seule est concevable une sortie sous responsabilité de la famille, c'est que l'œuvre de la maladie qui mine sournoisement et malgré les meilleures apparences, la capacité à maîtriser son jugement, ses actes, ses pulsions et ses désirs, ajoute au besoin d'un secours matériel, la nécessité d'une tutelle morale. L'irresponsabilité de droit qu'implique le régime d'internement des malades conforte le verdict porté sur leur état, au plan social et moral :

« Je vais vous expliquer un cas. Y a une dame âgée qui vient tous les ans deux mois. Elle se fait beaucoup de mauvais sang pour lui. Elle le prend tous les dimanches matin et le reconduit le lundi à sa nourrice. Elle voudrait le reprendre définitivement, je lui dis : « "Vous savez c'est une grosse charge, parce que ici ils ont la crainte du docteur, des surveillants, qu'une fois libres c'est autre chose." Vous savez, les garçons qui sont là, quand ils seront dans leur famille, ils seront libres, ils ne sentiront pas de surveillant, pas de docteur, ils voudront sortir, les parents pourront rien dire. Et ça recommencera. Moi je crois que c'est impossible. Ils sont incapables de subvenir à leurs besoins, et il faut que la famille en prenne la responsabilité. »

Le repérage du non-contrôle, après avoir balayé tous les niveaux de la vie organique et active, ferme sa boucle sur la vie sociale. Et sur la liberté.

TÊTES NOIRES ET MAUVAISES TÊTES

[Retour au sommaire](#)

Car l'incapacité à se diriger va retentir sur la vie sociale du malade, non seulement dans les modalités de sa participation à la collectivité en tant qu'agent producteur et responsable, mais aussi dans les formes de la socialisation et, pourrait-on dire, de sa socialité, que sont mentalité et moralité. Ce que la maladie mentale produit alors s'appelle déviance.

L'image de la « capacité sociale » des pensionnaires comporte plusieurs facettes, correspondant à différents secteurs de la vie sociale. Celle qui sous-tend l'institution d'un savoir-vivre réfère au comportement en société, au commerce avec les civils ; à ce niveau, la prévalence est accordée au respect des codes et des conventions. Il existe également une conception homogène de la sociabilité des malades, englobant les attitudes sociales, les rapports qu'ils sont capables de nouer entre eux, l'interdépendance avec l'entourage immédiat, etc. Cette conception aborde en des termes très spécifiques la vie de groupe, distinguant entre un plan interpersonnel et affinitaire de face à face et un plan collectif marqué par des traits proprement sociaux comme si leur commune condition induisait chez les malades des comportements et des attitudes collectivement partagés.

En effet, l'analyse des relations de cohabitation au sein des placements, par exemple, s'étaye sur des critères psychologiques, l'harmonie ou le conflit étant rapportés au degré de compatibilité entre les caractères, les manières de vivre et les manifestations pathologiques des pensionnaires. Ces vicissitudes de la cohabitation sont tenues pour affaires de hasard. Au contraire, l'approche des relations de groupe à l'extérieur des placements, qu'elles soient informelles ou situées dans le cadre du travail et de l'établissement hospitalier, renvoie à des dispositions constantes et à des phénomènes relationnels réguliers à travers toute la population des pensionnaires. Elle engage une théorie de la détermination de certains processus sociaux (grégarisme, contagion, dispersion...) par la maladie. L'état des malades joue un rôle médiateur en infléchissant le rapport du pensionnaire à ses pairs et aux valeurs régissant d'ordinaire la relation sociale. À un fonctionnement mental perturbé correspondent des tendances sociales identiques chez tous les malades. Ces tendances donnent lieu à des relations anomiques où s'ébauche, fût-ce à l'état potentiel, une contre-société. Et tandis que l'on dénie aux pensionnaires une expression sociale positive et constructive, on prête à leur association un pouvoir dont la négativité recèle danger moral et contestation sociale.

Ceci est particulièrement visible dans le domaine du travail où la même incapacité à se diriger entraîne l'isolement au niveau de la production et la suggestibilité au niveau de la revendication. Les nourriciers estiment en effet que, réduits à la routine et à l'automatisme, les pensionnaires s'adaptent aux nécessités

du travail collectif dans la mesure où ils se soumettent mieux à une organisation hiérarchisée et à la surveillance d'une autorité, mais que par contre ils manifestent, en cela même, une carence rédhibitoire pour l'exercice d'une activité collective autonome et responsable : l'inaptitude à l'entraide et à la coopération. Si l'on fait, non sans humour, grief à certains de « vouloir prendre le dessus », « commander aux autres », « faire son maître », provoquant par identification avec le système des incidents :

« Ils s'entendent bien les deux qu'on a. Mais enfin, c'est pareil, le L. il dit jamais rien, parce que s'il rouspétait, ce serait peut-être pas toujours qu'il serait content. Mais il comprend. L'autre, il veut être le maître tout en étant plus bête, il veut être au-dessus, c'est amusant de les voir faire. Des fois à midi, il dit : "Envoyez-le donc promener", mais l'autre, L., qu'est le plus vieux, qu'est le moins bête, il dit rien. Il a bien le caractère à l'entendre et à le laisser parler, et puis combien de fois on l'entend dire qu'il vivrait pas chez un autre. Et puis l'autre il va coucher chez ma mère, eh ben c'est pareil, il fait son maître là-bas : "Faudrait acheter de la queue de cochon, faudrait m'acheter autre chose..." Il avait vingt ans, quand il est arrivé là, depuis ce temps-là... il fait le maître, c'est pas grave. Et puis ils sont tout le temps pris. C'est rigolo, c'est amusant de voir c't'équipage. »

on est tout aussi unanime à souligner, dans le travail comme ailleurs, un repliement, une asociabilité dont l'égoïsme apparent cache mal l'insuffisante maîtrise de soi et de ses moyens. Et de la même manière que l'incurie dont on taxe des pensionnaires parce qu'elle contrevient aux valeurs d'ordre, d'économie, de gestion du milieu, scelle la folie en son versant moral, l'absence de coopération, en ce qu'elle heurte un principe essentiel de l'organisation du travail agricole, fondée sur l'échange et la réciprocité des services, débouche sur un hiatus de mentalités. Pour transformer radicalement l'état d'esprit, les manques de la maladie vont basculer vers les lointains de l'altérité :

« Je les crois pas capables de se diriger dans la vie. D'ailleurs ils ont quelque chose... Je vais vous dire une chose, c'est bizarre. J'ai vécu au Cameroun. Question travail, je peux pas mieux les comparer qu'aux Noirs. Parce que celui-ci fait la vaisselle, l'autre fait les verres, mais l'un n'aidera pas l'autre à faire les verres et l'autre la vaisselle. Ils ont chacun leur travail, c'est leur travail. Eh bien, les nègres c'est comme ça, assez bizarre hein, c'est leur travail. Y en a un qui apporte du bois pour la cuisinière. Y en aura pas un qui lui dira "Je vais t'aider." Non, non, c'est son travail. Y aura pas de bois, y aura pas de feu, parce que c'est A. qui apporte le bois. Je peux pas mieux les comparer. Les Noirs d'abord c'est des lymphatiques, et puis eux ils ont ça à faire, ils ont pas ça, c'est ça. C'est la même chose ici. Ils s'aident pas l'un l'autre. C'est la maladie qui fait ça certainement, parce que ce sont des Européens ça, c'est tout de même des gens d'ici, parce que les Noirs, c'est pas pareil, faut pas les comparer. Mais ici, c'est sûrement la maladie pour la raison suivante, c'est que si c'était pas la maladie, ils feraient comme nous. Ils sont incapables d'être comme nous, par exemple se diriger, gagner leur vie et puis organiser leur vie, c'est-à-dire par exemple si on est libre, qu'ils pourraient avoir un appartement, une femme et des enfants et les nourrir, organiser l'existence, c'est pas possible. »

Le schéma bipolaire des effets du non-contrôle se reproduit dans l'analyse des rapports que les pensionnaires entretiennent les uns avec les autres. À l'autisme fait pendant la suggestibilité, à la rigidité des activités, la malléabilité du jugement. En matière de travail, l'incapacité à évaluer son rendement va, selon les nourriciers, souvent entraîner le pensionnaire à des demandes de rétribution sans mesure avec ce qu'ils estiment être ses mérites -et même ses besoins, nous l'avons vu. C'est alors qu'il va prêter le flanc aux surenchères des autres malades aussi peu avisés que lui. La revendication est interprétée comme une erreur dans laquelle le pensionnaire s'enferme sous la pression collective :

« Entre eux, ils se montent la tête. Ça discute. Ils se figurent de pouvoir faire le travail d'un ouvrier non malade, alors ils voudraient être rémunérés la même chose. Alors y en a qui disent : "Tu as bien tort de travailler pour ce prix-là", et ceci et cela et ils se montent la tête et puis c'est tout. »

D'une manière générale, l'expression d'une solidarité, d'une communauté de condition sera attribuée à l'effet pathogène du milieu et confirmera la maladie :

« Le dernier (A.) quand on l'a eu, on a bien vu qu'il était pas malade, enfin disons qu'il est un peu malade parce qu'il est là, mais enfin on a bien vu qu'il était pas au point des autres. Eh bien, quoiqu'il soit normal, il est pas normal à la fois. Il a quelque chose que j'arrive pas à définir. Un jour, je me suis fâchée contre R. qui avait perdu des affaires de la Colonie. L'autre (A.) justement se moquait de lui, alors je me suis dit : "Mais il s'est quand même rendu compte qu'il était pas normal." Tout de suite il (A.) rigolait, après il me dit : "Madame, R. m'a dit que certainement il les avait laissées quand il est allé chez sa mère, en permission." J'ai pas répondu et puis le matin mon mari lui dit : "Vous avez bien dormi, A. ? – Oh, j'ai mal dormi. R. a fait le cirque toute la nuit, il était énervé, ce n'est qu'un névrosé, votre dame n'aurait pas dû le disputer comme ça." Au fond il est normal et il l'est pas. Il va même être méchant si on se fâche avec les autres, il va rigoler au début, se moquer d'eux et après, il va prendre leur défense. Alors, on sait pas trop comment juger. »

Il est clair que ce type de raisonnement sert les intérêts des nourriciers. Ôtant, sous prétexte de mensonges, dénégations, mauvaise influence, tout bien-fondé et toute légitimité aux réclamations des pensionnaires, il permet de définir à leur place et au mieux des convenances du placement, leur dû et leur droit. Il s'en faut cependant que seul l'intérêt l'inspire ; il dérive de la représentation des effets de la maladie. Et la surveillance établie, dans la plupart des cas, pour limiter le contact entre les pensionnaires, traduit une défense contre le risque de contamination d'esprits fragilisés, et contre la crainte d'un danger moral, puisqu'une seule et même faiblesse livre à l'emprise bénéfique de l'ordre et au pouvoir délétère du désordre. La fréquentation des gens normaux « recadre », la rencontre avec les pairs détériore :

« Y en a quand ils sont à la Colonie, ils ont pas la même mentalité qu'en campagne chez des particuliers. C'est bon pour leur mentalité de converser avec eux. C'est la même chose. S'ils sont dans une maison où ils sont bien dirigés, ils peuvent pas se

diriger seuls, mais s'ils sont dans une maison qu'on leur parle, qu'on leur explique, qu'on leur donne que de bons conseils, c'est essentiel pour eux. »

La société des malades exerce sur chacun une influence néfaste à plusieurs titres. Elle enferme dans la pathologie par effet de miroir, identification, imitation spéculaire :

« Je suis à peu près sûr que ça peut les améliorer d'être chez des gens. Quand c'est que je viens à la Colonie, quand c'est qu'y en a une grosse quantité comme ça, qu'ils sont sous les arbres, qu'ils sont au contact de pareils à eux. Il faut voir un petit peu, y en a qui donnent la peur, d'autres qui font des cris. Quand c'est que vous êtes dans une atmosphère comme ça, faut pas croire que vous pouvez vous améliorer. En général on prend la couleur des milieux dans lesquels on vit, ça doit être atavique, je pense. Alors si vous en mettez une grosse quantité comme ça dans un asile, quelle conversation qu'ils peuvent entendre, c'est tous des mêmes, tous des mêmes ensemble, ils peuvent faire que s'abîmer les uns les autres. »

Elle favorise la déviance par effet de renforcement, le malade trouvant toujours auprès de ses semblables incitation ou complaisance, pour s'adonner à des occupations douteuses :

« Ils se vendent tout les uns les autres, ils se vendent toutes leurs affaires. Je connais un petit gars qui fait de la peinture très bien, eh bien il a vendu une boîte de peinture splendide à l'un de mes pensionnaires. Elle valait 30 000 F ou plus, il lui avait vendue 3 000 F. Je lui ai fait rapporter, eh bien il l'a revendue. Il vend tout, il a plus rien, sa montre, des objets magnifiques, tout. Ils vendent tout, pour du tabac, pour qu'ils boivent. Y en a une bande, ils sont tous à peu près pareils. Ils pensent qu'à ça. À quoi voulez-vous qu'ils pensent, ils n'ont pas d'occupation, ils n'ont rien. » – « Y a des mauvaises têtes, y en a qui feront jamais de mal et d'autres qui pourront aussi bien aller en voiture et se saouler tous les jours. Et naturellement s'ils étaient pas tenus. Si y en a un qui boit et que personne dit rien, alors les autres... "Du moment qu'on lui dit rien à lui, je vais en faire autant." Alors vous vous rendez compte. Y a pas de vie possible ! »

Transformant les mentalités, la vie en groupe va perturber le fonctionnement des placements, constituer une menace pour l'ordre public. Et l'on comprend dès lors l'inquiétude révoltée de la population devant les regroupements de malades hors des enceintes de la Colonie. Ne s'y développerait-il pas une culture autonome où la déviance deviendrait norme ?

DES CH'TITS, DE VRAIS CH'TITS

[Retour au sommaire](#)

Cependant, cette influence et le crédit accordé à l'influence du groupe ne se comprennent pleinement qu'à étayer la suggestibilité du malade sur une négativité qui dépend de sa « nature de malade » :

« Ce qu'il y a c'est que c'est des gens qui en principe, il faut pas les laisser chez d'autres gens, rencontrer d'autres malades. Parce qu'ils se montent le coup, ils y font des bêtises à d'autres gens, je les laisse pas aller chez les uns et les autres, je sais qu'ils font pas de mal à personne et je vois ce qu'ils font. J'en ai un il était habitué de naviguer chez les uns et les autres, il avait pris ce principe-là et qu'y en avait un autre jeune, alors l'autre osait pas le faire et le faisait faire à celui-là. Ils s'entraînent à faire des bêtises. Ils peuvent aussi bien aller voler chez quelqu'un que... Lui il aurait tendance à avoir les doigts crochus, j'y vois là chez moi. Si je vais faire mon travail dehors, je l'emmènerai parce que sinon il a à faire partout, il peut aussi bien aller dans les chambres à coucher. Ce qu'il verra il le met dans sa poche, y a certaines choses que je trouve comme ça insignifiantes, mais malgré tout, il aurait tendance. S'il trouvait de l'argent pour se payer des bonbons, y s'en manquerait pas. Des bonbons, du tabac, et puis on voit qu'il est malade de naissance. »

Il ne s'agit plus seulement de faiblesse morale, mais bien d'un potentiel nuisible qui se révèle avec la maladie et la défaillance du contrôle cérébral, comme cela se produit pour la violence et la méchanceté attribuées à la domination des nerfs : « C'est des durs, ils se montent la tête, ils feraient des bêtises. C'est des ch'tits, de vrais ch'tits. »

Dans le parler local, ch'tit désigne à la fois le mauvais, le méchant et le malade, le malingre, le déprimé ; un « ch'tit chien » est un chien enragé ; « en faire ch'tit à quelqu'un » veut dire lui faire des misères, le tourmenter (Gagnon, 1972, p. 120). C'est une nouvelle face du mal qui se découvre dans la maladie. À côté de la colère criarde des nerfs, la colère froide du ressentiment, la « malice » (*ibid.*, p. 225) ; à côté de la méchanceté violente des nerfs qui fait craindre les coups, la méchanceté sournoise qui fait craindre les mauvais coups :

« Moi ce que j'ai toujours eu peur, malgré qu'on dise qu'ils sont placés, qu'ils sont pas dangereux, j'ai toujours peur qu'un coup de folie les prennent et qu'ils fassent du mal, ou alors qu'ils mettent le feu à un moment qu'on s'y attend pas du tout. J'ai toujours eu peur de ça, je crains le feu. Quant à vous faire mal, je pense pas, il faudrait vraiment les énerver, les inciter à nous taper dessus. »

Les pulsions agressives et le goût de nuire sont toujours présents à l'état manifeste ou latent. Chez certains, ils transparaissent immédiatement dans « le regard, le visage sombre », « le silence sournois » ou dans des gestes lourds d'intention maligne comme manier le couteau, la hache :

« Le premier on l'a pas gardé, A était un petit peu... il avait volé une hache, il a rapporté ça dans sa chambre. Il était pas bien intéressant... tout ça. On disait oh, il a rapporté ça dans sa chambre, on avait plutôt un petit peu peur. Il avait d'abord pas un beau regard... Il était pas doux... »

Plus couramment, on en décèle l'expression bénigne dans les « bêtises », les « tours », les « canailleries » : « Ils peuvent être méchants avec les enfants, y faire une petite canaillerie quelconque. ».

On s'attend à voir émerger un potentiel attentatoire jusque chez les pensionnaires les plus connus et les mieux adaptés qui, prenant de la hardiesse, en viennent à commettre des vols ou de petites exactions. Cependant, en dehors de son renforcement social dû au contact avec d'autres malades on considère généralement que ce potentiel n'explose dans toute sa virulence, en actes de malveillance caractérisée, que sous l'effet de la crise :

« J'ai des malades qui sont pas à craindre. Un coup de folie peut les prendre, mais à nous aussi. Ça c'est des maladies. »

C'est à ce niveau que se rejoignent, dans la maladie, mentalité et caractère. Le trait de maladie devient trait moral, souvent désigné sous le terme : « C'est son vice », « c'est son défaut » et réciproquement : « Y en a qui sont menteurs, qui sont faux, c'est la maladie. » Il apparaît quelquefois comme une disposition inscrite dans l'être à l'égal d'un trait de caractère :

« Le caractère violent, c'est le malade, c'est suivant la maladie. Enfin, vous savez, nous-mêmes, on est bien quelquefois violents nous-mêmes... »

Cette assimilation souligne la double caractéristique de la malignité. D'une part son enracinement au titre de nature : « Y en a qui sont sournois, le caractère est pas pareil dans le civil. »

D'autre part, son orientation vers autrui, qu'elle soit gratuite ou réponde à son intervention :

« Ce serait un garçon qu'il faut pas contrarier. Il a ce défaut-là. C'est que si on le contrarie, d'ailleurs c'est arrivé plusieurs fois qu'il nous a fait des tours, c'est dangereux. Si on se met de le fâcher, et des fois il le mérite, eh bien on n'a jamais le dernier mot. Il se venge, il va vous crever un pneu, un beau jour on s'aperçoit qu'on a quelque chose de cassé. On lui dit de pas faire. Il nous en a joué des tours comme ça. Avec ma mère aussi, je vais vous en citer avec ma mère. Il s'était mis dans l'idée qu'elle lui avait caché son rasoir électrique ; elle avait une paire de sabots neufs, il a mis les sabots dans la mare. Y a pas de mal là-dedans. Y a que celui qui fait rien qu'il peut rien lui arriver. Y se venge. On peut pas savoir ce qu'il peut faire. Il va rien dire... mais... »

Sous tous ses aspects, en ses divers degrés, la propension au mal correspond toujours à une déviation de la pensée corrélatrice de la défaillance du cerveau :

« Il y a beaucoup de canaillerie. De ce côté-là, c'est développé davantage que le côté intellectuel. Il sait à peine lire, à peine écrire, compter c'est pareil, enfin juste. D'un sens, il n'est pas difficile, mais de l'autre on peut pas bien l'étudier du côté... Si il veut vous faire une canaillerie, il vous la fera, s'il veut vous faire une gentillesse, la même chose. Souvent c'est des bonbons pour le petit ou des fleurs pour moi, et puis d'autres fois, il vous fera une canaillerie... On lui fera une remontrance, c'est son temps perdu : le coup d'après il se souvient pas, il se rappelle pas, il a le cerveau vide... »

Ainsi l'approche du versant moral de l'état de malade, complétant celle des versants biologique, pragmatique et social, achève de dessiner les contours d'une nature-d'homme-fou.

LE NOYAU FONCTIONNEL DE L'ORGANISME

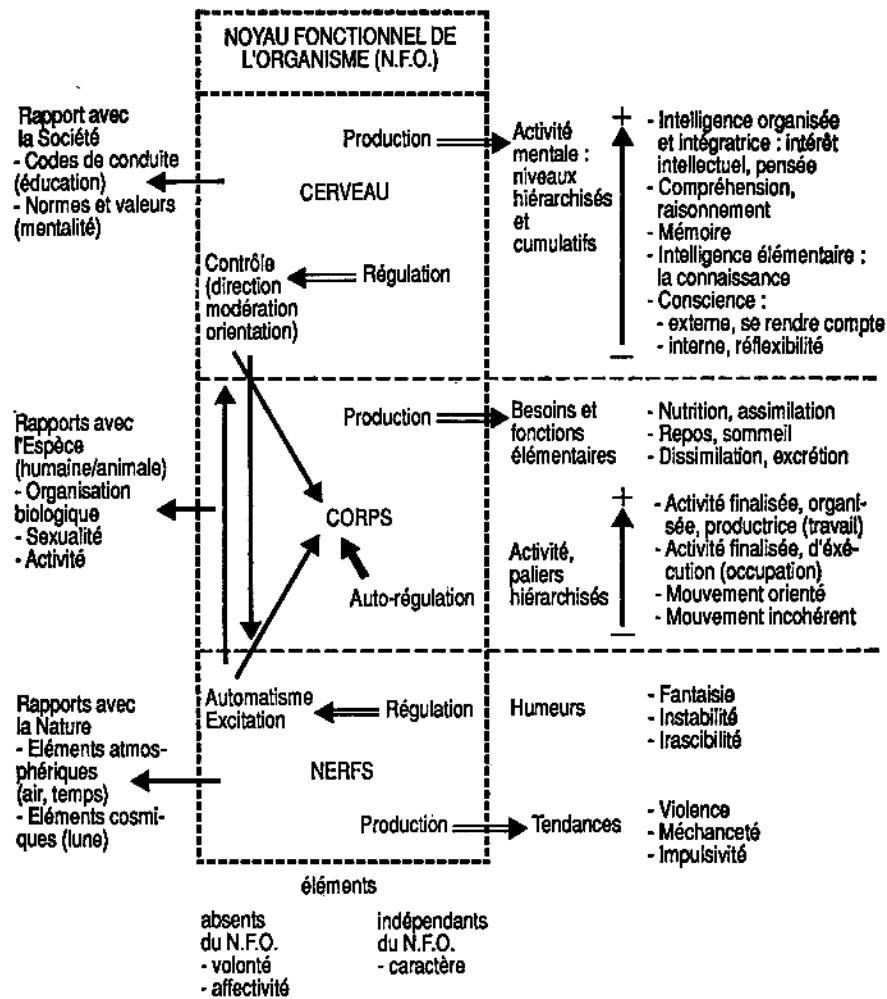
[Retour au sommaire](#)

Dans sa construction, cette représentation obéit à un modèle structural sous-jacent, présenté dans le schéma I (p. 263). Ce modèle isole, au sein de l'organisme, un noyau fonctionnel élémentaire sur lequel porte l'impact de la maladie mentale. Celle-ci aura une double incidence : d'ordre régulateur sur le fonctionnement des trois composantes – cérébrale, biologique et nerveuse – du noyau et sur leurs relations, d'ordre substantiel, affectant les types de production qui leur sont associés. Le premier effet de la maladie se traduit par un dysfonctionnement central et régulateur et définit, dans la spécificité de son altérité, un *état de malade*, tandis que les effets secondaires de ce dysfonctionnement, au niveau de la vie organique, active et mentale, déterminent des *états de maladie* différant en degré et en qualité.

Repérable à travers tous les jugements portés sur les capacités, conduites et potentialités des pensionnaires, cette vision constitue un cadre général qui permet de typer, du point de vue de l'altération pathologique, différents états auxquels vont correspondre des attentes, des techniques d'emprise et des attitudes différentes de la part des nourriciers. L'état de malade implique une intervention différencielle des régulations cérébrale et nerveuse sur la vie organique et psychique qui va être, en intensité variable, modérée, orientée, dirigée par le « contrôle » du cerveau, ou exacerbée, automatisée, biaisée par l'excitation des nerfs. Sa gravité peut aller d'un dysfonctionnement majeur du noyau fonctionnel de l'organisme à un fonctionnement paranormal, sur un continuum à l'intérieur duquel se dessinent quelques constellations où s'imbriquent les attributs correspondant aux productions mentales, corporelles et nerveuses (récapitulées dans le schéma I) et les conduites et attitudes des nourriciers évoquées dans les deux derniers chapitres.

- ▶ 1 / Dysfonctionnement majeur du NFO
 - Déficience cérébrale maximale : activité mentale, contrôle cérébral presque nuls.
 - Dominance organique maximale, état proche de la bestialité avec : non-contrôle des fonctions biologiques ; excès et assouvissement aveugle des besoins ; incoordination des mouvements, agitation, errance ou prostration ; inaction.
 - Autonomie et domination des nerfs : instabilité, irascibilité, violence (influence directe des éléments naturels).
 - Techniques d'emprise selon le modèle animal : dressage par la menace de punition, privation, mais crainte d'une réponse violente. But : soumission aux règles élémentaires du placement. Attitude : mépris, répugnance, méfiance et retrait devant le danger d'excitation nerveuse.

SCHÉMA I
Représentation du noyau fonctionnel de l'organisme



► 2 / Dysfonctionnement profond du NFO

– Capacités mentales élémentaires : « conscience » permettant de se rendre compte de ce qui se passe en et autour de soi ; contrôle cérébral élémentaire : modération, orientation organique et nerveuse.

– Dominance organique modulée par la recherche du plaisir centré sur les satisfactions orales, le confort et le bien-être corporel, mouvement orienté par un but hédonique ; pas d'activité.

– Indépendance et domination discontinue des nerfs : même fonctionnement que dans l'état précédent auquel s'ajoutent fantaisie et méchanceté ; intervention

modératrice du contrôle cérébral avec diminution de l'influence des éléments naturels, mais risque d'accès de violence.

– Techniques d'emprise selon le modèle infantile : récompenses et privations orales, mais pas d'adresse directe par crainte d'une réponse brutale. But : comme dans l'état précédent avec désir de « recadrer », i.e. instituer un ordre pour suppléer les défaillances du contrôle cérébral. Attitudes : début d'attention ; relations limitées à l'exercice des charges d'entretien ; méfiance et retrait devant le danger d'excitation nerveuse.

► 3 / Dysfonctionnement réduit du NFO

– Capacités mentales réduites : à la conscience s'ajoutent la connaissance et un début de mémorisation ; augmentation du contrôle cérébral avec capacité de « direction ». Il s'ensuit une possibilité d'apprentissage social par imitation, une capacité sociale réduite avec risque d'insubordination par fantaisie, et risque de « malice ».

– Dominance organique résiduelle : meilleure maîtrise des fonctions et besoins, mais focalisation et avidité orales ; coordination des mouvements ; activité orientée permettant l'exécution plus ou moins automatique de tâches mineures, sous surveillance. Mais risque d'instabilité due à l'influence des nerfs.

– Indépendance relative et domination intermittente des nerfs : même tableau que dans l'état précédent avec accroissement de la modération cérébrale ; excitation nerveuse intermittente.

– Techniques d'emprise selon le modèle infantile, avec recours aux admonestations. Buts : éduquer, adapter, faire travailler. Attitude : début de considération, relations de travail, moins de défense contre le risque d'excitation nerveuse.

► 4 / Dysfonctionnement mineur du NFO

– Déficit mental mineur bonne mémoire, début de compréhension et de raisonnement augmentation du contrôle cérébral (direction) sur le corps, les nerfs et l'activité mentale. Il en résulte une possibilité d'éducation, d'intégration des normes sociales, mais avec risque d'insubordination, malice et contamination morale au contact des semblables.

– Diminution de la dominance organique, émergence d'une activité différenciée : contrôle organique, focalisation orale résiduelle et contrebalancée par d'autres plaisirs ou intérêts ; attention portée aux affaires personnelles (vêtements, objets) ; activité organisée et productrice plus autonome et

responsable ; recherche d'activités de loisir, grégarisme ; maintien de l'instabilité nerveuse.

- Moindre indépendance des nerfs, domination intermittente : atténuation du tableau précédent ; potentialités d'excitation nerveuse se manifestant sous forme d'accès temporaires ou sous forme de distorsion des activités supérieures.

- Technique d'emprise : au modèle de l'apprentissage infantile s'ajoutent la flatterie, la manipulation des besoins et désirs, les conseils. Buts : comme précédemment. Attitude : de même, avec manifestation de familiarité et d'attention compréhensive à la personne.

► 5 / Fonctionnement paranormal du NFO

- Pas de déficit mental : apparition de l'intelligence organisée complétant la compréhension et le raisonnement ; bon contrôle cérébral mais maintien d'une incapacité à « diriger sa vie » ; pensée et intérêts intellectuels aux manifestations plus ou moins anormales en fonction de l'intégration des normes sociales et de l'influence perverse des nerfs ; risque de faiblesse et de contamination morale par le milieu.

- Dominance organique résiduelle, développement des activités : les traits marquant une différence par rapport au tableau précédent sont le passage à la capacité de travail professionnel et le développement relatif à l'autonomie sociale. Mais la focalisation sur les plaisirs oraux et l'instabilité traduiront l'insuffisance du contrôle cérébral et l'influence des nerfs.

- Diminution de la dominance nerveuse : comme dans le cas précédent.

- Techniques d'emprise : à celles déjà évoquées, s'adjoignent la valorisation et la récompense des performances, la reconnaissance des capacités selon le modèle suivi dans les interactions entre adultes. Buts et attitudes restent les mêmes, avec une augmentation de l'estime et de l'insertion familiale.

Cette typologie est, bien sûr, une reconstitution synthétique dont les traits sont plus appuyés et systématisés que ne le furent les descriptions correspondant à des pensionnaires particuliers sur lesquelles elle s'appuie. Néanmoins, elle donne une vue fidèle de la façon dont représentations et comportements sont liés, illustrant, par ses aspects structuraux et instrumentaux, les processus d'objectivation et d'ancrage dégagés dans la théorie des représentations sociales. Elle met en relief les particularités du système latent qui organise l'image du malade mental.

Un certain nombre de traits frappent dans cette vision : la dissociation entre systèmes cérébral et nerveux ; le fait que ce dernier reçoive des attributs et des fonctions qui le placent en instance équivalente et antagonique par rapport au

cerveau ; la hiérarchie des aptitudes et des niveaux d'activité cérébrale ; la notion de contrôle et l'interprétation toute « cybernétique » du développement de l'activité humaine ; les seuils de passage entre des degrés croissants d'organisation et de capacité, etc. Autant d'éléments qui donnent un aperçu sur une « théorie » naïve de l'homme en étroite coïncidence avec la « psychologie » naïve qu'elle complète et fonde. Mais dans cette vision, il demeure des vides surprenants ou révélateurs. Certaines dimensions ou fonctions sont à peine effleurées : la volonté, la sexualité, la communication. Quant à l'affectivité, pas de trace ou si peu ! Se trouve-t-elle située, avec ces derniers éléments, dans une zone non encore balayée par la représentation, n'est-elle pas fondamentale dans la représentation de l'être humain ou fait-elle défaut radicalement dans celle du malade ?

Ces questions, comme celles que pose la relation entre le cerveau et les nerfs qui médiatisent, pour le premier un ordre de société et pour le second un ordre de nature, font rebondir l'interrogation sur la façon dont la maladie intervient dans la production des effets et états repérés jusqu'à maintenant, ainsi que sur sa nature et sa genèse.

Chapitre 7

Penser le mal mental

« Écoutez, dans leur maladie, ils ont chacun leur façon d'être malade. »

« La maladie, ça dépend à quel degré, si c'est de naissance ou d'accident. »

« Ben, c'est des malades, c'est pas des hommes comme nous, c'est des hommes qu'il y a quelque chose dedans. »

« Il faut bien que ça passe quelque part... ça leur tombe sur le cerveau. »

[Retour au sommaire](#)

L'opposition du cerveau et des nerfs va prendre un relief nouveau et autrement aigu quand on passe de la description des effets de la maladie mentale sur les fonctions, aptitudes et comportements à leur explication. La gradation des états de maladie, sur un continuum allant du biologique au social, repose sur la dynamique régulatoire de ces deux instances au sein de l'organisme. Bien que cette dynamique puisse être rapportée spécifiquement à un dysfonctionnement du cerveau ou des nerfs, elle est surtout envisagée sous un angle global, définissant une nature d'homme malade radicalement distincte de l'homme normal. En revanche, quand il s'agit de caractériser des individus particuliers du point de vue de l'affection qu'ils présentent et de son origine, la zone d'impact de la maladie devient essentielle : « Lui, c'est le cerveau qui va pas », « lui, c'est les nerfs qui sont pris ». L'accent porté sur le substrat organique introduit dans la population des malades un clivage fondamental particulièrement visible quand on met en regard des cas purs : « Tout cela dépend de la maladie qu'il a : si c'est un nerveux ou si c'est un débile », ou quand on s'appuie sur une comparaison historique :

« Les anciens malades, anciennement je crois c'était quand même plutôt vraiment mental ; chez les jeunes y a des différences. Y en a on voit, on se rend compte que ce sont de grands nerveux plutôt. »

Pour rendre compte de la particularité des cas en l'absence de tout support savant, cette distinction va être complétée par la prise en compte des conditions, temporelles et factuelles, d'apparition de la maladie qui peut être « de naissance », « d'enfance » ou « par accident ». Ces deux repères, zone et conditions de

l'atteinte, dont l'usage est constant et uniformément répandu, constituent le schème de construction de l'objet maladie. Ils débouchent sur une étiologie. La période d'internement servira à postuler l'intervention, simple ou combinée, de facteurs endogènes et exogènes dans le processus morbide, faisant varier les cas de figure à l'intérieur des affections du cerveau et des nerfs.

Si la fonction régulatrice du cerveau est toujours perturbée, l'intégrité des aptitudes et fonctions intellectuelles peut être plus ou moins préservée selon le moment où se déclenche la maladie. C'est dans cette sphère de l'activité mentale que vient s'inscrire la différenciation des atteintes cérébrales, illustrées par deux cas types : l'un extrême par ses limites capacitaires, « l'innocent », l'autre plus ambigu, « le mental ». Quelquefois assimilé à l'arriéré, le mental se rapproche aussi du « maboul » ou du « gars de cabanon », chez lesquels prédomine la dimension nerveuse. En fait, on désigne par là les deux affections mentales considérées comme majeures : la *déficiência* et le *détraquement* qui diffèrent sous le rapport du tableau symptomatique et fonctionnel, aussi bien que de la période d'apparition.

La *déficiência*, c'est la privation de certaines aptitudes intellectuelles, l'oblitération de certaines zones de l'activité mentale, sans altération du fonctionnement des capacités résiduelles ; le *détraquement*, c'est la perturbation des fonctions mentales, le dérèglement de l'activité intellectuelle, sans détrimement capacitaire. En eux, la maladie mentale se manifeste sous les deux formes opposées de l'inhibition pour la première et de l'excitation pour le second. Nous avons vu que l'excitation est imputée aux nerfs et que les distorsions de la pensée s'expliquent souvent par leur dominance. Ceci vient assurer, entre le *détraquement* mental et le déséquilibre nerveux, une affinité qui les apparie dans maints tableaux cliniques et brouille la ligne de démarcation entre le fou mental et le nerveux, faisant basculer la *déficiência* dans un ordre radicalement distinct des autres « mals mentaux ».

Cette césure va prendre tout son sens avec les conceptions liées à la désignation des périodes et des conditions d'apparition de la maladie. Dire que celle-ci est *de* naissance, *d'*enfance ou *par* accident engage des représentations biologiques, génétiques et sociales qui vont ranger les différents types d'affection sur un continuum dont les pâles extrêmes sont l'innocence et la maladie des nerfs.

L'INNOCENCE, SES DEGRÉS, RAISONS ET LIMITES

[Retour au sommaire](#)

La *déficiência* s'incarne donc dans l'innocence qui englobe, dans le parler local, tous les cas d'arriération. Avec elle, les capacités intellectuelles ne peuvent dépasser un certain seuil, dit de la « compréhension ». En deçà les niveaux de la *déficiência* reflètent l'image des premiers stades de l'évolution cérébrale qui articulent l'âge mental à des périodes critiques de la croissance physique

relativement précises quant à l'âge réel. On situe entre deux et sept ans les acquisitions élémentaires reconnues à l'arrière : marche, apprentissages réflexes, plus tard « la connaissance » qui permet une éducation rudimentaire, sans que puisse encore se développer une véritable compréhension : l'intelligence immédiate du complexe, la capacité de mémorisation, ni surtout l'acquisition de la lecture et de l'écriture :

« L., on l'a depuis vingt-cinq ans. C'est un enfant, c'est plus un pensionnaire, c'est comme un tout petit enfant. Quand il est rentré chez nous, c'était comme un tout petit gosse... il connaissait rien. Il a aucune défense. Il faut le guider comme un petit enfant. On peut pas le laisser aller sur la route, il connaît pas le danger, il se lâcherait, il se lance de tous les côtés. C'est comme un tout petit enfant, il connaît rien, un gosse de deux ans. » – « J'en ai deux à l'heure actuelle, ils ont été mis à quatre ans. Ils peuvent être débrouillés. Ils savent ni lire ni écrire mais on peut les éduquer dans certaines choses. Si je les envoie faire des courses, parce que au début vous savez, ça ne sait dire ni bonjour ni merci quand ça rentre dans un magasin, alors je leur dis toujours – "Dites bonjour, dites au revoir, dites merci quand on vous donne quelque chose". » – « Y en a un là qui est en asile depuis l'âge de six ans. Au début j'ai cru que si il avait été bien tenu il aurait pu apprendre à lire, et je me suis rendu compte que ce n'était pas possible. »

Sept ans, l'âge de raison et de scolarisation, marque la barrière de l'innocence. Au-delà prennent place les apprentissages, social et scolaire, sur la base desquels s'élaborent les fonctions mentales supérieures. Au-delà, on sort du cadre de la déficience mentale dont les grandes scissions sont inscrites dans les trois définitions les plus courantes des innocents : « ils n'ont pas la connaissance », « ils n'ont pas de compréhension », « ils savent ni lire ni écrire. »

L'explication de ces manques, datée dans le temps, est organique : le déficit est corrélatif d'un développement insuffisant, d'un arrêt de croissance du cerveau qui maintient le malade dans un état infantile. Chez « ceux qui viennent en naissant », les « inadaptés de naissance », elle tient à une malformation congénitale. Dans un « cas d'enfance », le cerveau se développe normalement, jusqu'à ce qu'intervienne un incident (accident, chute ou maladie). Le malade est alors « demeuré » à l'âge où son cerveau s'est « arrêté » :

« C. c'est l'innocent, quoi, c'est *un homme au même stade*. Il a fait de la méningite étant petit, alors son cerveau est resté. Lui, il est au même stade qu'il était tout petit. »

L'innocence est le pendant d'une atrophie d'organe, tenue pour effective : du cerveau « arrêté », « rétréci », on dira : « c'est vide là-dedans » (dans la boîte crânienne), alors que pour le détraquement mental, on dira : « c'est le cerveau qui est vide », en référence au dysfonctionnement de l'organe constitué. L'état de l'organe fixe le niveau des aptitudes et, par voie de conséquence, la latitude d'éducation et d'amélioration :

« Lui, c'est l'accident qu'il a eu, il a l'esprit, la conversation d'un enfant. Il a pris davantage de compréhension, il est mieux, mais enfin je pense pas qu'il puisse prendre plus que ça de compréhension. » – « Un enfant qui naît avec un *cerveau rétréci*, on peut lui faire tous les soins qu'on voudra, *on peut avoir une toute petite amélioration*, mais il sera jamais normal, c'est le cerveau rétréci, ceux qui naissent comme ça le cerveau rétréci, *il n'y a pas d'espoir de continuation*. »

Ceci permet de mieux comprendre la valeur diagnostique conférée à l'entrée dans la scolarité. D'une part, les performances qu'elle réclame enregistrent l'achèvement de la croissance du cerveau et une étape décisive dans le développement de l'individu. Ainsi, celui qui manifeste une certaine compréhension, s'il n'a pas été capable d'être normalement scolarisé, sera encore considéré comme innocent. Mais avoir connu avec succès, ne fût-ce qu'un début de scolarisation, c'est-à-dire savoir au moins lire et écrire, suffit à écarter le diagnostic de l'arriération. D'autre part, ouvrant aux influences externes, ce saut qualitatif hors de l'enfance l'est aussi hors de l'innocence. Celle-ci comporte un plus moral que seule vient expliquer la conjonction entre les façons dont on conçoit la croissance cérébrale, les processus de socialisation et le rôle de l'internement, comme l'interdépendance entre développement organique, mental et maturation.

En effet, que la maladie soit de naissance ou d'enfance ne suffit pas à définir l'innocence. Cette désignation s'applique à d'autres malades jugés intelligents mais qualifiés de nerveux :

« C'est des garçons qui ont tout le temps été comme ça, vous pouvez vraiment pas savoir si la maladie les a changés ou non. Ou y sont carrément innocents, ou alors ils sont là on ne sait pas pourquoi, ils ont toute leur raison et vous pouvez rien en faire. » – « Le petit P., il était petit à Vaucluse, sa mère l'avait jeté du cinquième dans l'escalier, après elle l'a abandonné, il a été trouvé dans une poubelle. Il est pas bête du tout, oh non, mais il peine à parler parce qu'il a tout le visage déformé et ce qu'il y a aussi, c'est qu'il est nerveux, nerveux. Il pique des crises de nerfs. »

Pour trancher entre innocent et nerveux parmi ceux qui sont malades « de naissance » ou « d'enfance », l'âge d'internement est décisif. Il sert de repère pour s'assurer à la fois du niveau d'arriération et de l'état d'innocence. C'est que l'internement est lui-même porteur de sens. Nous l'avons vu, on estime généralement que, pour interner un malade, « quelque chose » (événement, accident, incident, délit ou crise) doit s'être produit au terme duquel la maladie s'est « déclarée » ou a été « reconnue ». Le schéma est plus nuancé quand il s'agit de l'arriération, celui que l'on considère comme le véritable innocent venant bien souvent à l'asile par détresse, vu la carence de ses ressources vitales et mentales. On pense le plus souvent qu'il sera interné soit parce qu'il est privé de famille, par suite d'abandon ou de mort, soit, si celle-ci existe encore, parce qu'elle n'a pas les moyens (matériels, psychologiques ou moraux) de s'en occuper, la décision d'internement étant dans ce cas contemporaine du constat de déficience. Si bien que l'âge d'entrée à l'asile, mis à part les hospitalisations que l'on sait différées par

les circonstances, sera l'indicateur de l'âge mental, ainsi dit-on des « petits de Vaucluse » : « Ils sont comme des enfants de quatre-cinq ans. » Il sera le garant de l'innocence, car si une famille procède à l'internement tardif d'un arriéré, sans contrainte extérieure, ce ne peut être que par le fait du malade lui-même :

« Le vieux qu'on a là depuis trente ans, il était rentré à seize ans, lui c'est pas comme un homme qui serait tombé malade adulte, il est resté comme quand il était petit, mais il a toujours été un peu spécial, d'ailleurs sa mère me l'a dit, il a sa mère, sa sœur, c'est pour ça qu'ils l'ont mis là-dedans. »

On revient alors au premier cas de figure : « il y a eu quelque chose » imputable à la maladie qui suffit à prouver que l'entrant n'est plus un innocent, n'est pas un arriéré, mais une autre sorte de malade :

« Voilà vingt ans, les malades y en avait un sur cinquante qui savait lire, c'étaient tous des illettrés, des arriérés. Tout à l'heure non. Ils ont eu quelque chose. Alors évidemment ceux qui ont déjà vécu, hein, c'est pas le même genre de malades. »

L'internement postérieur à l'âge scolaire désigne une maladie différente de l'innocence, combinant « détraquement » cérébral plutôt que déficience à détraquement nerveux et parfois à « quelque chose » de plus :

« Des malades qui sont mis à l'âge de dix-sept, vingt ans dans les asiles, j'en voudrais pas, ce sont des gens nerveux, tandis que ceux que j'ai là, ils y sont depuis l'âge de quatre ans. Ce sont des enfants qui ont été mis à quatre ans à Vaucluse, alors ce sont des enfants arriérés, ça. »

Il existe d'ailleurs dans la représentation des âges d'internement un vide curieux et significatif : on n'envisage pas d'hospitalisation entre âge préscolaire et postadolescence. Et ce vide introduit un hiatus dans le processus pathologique, le malade devenant dès lors inquiétant :

« Les gens qui viennent en naissant, qui sont malades mentaux, qui sont malades par des convulsions, des choses comme ça, qui sont mis à cinq ans, on peut les réadapter ; mais ceux qui viennent par exemple à dix-sept, vingt ans dans les hôpitaux, ce sont des gens beaucoup plus nerveux, beaucoup plus difficiles à adapter à la vie, et puis c'est certain qu'ils ont fait quelques coups, des choses comme ça. »

Ici se scelle l'équivalence arriération = enfance = innocence = innocuité :

« Moi je préfère des malades mentaux qui sont vraiment arriérés. Tandis que d'autres qui ont une certaine éducation si l'on peut dire, qui comprennent sans tellement comprendre... mais enfin qui s'énervent... qui ont des maladies qui sont arrivées par la suite... je crois là... enfin, d'ailleurs on sait pas très bien d'où ils sortent, ni ce qui s'est passé. » – « Les gens inoffensifs comme ça les arriérés, je les crains pas, mais ceux qui sont mis dans un asile à vingt ans, on peut pas avoir la même confiance, c'est des gens

vicieux. J'en avais un, j'en avais peur, c'était un gosse qui avait été mis là parce qu'il avait fait certainement quelque... »

Il y a plus, la précocité de l'entrée dans la carrière psychiatrique deviendra gage de sécurité en ce qu'elle opposera l'enfance à la jeunesse puis, combinée à la période d'atteinte, la déficience aux détraquements.

Isoloir social, l'asile va laisser celui qui y pénètre enfant à son innocence : la « non-connaissance » ou la « non-compréhension » que détermine son niveau mental se double alors de l'ignorance des choses de la vie, salubre, au moins moralement, en ce qu'elle soustrait un esprit fragile à l'exemple et aux sollicitations du monde et, le privant des stimulations de l'expérience, coupe court à l'éveil de ses mauvais penchants :

« Celui qui a été tout enfant, qui a jamais été dans le civil, il connaît quand même pas les réalités. » – « En général, ceux qui rentrent tard dans les hôpitaux sont des gens vicieux, des gens par la boisson une supposition. Tandis qu'un enfant qui nous a été mis à quatre ans dans un asile, on sait pas encore ce qu'il est capable de faire, vous savez. »

ORGANE, SOCIALISATION ET DÉTRAQUEMENT

[Retour au sommaire](#)

Qu'est-ce à dire, sinon que l'enfermement interfère sur un processus de développement qui, à partir d'un certain moment, réclamera l'apport du contact avec la réalité extérieure et de l'apprentissage social pour s'accomplir. Car, outre qu'il entrave l'actualisation de certaines tendances, il laisse l'intelligence dans le suspens d'une vacuité :

« Il était jamais sorti de Vaucluse, ma pauvre dame, il savait absolument rien, je vous dis, une vraie bête quand il est arrivé, il connaissait pas ce que c'était un papillon, ni un oiseau. C'est pour vous dire. Et aujourd'hui, il se débrouille dans la vie. Il faut dire la vérité, ce sont des gens qui ont besoin d'apprendre. » – « On l'a eu, il avait dix-huit ans, c'était zéro. Il sortait d'un asile, il avait aucun sens de rien du tout. Je l'ai pris, je l'ai appris, vous pouvez le voir, c'est un gars qu'on peut compter dessus. »

Entendons. On n'impute pas à l'internement la déficience, on laisse entendre que l'émergence d'affections qualitativement distinctes et marquées par le détraquement mental a à voir avec les dimensions temporelle et sociale.

En effet, la croissance du cerveau terminée – aux environs de la dixième année, donc, à en juger par le type de savoir scolaire, lecture-écriture, qui sert d'indicateur ¹ – vont prendre place des changements purement qualitatifs dans le

¹ Ce seuil de connaissance scolaire semble correspondre à l'acquis du premier cycle auquel se limitait autrefois la scolarité obligatoire et que consignait le Certificat d'Études primaires.

fonctionnement mental qui mettent au premier plan le rôle de la socialisation. Celle-ci, favorisée par un cerveau malléable, et médiatisée par le milieu familial, l'environnement social immédiat, ou le canal institutionnel, est à la source de la normalité comme du désordre. Elle va aussi autoriser ou renforcer l'expression d'une nature déviante et c'est sans doute pourquoi il faut un certain temps pour que celle-ci, rendue manifeste dans les actes, provoque l'internement des « jeunes » à partir de la seizième année.

Par l'éducation qu'elle dispense et le modèle qu'elle offre, la famille contribue à forger les mentalités. Toute carence de la part du milieu familial aura un effet direct sur le fonctionnement mental : en particulier, le manque de fermeté et de discipline que les nourriciers stigmatisent quand ils s'en prennent aux libéralités de l'éducation bourgeoise. Dans un monde en changement, ces biais ou ces erreurs de l'entourage familial contribuent au décalage des mentalités constaté chez les jeunes et, nous l'avons vu, correspond à un goût de la facilité, de l'argent, du gaspillage et de la jouissance immédiate. Si discipline et rigueur éducatives ont une telle valeur, c'est que, axées sur l'apprentissage de la régularité, de l'effort et de l'indépendance, elles développent l'initiative, la responsabilité et ont un effet direct sur la personnalité.

Tout d'abord, elles « débrouillent », donnent « le sens de la vie » :

« À vivre à côté de nous, ça les stabilise, les habitue à la vie commune, on arrive à les apprendre à vivre. Mais y a pas d'amélioration sur le plan mental. Un pensionnaire quand on l'a, s'il sait pas vivre d'une certaine manière, ils sont pas récupérables. D'un autre côté, ça les dégoûte, ça leur donne un sens de la vie. Parce qu'en asile, ils ont tout, ils ont tout sous la main, ils ont pas à se déranger, tandis que là, il faut qu'ils pensent que c'est le jour du tabac, faut pas manquer que c'est le jour des douches, ils arrivent à faire leur lit, ils arrivent à penser que si leurs chaussures sont pas en bon état, ils sont privés de tabac. Ils ont quand même davantage de choses qu'en asile. »

En second lieu, sous l'effet conjoint d'une poigne autoritaire et d'un modèle de fermeté dont l'éducateur lui-même doit faire montre, elles contribuent à tremper le caractère et « recadrer », donner une armature mentale, sans quoi il n'est ni rectitude de vie, ni adaptation aux contraintes du milieu social :

« Il avait peut-être pas beaucoup de force de caractère naturellement et sa mère était veuve, et elle pouvait pas tellement s'en occuper... je pense qu'il devait manquer de volonté étant jeune, parce qu'il y a très longtemps qu'il est là, et il devait suivre de mauvaises compagnies et il s'était aussi sans doute adonné à la boisson, et la mère était veuve et elle avait trois garçons, et je pense que c'est pour ça qu'on l'a mis là. » – « La mère du gros quand elle est venue, elle était contente de le voir, mais elle voulait pas qu'il l'attende pour déjeuner : "Laissez-le, laissez-le. "Elle avait peur justement de changer ses habitudes : "Changez-le pas ses habitudes, pour peu qu'il se détraque." Ça, pour être compréhensive, elle est compréhensive. »

La carence éducative prépare aussi la voie à la maladie en ce qu'elle empêche l'esprit de se construire une défense contre l'influence délétère de l'environnement humain. Ce dernier, comme la société dans les transformations qui marquent le monde moderne et urbain, n'est guère conçu comme source d'influence bénéfique. La normalité étant définie eu égard aux règles du milieu auquel appartiennent les nourriciers, les formes de vie qui s'originent dans un autre type de milieu ou de société sont vues comme propices à la déviance et au désordre mental. D'un côté, le mauvais exemple que le jeune trouve dans l'environnement de ses pairs, livrés à eux-mêmes par l'évolution des temps, risque de le pousser tôt ou tard à de mauvais coups.

D'un autre côté, les sollicitations que la société urbaine de consommation offre à l'adolescent risquent de le faire basculer dans une vie déséquilibrée dont l'effet retentira sur son fonctionnement mental :

« Quant à dire qu'il est innocent, il ne l'est pas, il est malade, mais il est pas innocent du tout, parce que je vous assure qu'il a des raisonnements et tout. Alors lui, ce qui l'a rendu ici, c'est surtout un genre de vie, un peu tumultueuse, c'est-à-dire trop vite pour son cerveau, j'ai l'impression que ça allait plus vite que lui. D'ailleurs, il a fait toutes ses études. Son père devait le faire rentrer à Colmar, je ne sais pas où, après il a voulu faire suivre les beatniks et il a été ramené comme ça. D'ailleurs il a toujours un peu ce genre-là. Je sais pas si je vais m'expliquer suffisamment pour que vous me compreniez, mais je crois que son intelligence était quand même développée. Il était pas fou. Il savait très bien. Il faisait d'ailleurs très bien une lettre. Il avait quand même un degré d'intelligence. Mais il avait par moments, tout était à l'envers et il racontait des histoires insensées, ou alors il se mettait à chanter et à taper sur la table. C'était vraiment... Je sais pas ce que vous pensez du point de vue des beatniks, mais moi je trouve que c'est des innocents. Alors je le comparais à peu près à ces gens-là, ce sont des gens qui ont quelque chose qui ne va pas, à mon avis. Je sais pas si c'est comme ça qu'on doit les juger, mais enfin je trouve d'après moi que c'est insensé. Mais au point de vue instruction... »

Un raisonnement similaire sera tenu à propos de l'instruction qui, elle aussi, est distante de l'univers des nourriciers. Instrument de formation des mentalités, elle est à la base de la différenciation des générations, rend les jeunes un peu plus « étrangers », inspirant un respect mêlé d'inquiétude :

« Les jeunes d'aujourd'hui que ça a été en ville, que ça a été aux écoles, c'est plus la personne de la campagne, c'est pas les mêmes manières. » – « Les complètement innocents, eh ben on les tutoie, on les prend en vie de famille, la conversation va mieux. Mais les gars déjà instruits, eh ben on les laisse tranquilles, c'est plus difficile parce qu'ils ont plus de compréhension. Chez ma mère, il y en avait un qui avait failli passer le brevet, c'est un type que faut... on y parlait comme à quelqu'un de bien, on y tenait un certain respect. Ceux-là on les tutoie pas, on les appelle vous... J'en avais un autre, un dessinateur industriel, je l'appelais bien vous aussi. Mais il a pas pu rester là. Il s'ennuyait, il s'ennuyait. Il avait bien voulu travailler, mais c'était pas son métier et

on voit qu'il savait pas. Il s'ennuyait tellement, y serait mort... Ça c'est dur. Quand on les voit comme tout le monde, c'est plus agréable. »

LA CULTURE PATHOGÈNE

[Retour au sommaire](#)

Autour de la scolarité s'organise tout un halo de significations qui porte un éclairage complémentaire sur la liaison entre l'organisme et le culturel. Le passage par « les écoles » est considéré comme un « potentialisateur » des facteurs sociaux de déséquilibre mental susceptible de créer un terrain organique favorable à l'irruption de la maladie, il peut accroître le risque de désordre en mettant en jeu, de manière exclusive, la vie cérébrale au détriment de l'activité manuelle et matérielle, agent d'équilibre et antidote à « l'ennui ». D'où le fait que lui sont associés des troubles fonctionnels spécifiques marqués par le détraquement (perte de mémoire, troubles de la parole, etc.), le désœuvrement (par incapacité pragmatique ou refus de travail), le désordre mental (délire, incohérence des idées, rumination morbide, etc.) et – trait d'une portée fondamentale pour caractériser la pathologie mentale juvénile – des troubles nerveux.

C'est que la scolarisation, intervenant à une phase critique du développement biologique, peut par elle-même engendrer des perturbations cérébrales. Il y aurait un rôle pathogène de la culture qui se traduirait par un tableau symptomatique unissant de manière étroite détraquement mental et détraquement nerveux ; repérable particulièrement chez le jeune l'atteinte mentale est donc radicalement séparée de celle de l'enfance et de celle de l'adulte, conception particulièrement prégnante chez les vieux nourriciers qui conservent intacts et n'ont aucune réticence à exprimer les croyances passées sur la part qui revient à l'instruction dans l'étiologie de la maladie mentale. Pour eux, « ceux qui viennent maintenant c'est par les études », « c'est l'instruction qui les a rendus là », selon le processus suivant : l'accumulation des connaissances entraîne un surcroît d'activité cérébrale qui détériore le cerveau et, par contrecoup, affecte le système nerveux :

« Celui qui fait les courses, il a des oublis, il était dans les postes, puis c'est là... Il était trop instruit, ça lui a monté au cerveau... L'autre là, c'est pareil, lui c'est dans les livres, il faisait des longues études, je sais pas quoi, c'est pareil, ça lui a monté. Il était trop savant. Ça s'est porté du côté des nerfs. Je vois là, il lit, il lit, il est parti ou il lit. Ben il est nerveux, il peut pas rester. Si il est debout faut qu'il marche, il peut pas rester assis. »

Parfois, l'effet du travail intellectuel est accentué par des conditions de vie qui ne sont pas adaptées à l'effort produit, en particulier l'insuffisance de nourriture et de sommeil, sont considérées comme une conséquence du choix de l'activité intellectuelle :

« Les jeunes, les études ça les fatigue, et malgré tout y en a qui sont pas nourris comme il faudrait pour les études... Et puis ça y est, ça leur tombe en dépression, ça leur anémie, ça leur tombe sur le cerveau. » – « Y en a un qui est parti. Il était premier partout quand il était à l'école. Il a fait son service militaire. Il voulait faire ingénieur, il avait tous les livres. Et son père il croyait qu'il mangeait les soirs quand il arrivait de travailler de l'usine : au lieu de manger, il était dans les livres, ça fait qu'automatiquement il a fait une dépression nerveuse. Il était là, on y commandait quelque chose : "Oui je vais le faire", mais fallait pas y commander deux ouvrages à la fois, la tête elle tenait pas, elle tenait pas... Y a rien à faire... »

Plus généralement, tout ce qui constitue une stimulation trop intense pour le cerveau devient cause de maladie, le bruit, la rapidité, le rythme de la vie urbaine, « qui va trop vite pour le cerveau » :

« Faut tout le temps courir, y a tout le temps à courir à droite et à gauche et ci et ça et faut y aller. » – « Ça fatigue, j'ai pas tellement été à Paris, mais rien qu'à Bourges, je disais à ma fille, j'y vivrais pas. » – « Ceux qui tombent en dépression nerveuse, c'est le bruit qu'y z'aiment pas. » – « Y en a c'est par le bruit, par n'importe quoi, par les écoles, y en a qui peuvent pas arriver, qui peuvent pas arriver, que ça les tourne, ça les tourne, c'est des hommes qui sont bien et qui sont là tournés. »

Les images « ça monte », « ça tombe », « ça tourne » recèlent une double représentation qui concerne à la fois l'organe, son processus de détérioration et la maladie mentale. L'altération du cerveau provoque le détraquement mental. Le cerveau « tourne » comme le lait, « prend » comme le beurre. Une vision naturaliste, inspirée par l'expérience quotidienne, attribuée, par analogie, le trouble mental à un processus chimique et physique. Ainsi dira-t-on également : « Il avait un bouchon dans le cerveau qui l'empêchait de parler. » C'est le pendant de la représentation de l'arriération comme arrêt et rétrécissement du cerveau.

Ces traits de langage ont un contenu plus riche en ce qu'ils désignent quelque chose de ce qu'est la maladie mentale : « ça », c'est quoi ? Un agent de nature encore obscure : une force exogène et polymorphe qui associe des phénomènes de transformation organique à des processus plus ou moins matérialisés : le bruit, la vitesse, la lecture ; une force contre laquelle on lutte en se nourrissant et qui va aussi bien produire de l'anémie que de la dépression, tomber aussi bien sur le cerveau que sur les nerfs, empêcher de parler, entraîner des oublis comme donner des tics et de l'agitation. N'est-ce pas la vision unitaire et substantialiste de la folie qui réapparaît pour articuler la dimension culturelle et symbolique au domaine organique, l'instance nerveuse – liée à l'univers naturel – à l'instance cérébrale – liée à l'univers social ?

Rares sont les personnes qui, aujourd'hui, s'expriment en des termes aussi clairs et surtout les organisent en un raisonnement causal explicite. Mais à prêter attention aux discours qui marquent la représentation dans un langage plus moderne et plus neutre, il devient évident qu'elle opère encore dans l'implicite. La reprise des verbes « prendre », « tomber », « tourner » ; l'accentuation du rôle de

l'instruction et la contiguïté associative qui relie cette dernière aux diverses formes de détraquement cérébral et nerveux ; les images rassurantes de l'innocence, ou celles inquiétantes de la nervosité ; cette présence multiple et une de la maladie sous des symptômes équivalents dans leur diversité. Tout vient indiquer que l'effort pour comprendre la maladie mentale assemble des éléments disparates – le type d'atteinte, le mode d'atteinte, la période d'internement en particulier – dans une construction qui emprunte aux angoisses du groupe – face aux valeurs étrangères, celles de la jeunesse, de la ville, du monde moderne – et à ses connaissances immédiates -tirées de leur environnement pratique et naturel quotidien – pour formuler une représentation du mal mental obéissant à un modèle latent. Peut-on aller plus loin dans cette exploration ?

Les significations attachées aux atteintes survenant dans l'âge adulte confirment que la dichotomie entre jeunes et vieux, pensionnaires d'autrefois et d'aujourd'hui, correspond à des conceptions différentes des processus pathologiques. Les troubles cérébraux fonctionnels correspondant au détraquement sont semblables chez l'adulte et le jeune, mais l'organisation du tableau clinique et l'étiologie sont spécifiques.

PAR QUOI LA MALADIE ?

[Retour au sommaire](#)

Quand l'internement, donc la maladie, survient à l'âge adulte, c'est aux circonstances de son apparition que l'on pense. La réponse n'est pas à un *pourquoi*, mais à un *par quoi*. Passer de la maladie de naissance ou d'enfance aux atteintes plus tardives revient à passer du *de* au *par*, de l'état correspondant à un stade d'évolution au fonctionnement correspondant à l'intervention d'un événement ou d'un agent extérieur, donc poser en des termes nouveaux la détermination de l'organique par l'histoire.

En effet, de la maladie mentale chez l'adulte, on dit qu'elle est « par accident » : à cette période, l'idée de processus endogène ne semble pas exister. Néanmoins, la variété des cas rangés sous le terme d'accident comme les histoires reconstituées à propos de certains malades montrent qu'une évolution pathologique interne n'est pas exclue et peut servir de critère implicite à la distinction entre les divers accidents.

À commencer par celle que l'on fait entre l'alcoolisme et les autres accidents. Dire que « la maladie c'est par l'alcool » recouvre des conceptions différentes : « Y en a c'est par l'alcoolisme, maintenant ça dépend de la nature de l'alcoolisme aussi. » La première pose une causalité directe mais restrictive. L'ingestion d'alcool provoque des troubles bien connus dont le plus courant est aussi le moins spécifique et le plus inquiétant. Il s'agit de la violence, ce que l'on nomme « la crise après boire » et que l'on apparente à la violence des nerfs, à la méchanceté :

« L'autre c'était un buveur. Il était pas commode, fallait rien lui dire. Quand il avait bu je le savais, je lui disais rien. Un jour, il jette la soupe à côté de la barrière. Un autre jour, j'ai eu peur qu'il me frappe. Quand il a lancé la soupe sur la barrière, j'ai été saisie sur le moment, c'est après que j'ai eu peur. Maintenant il boit plus. Il rentrera, il dira ni bonjour, ni bonsoir. Il parle pas. C'est son genre. Faut pas insister. Comme il buvait et qu'il était méchant, j'ai jamais essayé de le changer. »

Cette violence n'apparaît pas exclusivement dépendante de l'ivresse, qui la réveille plutôt qu'elle ne la crée. L'alcoolisme apparaît alors comme une conséquence de la maladie en ce que s'y révèle une malfaisance morbide. Quand l'ivresse a des effets peu accentués, on voit dans l'alcoolisme un vice auquel s'abandonne l'individu fragilisé par ses conditions de vie, son éducation, des influences extérieures, ou encore un refuge pour celui que des événements malheureux ont traumatisé. Cas de toxicomanie, il est imputable à une structure de personnalité pathologique :

« On en a eu un qui était très bien, un Nord-Africain, il était vraiment gentil, il bricolait, il aimait à s'intéresser à quelque chose, il avait envie de revivre si vous voulez. Mais il s'est mis à boire. C'était la maladie. Il m'a raconté un petit peu ses malheurs. Il a perdu tous les siens en Algérie. Sa femme a été égorgée, il a perdu tous ses enfants, ils sont morts de faim. Alors lui, il est venu travailler en France. Il a travaillé dans plusieurs entreprises. Et il a dû se mettre à boire, est-ce le chagrin, est-ce parce que d'habitude, ils ne boivent pas les Nord-Africains. Il a perdu tout son argent, il avait beaucoup d'argent d'après lui. Alors tout ça, ça n'aide pas tellement à guérir... S'il avait voulu être vraiment sérieux, il aurait pu retravailler, sortir... C'est un peu par sa faute. »

Enfin, existe un alcoolisme que l'on conçoit de « nature » autre. La différence de nature tient à ce que la maladie découle de l'alcoolisme des parents : « Son père était peut-être alcoolique, car beaucoup, les trois quarts, sont des descendants de ça. »

Le « descendant d'alcoolisme » n'est pas forcément alcoolique lui-même, mais il porte une tare autrement grave, car c'est son système nerveux qui se trouve attaqué, irrémédiablement :

« Si c'est un enfant d'alcoolique, on sait qu'il est irrécupérable, qu'il est nerveux, qu'il faut qu'il prenne des médicaments, que s'il les prend pas, ça va pas. Et c'est tout. »

L'alcool au premier degré réveille les nerfs, brouille l'esprit, au second degré altère le fonctionnement nerveux. Il y a là une vue de l'« organisation » de la maladie, plus encore que de son hérédité.

Par son étroite articulation à la zone nerveuse, par sa double référence à un terrain pathologique – celui qui le fait naître et celui qu'il engendre –, par le passage qu'il suppose d'un vice ou d'un défaut courant à un état pathologique

« incurable » et dangereux, l'alcoolisme diffère profondément des autres facteurs qui sont à l'origine de troubles mentaux chez l'adulte. Ces derniers se caractérisent par une action plus ponctuelle, relativement limitée dans le temps et délimitée dans ses effets, et n'entraînant pas un bouleversement total de l'organisation de la personnalité, même si elle en perturbe profondément certaines zones. Néanmoins, ces divers agents pathogènes se traduisent tous par un détraquement qui, bien que susceptible de rémissions, peut à tout instant reprendre sa virulence. Tout le problème du malade adulte est là :

« Du point de vue du pensionnaire, c'est peut-être moins compliqué quand c'est une maladie de naissance que quand c'est un malade d'accident. Pour le nourricier, il garde une attitude d'enfant, on sait qu'il est comme ça et qu'on peut pas le changer... Tandis qu'un homme qui a eu un accident, on se dit toujours : il peut avoir, il peut devenir... par les soins il peut devenir mieux, ou au contraire se redétriquer. »

Les troubles cérébraux dus à l'accident organique ou physique, pouvant laisser intactes certaines facultés, atteignent plus particulièrement celles qui jouent un rôle instrumental par rapport à la vie mentale (mémoire, attention ou parole) et n'interdisent pas la possibilité de récupération :

« Je sais pas l'avenir, dû à une maladie ou n'importe, ça peut nous arriver. Malheureusement j'ai ma fille qu'a le certificat, ben à dix-huit ans, elle a eu une encéphalite. Il a fallu tout lui réapprendre, l'heure, à compter et ainsi de suite. Ben je me dis, ces gens-là, c'est peut-être pareil. »

Il se peut même que l'accident ne laisse aucune trace mentale ou que seulement un handicap physique consécutif à l'accident rende compte de l'internement :

« On en a eu un qui a été mis en liberté. C'était un homme qui avait eu un accident dans le métro, il avait une quarantaine d'années, il venait de l'hôpital de Paris. Ben on l'a vu tout de suite, on a dit : "C'est pas possible, c'est pas un pensionnaire." Il savait bien tenir une conversation, on a vu que c'était pas un arriéré, ni rien du tout, qu'il était pas distinguable... » – « Et vous avez des infirmes qui sont là parce qu'il faut bien qu'ils soient à l'asile, parce qu'ils sont incapables de gagner leur vie, mais qui mon Dieu ne sont sûrement pas plus malades mentaux, ne sont peut-être même pas malades mentaux. Parce que j'ai reçu des infirmes qui viennent faire des courses, vous me direz que ce ne sont pas les seuls chez lesquels on ne remarque rien. Mais enfin il ne semble pas, on peut juger que seule leur infirmité serait de nature à justifier leur passage ici. »

Plus spécifique de la maladie de maturité est l'accident biographique quand, dans son histoire, l'individu a dû affronter des événements douloureux ou pénibles qui ont provoqué un « choc » avec pour séquelle le détraquement mental :

« On connaît pas la destinée, on connaît pas la vie. À Dun, y avait une comtesse ruinée, sa maladie ça venait de la vie de son mari ou de la vie d'elle. »

On distingue en fait deux types de « chocs » conduisant à des pathologies sensiblement différentes. D'une part, le choc moral, affectif, lié à une épreuve de la vie privée ou à des conditions de vie difficiles :

« C'est une maladie qu'on attrape par un coup quelconque... Ceux qui sont pris par... la maladie mentale... Y a beaucoup de choses qui peuvent arriver. Ça peut être aussi bien un malheur, une mort, un chagrin de famille. » – « Chez ma belle-mère, y en avait un qu'on aurait pas dit du tout un malade mental. C'était un homme qui s'était fait tout seul. Mais il a eu toutes les maladies et il avait plus de ressources. Il a pas pu reprendre le dessus pour travailler et on l'a versé dans ces maisons-là. »

D'autre part, le choc nerveux lié à une situation extérieure traumatisante, dont le cas type est la guerre.

Le tableau clinique correspondant au choc moral est relativement simple : perturbations mentales mineures ; signes courants de nervosité, généralement limités à des tics ; par contre, états à coloration dépressive fréquents :

« C'est des gens qui sont pas bien malades... un chagrin de famille c'est des trous de mémoire. Mais autrement ils sont comme chacun. Pour le travail, le vieux là-bas il a la volonté, le courage. Vous pouvez très bien discuter avec mais la conversation est pas la même qu'avec un gars normal. Sa faiblesse, c'est par la maladie, il a des trous. Il peut quand même pas soutenir une conversation comme une personne normale et si on lui rafraîchit la mémoire, ça peut lui donner un choc, ça peut lui dire : je suis pas normal. » – « Ce sont des gars qui ont été traumatisés pour une raison ou pour une autre, qui ont éprouvé de la difficulté à vivre, à jouir de leur pleine responsabilité, mais enfin ils sont là. Mais en dehors de certaines phases de dépression, de je ne sais quoi, ils ont un comportement tout à fait normal. »

Or précisément, ces symptômes dépressifs, porteurs de significations inquiétantes, révèlent, malgré l'apparence de normalité, l'étrangeté profonde du malade :

« Ceux qui sont les plus durs, c'est ceux qui ont le plus de cafard, ceux que leurs femmes les ont laissés. Ils ont toujours une idée fixe de ça. Tout en étant bien adaptés et gentils, ils ont ces idées fixes. Ça les rend pas plus difficiles, mais ils auraient plus tendance à songer tout seuls par périodes. Ils peuvent avoir des à-coups. »

Que le cours des idées lui-même soit affecté, voilà ce qui déroute chez le dépressif et le malaise est d'autant plus grand que les facultés mentales sont intactes. Car, de même que chez le jeune, dépression et instruction sont souvent liées :

« Vous avez une grande quantité d'intellectuels. Ce sont des gens qui étaient fatigués, traumatisés par des drames familiaux, alors. Y en avait un que mon vendeur appelait M. et qui sentait la chèvre, qui rentrait les sabots crottés. Eh bien ce monsieur, c'était un deuxième prix de Rome, d'architecture. Un artiste. Il a décoré la Société théâtrale,

c'était formidable. Eh bien il y a eu un drame familial, sa femme était devenue la maîtresse d'un avocat. Il a eu un moment de fatigue, alors grâce à un homme de loi, il a été possible, à moins que c'était peut-être justifié, en tout cas on l'a transporté en clinique psychiatrique et il a échoué là... On va de plus en plus, c'est d'ailleurs très pénible de constater cela, on va vers l'intellectuel fatigué. »

Le trouble de la pensée désoriente parce qu'il est difficile à déceler et à comprendre. Ce n'est pas pour rien que le malade qui s'ennuie est celui que l'on estime le moins capable de travailler et que l'on craint presque autant que le nerveux. Le dépressif n'a-t-il pas cet air sombre « en lui-même » où l'on anticipe la méchanceté car, dans son dégoût de vivre, perçoit la tentation de détruire :

« Il voulait pas manger, j'ai été le trouver, j'ai dit : "faut manger !". Pour me faire plaisir, y dit "j'ai mangé". Il avait le couteau sur la table. Il voulait se détruire, il me faisait un peu de peine. Alors j'ai pris le couteau, je l'ai fermé, je me suis fait craindre un peu sans le brutaliser, je lui ai dit "faut manger" sans lui parler méchamment ni rien du tout et je suis arrivé à le faire manger avant de partir... C'est des gens, vous comprenez, qu'on peut guère discuter avec, quand ils sont en colère on peut rien y faire. Il vaut mieux laisser faire ou alors les prendre en douceur. Comme lui je l'ai pris en douceur, et à ce moment-là ça a bien été. C'était un nerveux, un hypernerveux. C'était un type qui avait vécu et qui... quand il est arrivé là, il avait pas de remède, ensuite il avait des calmants, ça allait déjà un peu mieux. »

En fait, dans le dérangement de la pensée affleure l'emprise des nerfs par ailleurs peu manifeste chez le dépressif. C'est par là qu'il devient inquiétant, par là qu'il rejoint le jeune et le malade par choc nerveux :

« Ils ont les nerfs malades, ces gars-là. C'est des nerveux. Malheureusement y en a beaucoup ces temps-ci. Dans les jeunes surtout. Y en a bien dans le civil qui font des dépressions nerveuses. C'est la maladie à la mode, ça. »

La liaison entre histoire et détraquement reçoit un nouvel éclairage avec l'approche du choc nerveux dont le prototype est, chez l'adulte, le traumatisme de guerre. On attribue à celui-ci une atteinte primaire et grave du fonctionnement nerveux avec, par contrecoup, les perturbations de la vie mentale et active. L'importance attachée à la guerre s'étend d'ailleurs à toutes les situations militaires. Le service militaire, élément biographique aussi crucial que l'instruction, compte parmi les indices qui marquent que le pensionnaire a connu une vie extérieure ». Le passage par la carrière militaire est aussi discriminant que l'origine ethnique ou nationale, ou certaines professions. On dira « le parachutiste », « le légionnaire » comme on dit « le Nord-Africain », « le Polonais » ou « le professeur », et on le qualifiera de traits négatifs : « tête brûlée », « caractère insupportable », « mauvaise allure », « hardiesse », « violence » et « récrimination ». La rudesse de l'existence militaire comme ses à-côtés plus ou moins débridés ou licenciés créent, semble-t-il, une mentalité différente et particulièrement réfractaire au régime colonial :

« Au para, je lui disais rien, il allait avec les autres, puis tout d'un coup ça lui a pris parce qu'il aurait voulu être avec nous continuellement. Alors un jour je lui ai dit, j'aurais peut-être pas dû, qu'il était un pensionnaire comme les autres tellement il allait pas mieux, j'aurais peut-être pas dû. Ça se serait peut-être pas passé pareil, j'en sais rien, j'ai pas pu le garder. Il avait de la soupe, il jetait sa soupe et il disait qu'il mangeait pas assez. Y disait : "L'été, je mangeais pas de soupe à Paris." Je dis : ça peut pas marcher, y aura toujours quelque chose. Il avait eu une vie avec une femme, il pouvait pas se faire à la vie de la Colonie. Il pouvait pas se faire à vivre en moine comme ça. Et puis on sentait qu'il y avait quelque chose qui manquait chez lui. »

D'autre part, l'apprentissage et l'expérience de la violence constituent un incitateur en même temps qu'un modèle sur lequel se moule le rapport à autrui :

« Y en a qui donnent la peur comme le pensionnaire qu'était parachutiste, qui avait sa fameuse manie de démonter les appareils, tout de suite il m'a pas fait bonne impression. J'avais pas peur pour moi parce que je savais que je me défendrais. Mais j'avais peur pour mon mari parce qu'il avait une habitude, c'était de vous surprendre. Mon mari est pas véritablement handicapé, il a eu un déhanchement quand il était petit. À présent il a de l'arthrose, il se défendrait pas sur la force de ses jambes. J'avais peur, je me disais : si jamais il se mettait dans l'idée de le taper, il pourrait pas se défendre. Et il avait été dans un placement, elle en avait peur aussi, qu'il la tape, qu'il se lance sur elle. Avec l'air qu'il avait, il donnait l'impression de vouloir taper. C'est difficile à expliquer. »

Enfin, infligée ou subie, la violence est agent d'agression dont l'effet se fait sentir directement sur les nerfs :

« Il était toujours en train de nous rabâcher la même chose, qu'il avait fait la guerre, qu'il pouvait pas travailler parce que le soleil le chauffait, une autre fois parce qu'il prenait trop de gouttes, parce qu'il était pas suffisamment payé. Alors, il y avait tout le temps quelque chose. Il était d'abord pas suffisamment drogué, alors au bout d'un certain temps, vous savez, *les nerfs prennent le dessus. Et puis il se mettait à crier, à crier. À un point qu'on pouvait plus lui faire entendre raison, pas possible, il y avait plus moyen de le raisonner...* »

Et quand l'expérience militaire revêt un caractère paroxystique, sa remémoration entraîne répétitivement le bouleversement qui l'a accompagnée.

« L'autre, c'est un légionnaire. Ben s'il avait pas les médicaments, il serait pas doux tous les jours mon légionnaire. Y s'occupe à rien, y se promène y fait rien non plus. Y se distrait comme y peut. » – « Il est tombé malade tard, à trente-sept ans. *C'est de la peur. Il a toujours peur des bombardements. Il a toujours peur des Allemands. Y voit ça dans ses yeux, voyez-vous.* Il va facilement se retourner du moment qu'on l'a attaqué et des trucs comme ça. Ça c'est sa maladie. La dernière guerre. Par moments, il va être bien tranquille. Et soit en mangeant ou des trucs comme ça, il y pense, il nous dit ce qu'il a vu dans la Légion. Comment ça s'est passé. "Et patronne c'est bien ça", je leur dis oui. *Qu'est-ce que vous voulez que je leur dise, parce que si j'y dis non, vous savez qu'il se met en révolution hein !* Si je dis le contraire de lui. Alors faut toujours dire

comme lui. Là c'est une peur qu'il a eue mais sans méchanceté. C'est cette peur qu'il a eue et qu'est ici. »

Quand l'événement « fait impression », sa trace, indélébile, est celle de l'affect ressenti au moment du choc. Il ne s'agit pas seulement de remémoration, de reproduction ; « cette peur qu'est ici », c'est l'événement et son retentissement inscrits dans l'être, présents désormais comme sa dimension fondamentale, source des comportements qui cessent d'être ajustés à l'environnement social, ses codes et ses normes. L'expression est violence et désordre parce que violence et désordre ont marqué la césure d'avec le monde extérieur. C'est pourquoi tout ce qui fait violence risque de produire le désordre mental et tout ce qui est désordre, la violence. La guerre, mais aussi le bruit, la vitesse, la ville, toute forme de vie qui brusque les rythmes biologiques, l'équilibre naturel, contrevient aux normes établies, menaçant l'individu et le rendent menaçant :

« Ça nous pend au nez de plus en plus ces maladies-là avec la vie mouvementée. » – « Le changement chez les malades, c'est l'évolution, l'évolution de tout je crois. Il me semble qu'il y a dix ans, la vie était plus belle, aujourd'hui c'est presque une vie infernale. » – « Maintenant on se sent moins rassurés, ce sont de grands nerveux plutôt, c'est-à-dire c'est plutôt la vie actuelle. »

Le désordre moral lui-même génère la violence, ainsi verra-t-on la cause de certains déséquilibres nerveux dans la séparation des parents du malade.

CERVEAU TOURNÉ ET FORCE INTÉRIEURE

[Retour au sommaire](#)

Donc la nature de l'accident par lequel survient la maladie détermine le type d'atteinte. Dans la représentation naturaliste, le choc affectif « monte au cerveau » et provoque une altération de la matière cérébrale qui se traduit par des troubles fonctionnels irréversibles :

« Lui c'est une contrariété qu'il avait eue avec son père, ça lui a tourné. Mais c'est pas guérissable, celui qui est là tourné malade du cerveau. On s'en remet pas. »

Il semble que, présente dans l'être – « c'est la maladie qu'est là, qu'est là, y a rien à faire » –, l'affection correspond dans ce cas à un phénomène organique du type destruction ou décomposition car, à côté d'expressions comme « bouchon dans le cerveau » ou du terme « tourné », se rencontre dans le vocabulaire local celui de « tranché » qui signifie décomposé ¹.

¹ Tranché = décomposé. Trancher = tourner, aigrir (en parlant du lait, du vin, des aliments) (Gagnon, 1972, p. 323).

Le détraquement consécutif au choc se repère dans le discours par des déficiences mémorielles et, quand la mémoire reste intacte, un « déraillement » de la pensée – mélancolie ou délire – dont le cours aberrant va être soumis aux alternances capricieuses et lunatiques du rythme nerveux, comme il ressort de ce portrait pathologique :

« Y en a qui sont venus malades tard, comme le père... qu'est un bon vieux. Les premières années que je l'ai eu, *on pouvait quand même y tenir une conversation*. Mais maintenant il est perdu, on comprend plus ce qu'y dit, ni rien du tout. D'abord c'est un *périodique*, mais c'est sans importance pour nous, il parle tout seul, il envoie des messages, il téléphone, on le craint pas, c'est un bon vieux. On craint quand on a des agités... *Lui il se rappelle bien et tout*. Il m'a bien raconté comment il avait été. Y m'a pas dit qu'il avait été interné, mais il m'a dit : "On est venu me chercher à mon travail", il était vendeur en pharmacie. Il disait : "Ma femme a eu une grave opération, et puis ils sont venus me chercher à mon travail, on m'a amené et je suis venu ici..." *C'est un malade quoi. On sait bien qu'il a eu quelque chose qui est là dans le cerveau, c'est-y quand il a eu sa femme malade que ça lui a tourné, c'est-y... j'en sais rien.* »

L'influence des nerfs se fait sentir au niveau de la régulation de la pensée, par suite de la déficience cérébrale, sans pour autant exprimer un détraquement foncier du système nerveux. Ce dernier a pour forme chronique l'« agitation » et pour épisodes paroxystiques les accès de violence (cris, colère, actes agressifs ...) et la « crise », comme c'est le cas du choc nerveux avec l'enregistrement du traumatisme et des réactions qui l'ont accompagné dans le cerveau et dans le corps, dans la mémoire et dans les comportements.

Le règne des nerfs est marqué par le passage à l'acte. L'illustrent les croyances relatives à l'effet et la transmission des tics, qui figurent au nombre des signes les plus manifestes de l'atteinte des nerfs, au point de devenir parfois celui de toute maladie mentale. « Le mal mental souvent on considère comme ça qu'ils ont des tics, ils font toujours la même chose. » Entendu dans un sens très large puisqu'il se rapporte aussi bien aux grimaces, aux gestes saccadés ou sans coordination qu'aux manifestations spectaculaires du maboul, le tic exprime le détraquement nerveux dans le geste qui le fige en le reproduisant de manière répétitive et automatisée. Il demeure, quelle qu'en soit l'ampleur, désagréable et inquiétant :

« D'abord ils sont en chambre individuelle, on n'est pas en contact avec eux à être obligés de supporter s'ils ont des tics, à les supporter sous les yeux tout le temps. »

Car le spectacle que donne le malade comporte un danger étrange, il « choque », il « impressionne », il « donne la peur » on court le risque, à l'affronter, de subir un choc nerveux et de se détraquer soi-même en le reproduisant en soi tel qu'on l'a vu. Nul n'en est à l'abri mais l'habitude et la capacité de résistance de l'adulte, l'art du rapport avec les malades constituent de bonnes défenses. Il n'en va pas de même pour l'enfant, moins protégé par sa constitution et sur qui le spectacle fait mouche :

« Certains ont des tics et ça pose de graves difficultés pour les enfants qui vont rester marqués. Je connais une petite fille de quatre ans qui avait des tics atroces, ça m'avait intrigué au début, et j'ai appris par la suite qu'elle avait été en contact avec un pensionnaire qui en avait, et elle a été marquée par ce défaut qui était pas normal à sa famille. »

Avec un cerveau malléable, il y a passage direct du geste vu au geste reproduit, contagion par l'image, inscription spéculaire du détraquement nerveux. Le comportement commandé par le trouble des nerfs joue comme un modèle et produit le détraquement où il s'originait. Le trouble est dans sa manifestation et ne fait qu'un avec elle. Transmission par la vue, contagion directe, reproduction mimique et organique : il y a là une forme d'animisme que va confirmer ce que l'on pense de l'épilepsie.

La représentation sous-jacente à ce genre d'interprétation pose l'autonomie et le détraquement des nerfs de pair avec l'insuffisance cérébrale. Du malade par choc nerveux, on dira certes qu'« il a quelque chose dedans », mais on ajoute qu'« il lui manque quelque chose », que « le cerveau est vide », ne « commande pas au corps ». Tout se passe comme si l'ébranlement du corps retentissait sur le cerveau et le commotionnait.

La fragilité imputée aux enfants montre aussi que tout est question de capacité de résistance à l'assaut d'une agression externe qui « monte au cerveau ». L'exemple du contrôle de la peur, décrit sous la dénomination d'« habitude », permet de saisir ce processus. L'habitude semble être aussi une technique préventive, un moyen de prophylaxie mentale, destiné à enrayer le détraquement nerveux et cérébral. Moyen efficace puisque ce genre de peur n'a pas de séquelles chez l'adulte solide et bien armé, il permet que l'affect et son écho corporel ne s'inscrivent jamais de manière définitive et répétitive. Tout au plus entraînera-t-il cette forme de maladie locale appelée « crise de peur » qui peut entraîner l'alitement, évoquant le « sousto » des Amérindiens.

La notion de force de résistance apparaît comme un concept clé pour comprendre la genèse de la maladie mentale par accident. À propos du malade par choc affectif reviennent les termes de « fatigue », « faiblesse », « force » de volonté ou de caractère insuffisante pour « reprendre le dessus », de la même manière que l'alcoolique manque de force pour résister à la tentation de boire :

« Le dessinateur industriel, il a toute sa raison. Je me demande pourquoi qu'il est là. D'ailleurs il a pas passé par un asile. Alors que les autres, ils viennent de Vaucluse, Villejuif, Sainte-Anne. Lui non, il est venu directement comme ça. Je pense qu'il est venu à la mort de sa mère, ça a dû lui faire quelque chose, il s'est trouvé désemparé. Il avait pas assez de force de caractère. » – « Des fois quand ils sont là, c'est bien ce qui leur a manqué. Ceux qui ont bu, ça vient par ce côté-là. Avec un peu de force de

caractère, ils l'auraient pas fait. Aujourd'hui c'est ça qui manque, la force de caractère. »

Le malade n'est pas suffisamment armé pour affronter ce qui l'accable, comme le jeune ne l'est pas pour résister aux agressions du monde moderne. Tout se passe comme si cette faiblesse, qui est d'organe chez le jeune, était de « culture » chez l'adulte, comme s'il fallait, pour préserver l'intégrité cérébrale, la barrière toute « morale » des cadres mentaux que fournit l'éducation et que renforce la dure épreuve de la vie. Ce rapport entre la force morale et l'équilibre organique ressort de l'explication de la guérison d'un médecin qui avait subi un choc affectif :

« Je connais un médecin qui est tombé malade, il avait pourtant une certaine instruction, une certaine force puisqu'il était en contact avec des malades. Sa fille était malade, quand il a compris que sa fille était perdue, ça lui a monté au cerveau. Y a des personnes qui sont susceptibles à être plus malades que d'autres. Le docteur avait *une certaine force devant lui qu'il pouvait reprendre sa vie. C'est pas discutable. Il avait une certaine force qui avait moyen de résister à ce qui monte au cerveau. Il avait l'habitude des grands malades qui meurent.* »

La notion de force intérieure renvoie à la notion de terrain. La formation reçue, la façon dont on a été préparé à sa vie peuvent prédisposer à la maladie et expliquer qu'un même événement traumatisant ait un effet différentiel suivant le passé de chacun. Valable surtout pour les cas de choc affectif, cette interprétation suppose la privation d'une force à caractère positif. Mais ce n'est pas le seul sens dans lequel prendre la notion de force, ni celle de terrain. La maladie semble tenir, dans certains cas, à l'existence d'une négativité, potentielle ou effective, la prédisposition à être malade correspondant à un caractère génétiquement déterminé, comme le suggère tout ce que véhicule la notion de « nerveux ».

LES NERFS, LE SANG, LE MAL

[Retour au sommaire](#)

Car les malades par choc traumatique n'épuisent pas, et de loin, la classe des « nerveux ». Ils en constituent le sous-groupe des « cas d'accident » dont l'atteinte dépend, en nature et en intensité, d'une cause externe. Ce qui les différencie radicalement des autres « nerveux » si souvent opposés aux malades du cerveau en raison de la spécificité et du caractère endogène de leur mal. Dans ces cas domine la coloration fortement négative des symptômes qui prennent des proportions effrayantes ; le détraquement fait place à l'excitation, l'agitation culmine en « crise » et la violence en « méchanceté » :

« C'est surtout ça, *les grands nerveux, que j'aimerais pas d'avoir.* Je crains la crise, *une mauvaise crise* qui les prendrait, pas pour moi parce que je m'en défendrais toujours, mais pour les enfants. *Je crains la crise et les grosses épidémies, enfin les grosses maladies incurables.* Ça j'aimerais pas ça. Le reste on s'en tire toujours. »

De même que l'innocent apporte un spectacle rassurant, le nerveux, qui est son contraire absolu, impose une vision redoutable. Mais, passé cette fantasmagorie, on reste peu explicite sur ce qu'est l'atteinte des nerfs. Celle-ci semble correspondre à un processus interne étroitement associé à un terrain constitutionnel et qui, par son caractère ravageur, évoque l'idée d'une force négative en face de laquelle nulle ressource défensive n'existe chez celui qu'elle domine.

Alors que pour le choc nerveux existe la représentation d'une « attaque » de la maladie – « les nerfs sont pris », dira-t-on, ou encore « ça tombe sur les nerfs » –, pour ceux que l'on appelle les « grands nerveux », ces « agités » tant redoutés, la représentation est celle d'un *état*, en raison du caractère prédéterminé et endogène de l'affection. Ils sont vus tels depuis toujours : « nés comme ça », ce sont des « dégénérés »¹. La maladie, génétiquement inscrite en eux, provient des antécédents qui ont transmis une tare familiale ou acquise.

La maladie se transmet par le sang, provient de sa mauvaise qualité. Matière organique, comme le cerveau, le sang peut tourner² par suite de maladie, absorption de produits nocifs (tabac, alcool).

« Ils sont nés d'un mauvais sang ou alcooliques. » – « Y a beaucoup c'est les parents alcooliques. Pis vous avez des jeunes qui se marient, le père y boit, la mère aussi, et puis y fument, ça fait d'alcool et ça mange pas. Combien vous en avez comme ça. Eh ben quand ils auront des enfants, comment qu'y seront faits les enfants ? »

Cette dénaturation crée un terrain maladif qui en porte les traces et devient moins résistant :

« Lui il était né d'un sang tranché. Quand sa mère est venue dans l'âge critique, le sang ça l'a tournée. Elle a pas duré. » – « Vous avez des familles, le père c'est un ivrogne eh ben le gamin il a un œil de travers, c'est nerveux, c'est chétif. C'est pas que la mère leur fait pas à manger, mais c'est le sang, le sang qui est là, y a rien à faire. »

Certains rapprochements permettent de préciser la relation entre sang, cerveau, nerfs et corps. Dans le détraquement mental, la maladie est située dans le cerveau, elle se trouve localisée pour le détraquement nerveux dans le sang, ce qui confirme l'hétérogénéité et l'autonomie du système nerveux et son affinité avec le corps. Les nerfs, en fait, participent du corps par deux pôles, la motricité et le sang. La dénaturation de celui-ci détermine une dégénérescence fonctionnelle traduite, au

¹ On ne peut manquer d'être frappé par la similitude entre cette conception et la théorie de la dégénérescence qui, reprise par certains médecins de la Colonie, fut introduite à la fin du siècle dernier par Morel et Magnan (Castel, 1976).

² Les images relatives au sang s'inspirent de la vision naturaliste soulignée plus haut. Ainsi, dans le vocabulaire médical populaire, la pleurésie se désignait par « sang glacé », l'ecchymose par « sang mâché » (Gagnon, 1972, p. 300). Ces expressions n'ont plus cours aujourd'hui et il n'en est que plus remarquable que ce vocabulaire soit demeuré intact en ce qui concerne la folie.

niveau des organes, par la faiblesse, le rachitisme, la déformation et, au niveau des nerfs, par le désordre moteur. En retour, une vie trop mouvementée affectant directement la motricité retentit sur les nerfs et accentue les troubles dus au sang « mauvais » :

« Y en a c'est des nerveux, des enfants d'alcooliques. Ça fait rien de bien, ça. Ils viennent plutôt de la ville ces gars-là. C'est trop mouvementé, y a trop de bruit. Celui qui a la tête faible... Quand même à la campagne on n'en voit pas comme ça. »

Alors que, rapportée au cerveau, la maladie agit surtout par l'inhibition (amoindrissement des facultés intellectuelles et du contrôle régulateur), elle devient, quand elle est rapportée aux nerfs, maladie par excitation (débridement moteur, humoral, tendanciel). N'importe quel facteur externe d'excitation est susceptible de réveiller ou renforcer le mal chez un sujet par ailleurs mentalement affaibli. Dans la vie quotidienne, tout vise à éviter l'excitation du malade en éliminant les causes d'agitation, à l'occasion de jeux avec les enfants par exemple, de contrariété ou d'incitation à la violence comme cela peut arriver quand les nourriciers ne maîtrisent pas leurs propres réactions :

« C'est des nerveux mais c'est pas des gens qui cherchent à faire du mal, ceux que j'ai là. D'abord faut pas faire semblant qu'on a peur non plus. Comme on dit ici : on a plus avec du beurre qu'avec du vinaigre. Faut pas toujours être après non plus. »

En revanche, la maladie s'atténue dans une atmosphère paisible, l'air pur :

« Ils ont les nerfs malades ces gars-là, mais la campagne ça les repose beaucoup, la campagne, les gars, ça les repose de la ville parce que le bruit, sûr ça énerve. » – « J'en ai vu un changer, il était ben vraiment... je sais pas comment vous expliquer... sa tête d'ailleurs n'était pas sur ses épaules, il était nerveux, pour un rien il se mettait en colère. Et puis il s'agissait pas de crier après, il fallait le prendre par la douceur. S'il se fâchait, fallait pas crier plus fort que lui. Il faut jamais faire ça avec ces gens-là. Il faut savoir les prendre. Et il s'est amélioré et puis tout à l'heure, les crises sont beaucoup plus éloignées... » – « Ils sont moins énervés en campagne qu'en asile, parce qu'ils ont l'air pur. » – « Pour eux c'est mieux d'être là, ils ont quand même l'air. C'est bon pour eux, ça leur fait du bien, mais que ça peut les guérir, non. »

Entre le nerveux et son environnement, il y a fusion, passage d'influence, communication directe d'états. Une fois encore perce une vision animiste de la maladie, croyance que confirme la représentation des nerfs.

La représentation des nerfs est très floue, évoquant plutôt qu'une image d'organe, comme dans le cas du cerveau, un fonctionnement, c'est-à-dire un pouvoir en exercice : pathologique, ce fonctionnement sera soit mis en perspective dans le système organique, on dit alors que les nerfs « prennent le dessus » ; soit vu comme un processus indépendant, on dit alors que les nerfs « se contractent »,

« se mettent en crise ». Il semble y avoir une sorte de personnification des nerfs que l'on voit agir de façon autonome, avec des exigences particulières, modifier leur état en fonction de l'environnement et de l'activité. Ainsi réclament-ils d'être nourris : « C'est les nerfs, faut que ça se nourrisse », la privation alimentaire devenant facteur essentiel de détraquement nerveux :

« C'est par le manque de nourriture, par le manque de soins. La nourriture des enfants, les parents travaillent, les enfants ça va ben à l'école et les parents sont même pas à la maison la moitié du temps. *Y mangent pas et puis ça y est, ça leur anémie, ça leur tombe...* Et puis chez les filles, elles veulent se faire maigrir, elles mangent pas, faut bien que ça passe *quelque part...* Ça y va tout de suite sur la poitrine ou ailleurs... ça y tombe en dépression nerveuse. »

De même, le travail peut épuiser les nerfs : « À travailler toute une journée, il lassait ses nerfs. »

Les conditions atmosphériques peuvent les irriter : « Avec le changement de temps, les nerfs se contractent. »

Par cela les nerfs, entité obscure, sont confirmés dans leur double relation au sang et à la nature. Que la nourriture ait une telle incidence sur leur état montre bien qu'ils sont indissociables du substrat biologique, de ce qui constitue la matière vivante de l'individu, le sang qui « se fait avec la nourriture ».

De fait, les nerfs sont conçus comme une force, un potentiel énergétique qui anime le corps et les mouvements ; leur tension est à la base de la vigueur et de la motricité ¹ en donne la preuve l'effet prêté aux médicaments :

« Ceux qui ont des médicaments pour leur tomber les nerfs, automatiquement avec la fatigue, ils ont pas le soutien pour travailler. »

¹ Dans des entretiens menés en 1961, sous la direction de S. Moscovici, et portant sur les représentations du corps et de son fonctionnement, on a trouvé des éléments concordant avec cette vision et corroborant notre interprétation. Pour les personnes âgées et de faible niveau d'information, le sang représente « la vie, l'énergie au corps » et les nerfs sont assimilés aux veines et au sang : « Ça représente la force, c'est tout ce qui nous fait tenir. Si on n'avait pas de nerfs, on tiendrait pas debout. Les nerfs et les muscles ça doit être pareil. Il y a de la graisse, du gras, les muscles c'est les nerfs... les veines enfin. Si on n'avait que les os, je sais pas s'ils se tiendraient, les jointures ne tiendraient peut-être pas. Je crois que c'est les nerfs qui font tenir la musculature et tout ça, la chair quoi. Les muscles c'est beaucoup de nerfs qui sont ensemble, il y a pas beaucoup de viande. C'est ce qui nous sert à marcher, à tenir debout, à porter. » Quant à la nourriture, « c'est les vitamines, c'est l'énergie quoi, ce qui va dans le sang, c'est les nerfs ». Par ailleurs, les indications concernant la médecine populaire (Gagnon, 1949) confirment le rapport établi entre attaque nerveuse, circulation sanguine et excitation externe. C'est ainsi que, pour soigner une attaque, on avait coutume de couper le lobe de l'oreille de manière à faire couler le sang dont le débit était accéléré en tapant sur des chaudrons et des casseroles.

Les nerfs sont comme la face noire de l'énergie vitale, une force qui peut éclater en violence quand elle tourne à vide, se transmuier en méchanceté quand elle échappe au contrôle cérébral :

« C'est gros, ces maladies-là, c'est fort. Quand ils sont dans ces crises-là, ils ne se retiennent plus. Il le dit lui-même : "Je ne sais pas ce que je serais capable de faire, méfiez-vous, je peux être méchant" »

La force que portent ou sont les nerfs symbolise aussi l'animalité de l'homme, son appartenance au règne vivant, assurant sa communication avec les autres forces de la nature, forces atmosphériques ou cosmiques à l'influence desquelles nulle espèce vivante, même végétale, n'échappe. Et c'est sans doute cette idée de puissance naturelle participant au monde « sauvage » qui rend possible l'émergence de la violence et de la méchanceté, si spécifique du nerveux.

LE PÔLE OBSCUR DU MAL MENTAL

[Retour au sommaire](#)

Mais cette vision sur les profondeurs de laquelle un aperçu n'est possible qu'à rapprocher ce qui se dit, en bribes et en effleurements fugitifs du langage, des nerveux et des nerfs, est loin d'être présente, aujourd'hui, comme élément conscient de la représentation. Derrière le refus massif du malade nerveux, on se heurte à une sorte de vide de la pensée. Rien ne se dit de plus précis que la nécessité de se méfier du nerveux, parce qu'il est nerveux, risque d'avoir des crises et de devenir méchant, violent. Cette figure menaçante hante l'enfer des nourriciers. Enfer fantasmagorique puisque chacun assure n'avoir pas affaire à ce genre de malade ou s'en être vite défait.

D'où viennent alors et cette crainte obsédante de la crise et cette notion de crise elle-même ? Force est de remonter dans le passé de l'expérience collective pour en retrouver l'origine dans le seul traumatisme qu'elle ait connu : l'épilepsie.

L'épilepsie qui vient en premier quand il faut préciser le genre de malade que l'on ne veut pas avoir, surtout à cause des enfants :

« L'épilepsie, j'y craignais pour les enfants. Ça s'attrape pas, c'est une maladie des nerfs, mais pour les enfants c'est pas beau. Ça fait impression. J'avais peur que ça y donne la peur, que ça y fasse un effet. »

L'épilepsie comporte plusieurs éléments effrayants et redoutables. Avant tout la brusquerie de l'accès et la chute qui l'accompagne : voir quelqu'un « tomber du mal » est un spectacle insupportable pour celui qui ne connaît rien de la maladie mentale :

« L'épilepsie, c'est pas le même genre de malade, j'en ai jamais eu, mais j'en aurais pas voulu pour les enfants. On craint que ça leur donne la peur quand ils tombent, que ça donne un choc nerveux aux enfants, des trucs comme ça c'est à craindre. C'est des choses qu'on voit beaucoup en grandissant, c'est pas qu'y a du danger. »

La chute rend évidents le scandale et le désordre d'une maladie difficile à comprendre sinon impénétrable et que seule l'expérience fait admettre :

« J'en ai eu un qui avait des crises d'épilepsie, à cause du petit, j'ai pas voulu le garder. Vous savez, il tombait, c'est quand même impressionnant pour des petits enfants. Quelqu'un comme nous déjà... Mon petit avait trois ans et de voir ça, ça fait quand même un choc. C'est d'ailleurs lui qui l'a vu le premier, il est venu me dire qu'il était tombé. Mais je lui ai pas expliqué que c'était... il aurait pas pu comprendre. »

Et la chute est d'autant plus impressionnante qu'elle s'accompagne de phénomènes secondaires qui, eux, sont porteurs de significations dont la crise tire aussi sa dangerosité. Au nombre de ces phénomènes figurent d'abord les « gestes » que l'on interprète dans un double sens ; ils sont gestes de la brutalité, de l'attaque :

« Les maladies nerveuses, c'est pas agréable. On a toujours peur de les voir tomber du mal, faire du mal, faire des gestes. C'est désagréable. Les gestes, je crains des gars comme ça, j'en ai vu tomber, ça m'a resté marqué » ;

gestes de la sexualité qui s'y révèle dans une violence paroxystique :

« Quand ils tombent du mal, ils font toutes espèces de gestes vilains. J'en ai vu un tomber dans la boue, il avait un geste avec sa jeannette (sa verge) en tombant, ça fait un mauvais exemple pour les enfants. »

Il faut ce détour, tant est grande la réticence à en parler, pour mesurer l'inquiétude suscitée par la sexualité des malades qui, chez le nerveux, paraît hypertrophique et indissociable d'une impulsivité agressive :

« J'aime pas les gens nerveux, les gens, comment qu'on appelle ça, les gens sexuels là, qui sont pour les femmes, ça j'ai horreur. J'en ai eu un qui était très nerveux, c'était un homme violent, il avait l'air envers les femmes, on l'a eu que deux mois. Il vous aurait tapé dessus jusqu'à prendre son couteau pour se lancer sur nous ! »

Fort de cela, ne peut-on se hasarder à penser que, derrière la brutalité et la méchanceté dont on fait grief à tant de pensionnaires, se cache une appréhension sexuelle que l'on s'interdit d'exprimer ? Un autre aspect de la crise épileptique est vécu comme particulièrement frappant : la tendance à baver. Une vieille femme évoquait ainsi ses impressions :

« À l'église, ils mettaient les bancs des pensionnaires sous les cloches à côté des gamins. Un jour des Rameaux, y en a un qui est tombé, il écumait tellement, moi la frousse m'a pris... Après on a mangé du pot-au-feu, j'ai pris un dégoût du pot-au-feu,

j'ai repris du bouillon gras que pour le gamin quand je l'attendais. Je me suis figurée que c'était le malade, celui de l'église qui s'était trouvé d'écumer. »

La frousse vient de l'inconnu, mais aussi de la violence, celle de la chute certes, mais comment ne pas évoquer, dans l'écume, celle de la rage, au sens figuré et au sens propre : que l'on se souvienne, le malade mauvais, c'est le ch'ti ; mais un ch'ti chien, c'est un chien enragé. Il y a plus : cette écume retrouvée dans le bouillon fait à partir de viande, c'est celle du malade, c'est le malade qui est là, ou son mal. Ubiquité et transfert de la maladie : percent encore l'animisme et l'idée de contagion qui, malgré les dénégations, reste présente dans les esprits :

« J'en ai eu un d'épileptique, il tombait, c'était pas agréable... Il avait... il avait... plein la bouche. Ben à ce moment-là j'emmenais pas les enfants, je téléphonais, on venait l'emmener tout de suite et pis ça y était. Ça c'est pas agréable surtout où qu'y a des gosses. Ça fait peur puis après les gosses ça l'attrape un peu je crois, je l'ai entendu dire... »

Si avec l'écume, bave de l'animal échauffé, excité ou enragé remonte toute une part instinctuelle et bestiale de l'homme qui est force incontrôlée, violence et sexualité, se confirme également la liaison des nerfs et des liquides organiques dont le jeu épouse les phases d'excitation. De l'épileptique qui parvient à maîtriser ses réactions, on dit qu' « il se tient », mais alors « il devient blanc », ni bave ni sang. Et le nerveux évoquera immanquablement la « crise » ou l'épilepsie dès lors que le sang affleure au visage :

« On en a un nommé X... Là il était pas commode non plus, y avait des moments. Je me suis pas aperçue qu'il avait des crises vraiment. Mais y avait des moments où il était violet, à ce moment-là il faisait des yeux tout drôles et il était quand même pas tout à fait normal. C'est du reste un jour qu'il s'était pris avec Y... on a entendu à travers la porte, on était pas levés, mon mari a été en chemise et il l'a mis dehors et il a mis Y... d'un autre côté. Là j'ai pas pu savoir ce qu'il voulait faire. Une autre fois, j'ai un fils qu'avait dix-sept ans et qu'était costaud, s'il avait pas été là, je sais pas ce qui serait arrivé. J'avais une pile de vaisselle pour laver, j'étais embarrassée, y m'attrape par le bras et y me tirait, il me tirait, il me regardait, ça y me tirait. Je dis : "Tiens, mais qu'est-ce que t'as." Il me dit rien et puis toujours il me regardait. Et puis comme mon fils était pas bien loin et quand il a écouté que je parlais assez fort, il s'amène. Y dit : "Qu'est-ce qu'y a." J'dis : "J'sais pas, y me tient le bras, il veut pas me lâcher, y m'répond pas." Alors il s'avance, il dit : "Tu vas lâcher ma mère." Mais toujours il voulait m'emmener et toujours j'avais ma pile de vaisselle. Quand il a vu ça, il y a pas été par quatre chemins, il lui a donné une paire de claques, là il m'a lâchée. Quand y venait rouge, je sais pas si ça aurait pas été un genre de crise épileptique. »

Autour de la crise épileptique se noue l'unité des nerfs, des forces instinctuelles et organiques. La puissance du sang et celle du mal, en même temps qu'affleure, tangible et omniprésente, la maladie.

Actuellement, on ne voit plus guère de crises d'épilepsie puisque « tout à l'heure y en a moins, ils sont soignés, y a des médicaments, y tombent pas comme y tombaient dans le temps ». Les témoignages détaillés que nous avons recueillis le furent auprès de nourricières âgées. Maintenant on se contente de dire que l'on craint l'épilepsie à cause des enfants, sans s'appuyer sur aucune expérience et sans livrer les raisons de la crainte. Il ne reste que le silence de la peur et les médicaments.

Les médicaments qui, en étouffant les symptômes, ont rassuré, mais en se généralisant font planer partout le risque de la crise. Au point que tout malade qui en prend est étiqueté « nerveux » :

« C'est les nerfs principalement. Les médicaments c'est un petit peu tout pour les nerfs. Ça dépend de l'âge. Ils ont leurs médicaments tous ces gens-là, faut surtout y veiller. C'est très important, très important. Si on donne pas des médicaments réguliers, y seraient énervés. »

À endiguer la crise, les médicaments en sont venus à la signifier avec tout son cortège de menaces :

« Maintenant c'est plus pareil, c'est plutôt plus méchant, c'est plus pareil. Ils sont beaucoup traités, mais ils sont plus difficiles. Autrefois ils étaient des fortes têtes, tout simplement ça. Ils allaient une fois par semaine pour être traités, mais c'était pas grand-chose. Tandis que maintenant avec le Nozinan, le Largactyl, les gouttes de je ne sais quoi, y sont trop traités. Ça fait une sécurité, c'est tout simplement ça. Y vaut mieux qu'ils soient trop drogués pour la sécurité. S'ils étaient pas, ça choquerait les gens. Les médicaments, ça fait une garantie. Avant ils les mettaient au Pavillon pour les punir, pas pour les soigner, pour les punir. Le gros L., il nous avait injuriés, faut voir ce qu'il nous avait sorti comme mauvaises paroles, comme mauvais gestes. On l'a dit à la Colonie et on l'a mis tout nu dans la cellule où on met les gens en camisole de force, trois jours comme ça. En sortant, il a plus recommencé. »

La chimiothérapie accentue le caractère physiologique de la maladie, donc devient le signe de la dégénérescence nerveuse où *la violence et le désordre* sont traits génériques :

« Ils ont toujours eu des médicaments. Vous avez des malades qui peuvent pas s'en passer. J'en ai qu'un là dans la bande qui n'en a pas. C'est une maladie mentale aussi, mais il peut quand même se comporter... Il est pas méchant. Il est bien nerveux mais il est pas méchant. Tandis que les autres, sans être soignés, on sait jamais. »

Tout un travail d'élaboration symbolique substitue ainsi à la valeur thérapeutique des traitements médicamenteux une valeur pragmatique, et renforce leur caractère anxiogène. Dans la mesure où ils sont tenus pour exclusivement réservés aux « grands nerveux », lesquels sont inguérissables, ils n'ont de valeur que calmante et contribuent à désigner ce qui est la véritable maladie mentale,

celle qui est incurable. Partant, ne pas avoir de médicaments revient à ne pas être malade :

« Les miens, jamais ils sont malades, ils prennent pas des médicaments. Il y en a qui prennent des médicaments, tandis que moi jamais. Ce sont plutôt des arriérés. »

Avoir des médicaments revient à ne pas être guérissable, c'est-à-dire à porter toujours en soi le danger de son mal, donc à faire peser sur les autres la menace de sa méchanceté :

« On sait pas ce qu'ils peuvent faire... je pense pas qu'ils soient dangereux... En général, s'ils prennent leurs médicaments... En principe celui que j'ai là, il a des médicaments pour calmer... des médicaments de gens un peu méchants. Enfin il a peut-être été méchant quand il a été ramassé. S'il a eu une crise, il a peut-être été méchant. »

La boucle est bouclée : en faisant disparaître leurs manifestations extérieures, le traitement chimique finit par ramener toutes les pathologies qui en relèvent à la nervosité et, en elle, à ce qui, de longue tradition, a toujours été l'essence de la folie quand elle n'est pas innocence, la méchanceté :

« Y en a qui croient que comme c'est des malades mentaux, pour ainsi dire ils sont méchants. Ça fait qu'on s'aperçoit tout de suite qu'ils sont pas si méchants que ça. Vous savez, quand on parle d'un malade mental, on dit qu'il peut aussi bien donner un coup de trique qu'un coup de pied, que c'est méchant... On dit que c'est des malades mentaux, c'est des fous... que c'est même des fous intenable. »

De l'innocence à la méchanceté, un long cheminement poursuivant pas à pas la construction de l'objet maladie a permis de découvrir toutes les formes que revêt la maladie mentale, à travers les facteurs qui la spécifient, la véhiculent, la favorisent ou la déterminent. Construction relativement claire où symptômes, périodes et zones d'atteinte balayent assez bien le champ du connu.

D'un côté le cerveau, son développement et l'influence de la société. De l'autre les nerfs, l'identité biologique et la nature sauvage. D'un côté l'innocence et la lente progression du mal à mesure des méfaits de la société. De l'autre la méchanceté et sa source obscure. D'un côté les cadres sociaux de l'équilibre et l'imitation des modèles éducatifs ; de l'autre les forces du désordre et l'impression contagieuse, l'animisme. Entre ces pôles où transparait toute une théorie de l'homme et de la société, une construction rationnelle pour distinguer les divers types de maladie en usant des catégories que son expérience et sa vision du monde mettent à la disposition du milieu qui doit vivre avec les malades.

Cette construction a tous les caractères d'une connaissance prémédicale (Foucault, 1961 ; Barthes, 1972 ; Augé, 1980) : identification du symptôme et de l'affection, pas de nosographie ni de dénomination des maladies, étiologie à

dominante morale ou sociale. Elle présente par ailleurs de grandes parentés avec les conceptions psychiatriques du XIX^e siècle (opposition de l'arriération et de la dégénérescence, valeur du traitement moral entre autres) partagées par les fondateurs de la Colonie. À côté de la dépendance à des modèles anciens, elle montre le rôle de l'axiologique dans l'explication causale préscientifique et le recours fourni par le biologique pour argumenter les peurs que suscite la maladie mentale.

Nous pouvons observer ici l'articulation entre les processus de la représentation sociale : l'objectivation et l'ancrage. Le noyau fonctionnel « cerveau-nerfs-monde de chair et d'os » qui rend compte du fonctionnement bio-psychologique et des états pathologiques renvoie, quand il s'agit de penser l'étiologie de la maladie mentale, à un triple étayage dans le patrimoine culturel du groupe, son « déjà-là pensé ». C'est d'abord l'étayage sur une opposition morale entre « innocence » et « méchanceté » dont les racines judéo-chrétiennes sont évidentes. C'est ensuite la reprise de cette opposition dans les termes proposés par la psychiatrie du XIX^e siècle, « arriération » et « dégénérescence ». C'est enfin l'étayage sur les valeurs du groupe, pour penser, *a contrario*, les causes exogènes de la maladie mentale : tout ce qui contrevient à des valeurs existentielles engageant un mode de vie et un code moral devient source de perturbation. Mais, sur cette construction, un phénomène nouveau, la médicalisation de la folie par l'introduction des médicaments psychotropes, va produire une résurgence de croyances anciennes, enfouies dans la mémoire collective, mettant les pleins feux sur le masque tragique et inquiétant de la folie.

Chapitre 8

L'agi d'une pensée sur la folie

« La grand-mère, toute sa vie elle a eu sa vaisselle et sa fourchette marquées. Les anciens voyaient davantage ça comme une maladie incurable, que ça s'attrapait. »

« L'entretien du linge, je fais séparément question maladie ou autre. La vaisselle aussi parce qu'avec les enfants on a toujours pris ça au départ, ou alors si ce sont des très très propres, parce que dans le fond, ce sont des êtres humains comme nous, mais enfin... »

« On peut pas craindre la maladie, oh non, c'est pas contagieux. Mais enfin y a des pensionnaires qui embrasseront facilement un enfant. Alors ça, j'aime pas ça. »

[Retour au sommaire](#)

Les approches successives de ce en quoi survient la maladie et de ce par quoi elle advient débouchent sur l'incessante affirmation qu'elle « est là », « dans » le malade. Sous l'apparente rationalité d'un modèle qui conduit, de cause en organe, à la saisir différente en chacun, tout revient à la voir opérer identiquement chez tous. La construction bipolarisée autour du cerveau et des nerfs se resserre, quand on passe des malades à la maladie, sur l'unité d'un « détraquement », mental ou nerveux, produit par les causes exogènes ou endogènes, et sur l'identité du processus pathologique au niveau organique : la maladie qui « tourne ». Unité et identité qui, dans les creux de cette construction, concernent la nature de la maladie. Mais existe-t-il une représentation claire de ce qu'est cette essence de la folie ? Les récurrences de certaines expressions du langage comme les implications de certains évitements concernant l'approche de la maladie en livrent les linéaments. Mais il s'en faut que l'on dise cette pensée sur la folie.

Dans les formes langagières, l'unité opératoire de la maladie qui « tourne » la matière organique se complète d'une vision substantielle et transitive : la maladie vient « de », ou « par », « tombe sur », pour être « chez » le malade, spécifiée « dans » une multiplicité de signes, toujours prête à ressurgir quand elle ne risque pas de « s'attraper ». Ces tournures reflètent, sans doute, un phénomène de « naturalisation » propre à toute représentation sociale, une tendance de la pensée naturelle à « chosifier » les notions, faisant de la pathologie une entité concrète,

matériellement présente dans le corps et ses symptômes. On peut aussi, comme nous l'avons remarqué dans les chapitres antérieurs, y voir la mise en œuvre d'emprunts au savoir traditionnel ou à l'expérience partagée dans le monde paysan, et dont les schèmes servant à penser les processus de la matière vivante sont transférés au processus pathologique, faute de disposer d'un outillage mental approprié. Mais le vide notionnel où se trouve la communauté n'explique pas seul une telle reprise. Le langage nous paraît aussi porter les traces d'une vision de la folie dont l'écho se retrouve dans certains comportements.

Dans ces comportements pointe l'idée d'une possible contamination par la folie, malgré les réassurances données par l'hôpital auquel on dit accorder un total crédit. Nous l'avons vu : on empêche la contagion nerveuse en écartant la vue des tics et des crises ; on empêche le retour de la maladie en évitant d'en parler avec celui qu'elle mine le refus d'en parler tout court sert à en conjurer la survenue inquiétante. Ces pratiques interrogent doublement. Elles indiquent que les énonciations de type substantialiste ou impliquant une circulation matérielle de la maladie mentale ne peuvent totalement s'expliquer par un processus d'objectivation, caractéristique de la représentation. L'angoisse qu'elles expriment correspond à quelque chose de plus qu'un phénomène cognitif. D'autre part, basées sur l'évitement de contact visuel ou verbal, elles révèlent des éléments de croyance à caractère magique (toute-puissance de l'imitation, du regard, de la parole dans la transmission et la création d'une chose), difficilement compatibles avec les cadres rationnels et, de plus, source d'anxiété.

Une hypothèse vient alors s'imposer. Dans la conception de ce qu'est la nature de la folie, entreraient des éléments de croyance qui, du fait de leur archaïsme et de leur caractère anxigène, n'auraient de traduction possible et autorisée que dans les actes qu'ils inspirent. Nous serions en présence d'une vision de la folie qui, subsistant à l'état de trace dans les tournures langagières, se donnerait, sous certains aspects, non comme un pensé mais comme un agi, d'autant moins aisément formulable en termes explicites qu'il ressortit plus à un univers irrationnel et dominé par la peur. Autrement dit, certaines dimensions de la représentation de la folie seraient repérables dans le rapport concret avec le porteur de la maladie, dans les gestes de la pratique quotidienne, sans avoir toujours un correspondant verbal, ni même, chez certains, mentalisé. On saisirait alors l'agi d'une pensée sur la folie qui ne dévoilerait son sens qu'à être questionné, donnant, en retour, sens à maints déplacements et contradictions du discours. Le problème posé par une logique qui s'efforce de construire l'objet-maladie en termes rationnels mais trébuche, comme l'a montré le chapitre précédent, sur une donnée scientifique, en principe rassurante, la thérapeutique chimique, s'en empare pour la charger d'angoisse, invite à suivre une telle démarche ¹.

¹ À propos du sujet abordé dans ce chapitre dont l'ordre d'exposition ne correspond pas à celui de la découverte, un point de méthode doit être souligné. L'attention a été appelée dès l'ouverture de l'enquête sur les problèmes liés aux médicaments et à l'entretien des affaires des malades. Par

L'on a pu voir ainsi comment, historiquement associés à la disparition de crises spectaculaires, les médicaments en sont venus à désigner le malade nerveux et à imputer des pires menaces tous ceux qui sont traités chimiquement, tout en sauvegardant les catégories anciennes dans lesquelles on a appris à ranger de façon dichotomique les fous. Mais une telle élaboration pourrait-elle fonctionner aussi rigoureusement et mobiliser autant d'angoisse si elle reposait uniquement sur une contiguïté historique et l'observation de quelque cas quand aucune information n'est détenue concernant la destination du traitement ? N'y a-t-il pas, dans ce que les médicaments signifient *en tant que matière ingérée* ayant un effet spécifique sur la maladie mentale, une source d'inquiétude ? La résistance manifestée par les nourriciers à administrer les médicaments le laisse penser.

MALADES DE SOIGNER

[Retour au sommaire](#)

Bien que la distribution des médicaments, la surveillance des prises soient tâches essentielles auxquelles faillir entraîne des sanctions (retrait temporaire du malade et même fermeture du placement), les cas de déroboade sont nombreux que ne peut expliquer seulement le souci de préserver la force de travail du

quoi s'indique leur caractère nodal dans l'organisation du champ de la représentation relatif à la maladie mentale.

D'une part, en effet, les informateurs du milieu hospitalier ont mentionné d'emblée et spontanément la résistance aux médicaments et les phénomènes d'allergie. Ils se déroberent en même temps à toute explication et à la demande d'indiquer sur les questionnaires de recensement des placements ceux où avaient été constatés des cas d'allergie ou de refus d'administrer des médicaments. Ceci permit d'être alerté sur l'importance du problème, à la fois saillant et occulté.

D'autre part, l'approche de type ethnologique adoptée dans les entretiens a été déterminante dans l'ordre de la découverte des conceptions les plus secrètes de la maladie. Centrer une partie des interviews sur les habitudes en matière de vie avec les malades, a autorisé l'émergence d'informations décisives, sans lesquelles toute une part, essentielle, de la représentation de la folie aurait été manquée. Dès les premières interviews, les questions sur les pratiques quotidiennes ont fait surgir le fait brut de la répulsion pour les liquides touchés par les pensionnaires, liée à la séparation de leurs affaires. Il a fallu tout au long de l'enquête réitérer les questions sur ces pratiques et tenter d'en faire élucider le sens – la plupart du temps en vain – pour obtenir quelques commentaires associatifs permettant un accès indirect au fonds de croyances qu'elles véhiculent. Nous reconstituons ici, au fil des associations sur les pratiques d'entretien, le cheminement et la stratification de cette pensée. Démarche qui va à la rencontre de deux séries de problèmes d'ordre théorique ayant trait au rapport entre représentation, pratique et symbolique et au rapport entre systèmes de pratiques et croyances et organisation sociale. Comme dans les précédents chapitres, le souci de décrire au plus près la matière révélée par l'enquête pour y dégager les modèles qui structurent le champ de la représentation (souci encore plus vif ici où les données pointillistes ne prennent sens que dans un mouvement incessant de rapprochement et de confrontation), conduit à remettre leur examen à une étape ultérieure, objet de l'Épilogue.

pensionnaire ou tout simplement son état général, exprimé par maintes nourricières :

« Ils sont pas toujours améliorés par les médicaments. Moi je trouve qu'on les dope peut-être trop. On leur donne des médicaments qui sont peut-être trop forts. J'en ai un malade, si on lui donne vraiment... D'ailleurs je lui ai fait diminuer ses gouttes. Ça l'assommait totalement. Puis alors ce qu'il y a, ça lui enlevait toute mémoire, le goût à travailler. Ça l'avait anéanti complètement. »

Le vétérinaire et l'infirmier-visiteur se disputent les découvertes savoureuses : l'un d'avoir soigné canards et volailles intoxiqués par l'absorption de pilules jetées près des mares ou des tas de fumier, l'autre d'avoir débusqué des boîtes où plusieurs centaines de cachets étaient dissimulés.

Le refus de toucher et d'administrer des médicaments est aujourd'hui le fait de quelques-uns ; hier, ce l'était de tous :

« C'est le D^f ... qui a demandé de donner ces médicaments. Ça ne se faisait pas avant. Ça a été une chose formidable pour *greffer* tout ça. Ça avait pas toujours été bien accepté par les nourricières. Elles avaient formé un syndicat et elles menaçaient de rendre les malades. »

Pourquoi ce refus ? Certes, cela représente un travail supplémentaire qui coûte parfois, tant il faut user de patience et de ruse pour venir à bout de certains malades réticents. Mais est-ce la seule raison ?

L'introduction des médicaments a transformé la perception des malades comme on l'a vu, mais cela n'a pu se faire qu'en modifiant la perception de la maladie elle-même. Le témoignage d'un ancien de la Colonie permet de pénétrer le mécanisme de ce mouvement :

« Quand j'ai débuté, on avait pas les médicaments comme on les fait maintenant. On avait quatre gammes de cachets, on les faisait nous-mêmes. Y en avait avec du bleu de méthylène, d'autres de la rhubarbe... c'était pour donner des médicaments. *C'était inoffensif*. Y avait des malades qui venaient de Valigny chercher des médicaments, ils voulaient être soignés. Le docteur disait : "Donnez-en douze, quinze, une trentaine." Il disait : "Prenez pas plus d'un par jour et revenez quand ça sera fini." *C'était inoffensif*, ça marchait bien. Y a que la foi qui sauve, je connais un infirmier à Ville-Evrard, il y avait un malade qui faisait du cirque jusqu'à deux, trois heures du matin. Il se demande ce qu'il pourrait bien faire pour le faire dormir. Il avait roulé de la mie de pain, mis les petites boules dans une boîte et les passait dans la poudre de réglisse. Ça faisait des petites pilules. Il en donnait une tous les soirs au malade qui dormait et qui était tranquille. Alors le D^f ... a appelé le malade et lui a dit : "je vais vous donner un traitement." Au bout d'un moment, le malade dit : "Ce que vous m'avez donné ça fait moins bien que les pilules que l'infirmier me donne". Le D^f ... monte sur ses grands chevaux et qu'est-ce qu'il lui a passé à l'infirmier ! Puis il a pas pu s'empêcher de rire, il avait fait pareil. Quand ils veulent être soignés, y a rien à faire. Y en avait un qui voulait du sirop de cresson, du sirop d'asperges, alors je mettais de l'eau avec un peu

de sirop teinté dedans de façon qu'il puisse s'en aller tranquille. C'est bien comme des gosses qui veulent être gâtés. »

En imposant les médicaments, la Colonie et l'autorité médicale ont bouleversé l'équilibre cognitif auquel était parvenu le milieu en privilégiant une interprétation « mentale », c'est-à-dire purement cérébrale et morale de la folie. Jusqu'alors on pouvait en toute quiétude, voir les malades comme des « innocents », des « mabouls » ou, à la rigueur, des alcooliques, l'atteinte dominante était cérébrale et le détraquement nerveux qu'elle était susceptible d'entraîner n'avait pas la même signification que celle de l'atteinte nerveuse primaire. La Colonie, qui n'avait d'autre recours contre l'agitation que la réintégration au Pavillon, permettait ce faisant d'accréditer la thèse de la méchanceté morale, justiciable de punition et amendable par le châtiment et la cellule. L'absence de traitements médicamenteux ne laissait pas apparaître la maladie comme organique ; les médecines-simulacres étaient rassurantes puisqu'elles n'avaient aucune propriété curative, leur efficacité étant rapportée aux illusions de l'aberration mentale. Soudain, la chimiothérapie organicise la maladie. Le malade, la maladie, la médication elle-même se sont chargés d'un poids nouveau. Car, en concordance avec les symptômes que la thérapeutique atténue, l'accent est mis sur l'atteinte directe des nerfs. Partant, fait retour et se renforce le caractère menaçant de la folie que l'on cherchait à enfouir dans l'innocence, la divagation et la faiblesse morale à quoi l'on ramenait l'aliénation mentale ¹.

En outre, les médicaments eux-mêmes perdent leur innocuité, leur caractère « inoffensif ». Leur pouvoir sur le corps et les nerfs leur confère une force troublante, présentant des propriétés affines à celles du mal qu'ils soignent. Ce qu'ils véhiculent rend leur manipulation dangereuse, semble-t-on croire, à en juger les réactions allergiques qui se sont développées dès leur introduction : « Les nourricières, y en avait qui étaient allergiques aux médicaments, alors vous vous rendez compte ? »

De tels cas, qui se retrouvent encore, seraient, dit-on, couramment produits par certaines substances, notamment le Largactyl dont l'administration aurait suscité de nombreuses allergies chez les infirmiers des hôpitaux psychiatriques. On est

¹ Un texte de Renan (1883, 1967, p. 25-26) illustre de façon particulièrement claire la vision rassurante de l'affection mentale qui permettait aux communautés rurales de vivre à l'aise avec leurs fous : « Or, les fous n'étaient pas alors traités de la manière cruelle que les habitudes administratives ont depuis inventée. Loin de les séquestrer, on les laissait vaguer tout le jour. *Tréguier a d'ordinaire beaucoup de fous comme toutes les races du rêve qui s'usent à la poursuite de l'idéal.* Les Bretons de ces parages, *quand ils ne sont pas maintenus par une volonté énergique, s'abandonnent trop facilement à un état intermédiaire entre l'ivresse et la folie, qui n'est d'ailleurs souvent que l'erreur d'un cœur inassouvi.* Ces fous inoffensifs, échelonnés à tous les degrés de l'aliénation mentale, étaient une sorte d'institution, une chose municipale. On disait "nos fous" comme à Venise on disait "nostre carampane". On les rencontrait presque partout, ils vous saluaient, vous accueillaient de quelque plaisanterie nauséabonde, qui tout de même faisait sourire. On les aimait, et ils rendaient des services... »

cependant en droit de s'interroger sur la signification de cette réponse à la chimiothérapie – y compris de la part des professionnels – compte tenu du fait que le Largactyl a été le premier médicament employé dans les hôpitaux et à la Colonie.

D'ailleurs, la manière dont les nourricières ont interprété leur affection est révélatrice. Elles l'ont, semble-t-il, dans un premier temps considérée comme une maladie « honteuse », consultant un autre médecin que celui de la ville qui les soignait, évitant d'en parler à ceux de la Colonie. Après que le diagnostic a été connu et confirmé, l'information a circulé librement, les renseignements concernant l'origine de l'allergie et simplement les risques d'allergie sont passés de bouche à oreille, entraînant la multiplication des cas et des conduites d'évitement des nourricières qui n'ont plus consulté de médecins, mais se sont adressées directement à la Colonie pour obtenir le retrait du malade à soigner ou, au minimum, un changement de traitement :

« C'est fréquent encore maintenant. Elles nous disent : "Donnez-nous autre chose." Ce truc-là, c'est assez bizarre, parce que vous avez des gens qui en ont donné pendant quatre, cinq ans, du Largactyl sans rien. Et puis un beau jour, les paupières, les mains. Il y en a beaucoup qui n'en parlent pas et vont voir un dermato, un truc comme ça. Y a que quand elles vont voir un médecin du pays qu'on sait. Il y a un médecin de Lurcy Levis, c'est un des premiers qui a découvert ça. Elles avaient pas fait la liaison. Remarquez à présent c'est lancé, les unes les autres elles se racontent, alors sitôt qu'ils ont un petit mal sur les mains, un truc comme ça, ils disent : "C'est le Largactyl". »

Les nourriciers ont par ailleurs élaboré une « théorie » selon laquelle la nocivité du médicament tient à ce qu'il est destiné à soigner les nerfs et présenté sous forme liquide :

« Ça les calme. J'en ai un qui est nerveux, il fait des gestes, il fait des grimaces, il se tape dans les mains et tout. Eh bien, j'ai des médicaments à lui donner, justement j'ai dit à M. (l'infirmier)... il m'en avait donné un, j'avais sorti toute pleine de taches. J'lui ai dit : "C'est sûrement le médicament." En effet, il me l'a donné en comprimés au lieu d'en liquide et c'est passé. »

Après l'incrimination du Largactyl, puis du Théralène, la répulsion s'est étendue à tous les médicaments. En fait, la nature de la substance compte moins que son état liquide.

C'est l'information de bouche à oreille qui permet d'identifier le produit, car la Colonie distribue les médicaments sous emballage neutre et sans mention de nom. Par contre, les nourricières allergiques que nous avons interrogées décrivaient le déclenchement de leur crise de telle sorte qu'il apparaît dépendant des propriétés physiques du liquide, conçu comme volatil et par-là susceptible de pénétrer dans le corps :

« Les gouttes, j'y touchais pas, mais rien que de le respirer... C'était du Largactyl, ça m'avait donné de l'allergie. »

L'effet du contact est similaire à celui de l'inspiration :

« Y en a deux que j'ai changé parce que j'y donnais du Largactyl. Ça m'a donné de l'eczéma. *Je versais les gouttes, j'ai senti un froid, ça a gonflé et ça a tourné en eczéma.* Je vais chez le docteur, je rencontre une voisine qui me dit : "Tu donnes pas du Largactyl ? T'as pas besoin d'aller plus loin." Ils ont changé le pensionnaire. Pour un autre, c'était du Théralène, ça m'a refait encore, j'ai revu le docteur, il m'a dit : "Y a pas de doute." À la Colonie, on a pas voulu me croire. *Ayant été touchée par le Largactyl, le Théralène a fait quelque chose.* »

La thérapeutique psychotrope apparaît comme dotée d'une « vertu » quelque peu magique, capable de se diffuser dans l'organisme sans qu'il y ait absorption ; vertu polyvalente capable de « faire tomber les nerfs » du malade, mais aussi de produire chez celui qui ne l'est pas des effets nuisibles.

La réaction allergique traduit au niveau somatique une double angoisse : celle qu'éveille, avec la chimiothérapie, la reviviscence du mal mental ; celle que suscite l'étrange efficacité d'un remède dont l'action inhibitrice sur les nerfs s'accompagne d'effets secondaires qui font croire à une détérioration cérébrale – perte de la mémoire, diminution de la vigilance, affaiblissement de la volonté et de l'énergie – et à un amoindrissement physique – fatigue et incapacité de travail. La représentation qui s'articule sur cette double angoisse apparaît tout empreinte d'une vision de type animiste conférant à la médication un pouvoir négatif transmissible et transmutable, véhiculé plus particulièrement par l'excipient liquide et ses exhalaisons. Vision que l'on retrouve terme pour terme dans les règles d'hygiène observées à l'endroit des malades et dans les pratiques relatives à leur entretien.

LES EAUX NON MÊLÉES

[Retour au sommaire](#)

Les références à l'allergie et aux médicaments sont immanquablement associées à l'idée d'une pollution engendrée par les malades et aux impératifs d'hygiène destinés à s'en préserver. Dans cette association, le couple « pollution-hygiène » se trouve apparié au couple « liquide-odeur ». On redoute en effet le contact direct du malade avec les eaux qui sont destinées à l'usage des nourriciers. Du temps où la corvée d'eau existait encore, le tour le plus mauvais que pouvaient jouer les pensionnaires n'était-il pas de cracher dans l'eau qu'ils transportaient ou y

laisser tremper leur pèlerine ¹ ? Et c'est une véritable horreur qui s'empare de certaines nourricières à l'idée qu'un malade puisse toucher à l'eau dont elles se serviront pour les soins ménagers ou pour y mettre leurs effets personnels :

« Y a des pensionnaires qui nous donnent la peur. Quand ils font des gestes, qu'ils sont énervés. Un qui me donnait la peur, je l'ai renvoyé. Et j'ai dans l'idée que de l'avoir renvoyé, on m'a mis ce boiteux qui fait rien. Parce qu'il faut une raison pour renvoyer. *Là il me donnait la peur. Quand j'étais seule qu'il était très énervé, il venait gratter dans mon eau, mettre du linge sale dans ma bassine.* »

Un tel témoignage qui livre tout crûment la liaison entre l'atteinte des nerfs et le danger d'un contact médiatisé par l'eau montre aussi combien, malgré sa force et son caractère panique, l'angoisse est ressentie comme injustifiable en termes rationnels. De fait, c'est à ce niveau que la crainte de la contagion se fait jour constamment en même temps que son déni même, et ceux qui osent l'avouer sans fard reconnaissent volontiers qu'elle relève de l'irrationnel :

« On a l'impression qu'il y a des trucs qui se transmettent, des microbes » – « C'est une appréhension, c'est simplement ça parce que je ne crois pas qu'il y ait des microbes, c'est pas contagieux ces maladies-là. C'est simplement une appréhension qu'on a. Cette transpiration, cette odeur, c'est plus ou moins lié à la maladie. »

Peu chaut la contradiction. Importe seul d'éviter ce que les liquides corporels transportent de la maladie – ou des médicaments – et dont l'indice irrécusable, trouvé dans l'odeur des pensionnaires, mobilise les conduites préventives d'hygiène :

« Ils ont aussi une odeur spéciale, avec les médicaments qu'on leur donne, ils ont une mauvaise odeur. Ça m'ennuie pour les enfants. Il faut quand même une hygiène assez réglementée. Vous me direz, y en a qui font pas tant attention, mais je trouve que c'est quand même plus sain. »

L'équivalence de la maladie et des médicaments dans la production de la transpiration et de l'odeur confirme encore une fois le rôle de la thérapeutique chimique dans le réveil ou la perpétuation de croyances anciennes.

Mais, dira-t-on, s'agit-il vraiment d'un retour, d'une survivance de croyances anciennes ? Le souci d'hygiène est une préoccupation justifiée, compte tenu de la saleté de certains pensionnaires. Par ailleurs, si l'odeur des malades est une particularité notée de tous, elle n'est pas toujours rapportée à la transpiration, et partant à la maladie pour beaucoup, elle tient à une tabagie excessive ou à une propreté approximative. Enfin, la répulsion devant les médicaments et les

¹ Il n'est pas indifférent de noter que l'introduction des médicaments dans les années 50 a correspondu avec la suppression de la corvée d'eau, la Municipalité ayant entrepris en 1952 l'installation de l'eau courante dans la commune.

manifestations allergiques ne sont pas générales. Ne seraient-elles pas simplement le fait de quelques nourricières phobiques, rationalisant comme elles le peuvent leur angoisse, détournant précisément de leur signification première les conduites d'hygiène, les remarques sur l'odeur des malades, l'importance attachée à la propreté des pensionnaires ? On pourrait arguer, pour conforter cette interprétation, des fondements qui assurent au critère propreté-saleté sa prévalence dans la norme explicite du « bon pensionnaire ».

N'a-t-il pas été montré que ce critère est mis en relief pour des raisons pratiques, qu'il s'agisse du travail de la nourricière ou des inconvénients matériels que la saleté représente pour le placement ? Que le dégoût éprouvé pour la saleté corporelle de certains malades n'est pas, et de loin, incompatible avec leur commerce ? Dans tout cela, nulle notion de pollution, de contagion ; au contraire, une évaluation toute rationnelle des charges et des inconvénients du métier et, conséquemment, la mise en œuvre de certaines garanties ou protections.

Cependant, l'objection peut se retourner : et s'il ne s'agissait là que de rationalisations collectives, les quelques supposées « phobiques » exprimant sans voile les craintes et les croyances de tous ? Et si saleté et pollution ne se situaient pas dans le même registre, ou plutôt s'il y avait, à côté de la saleté « inoffensive », une « pollution » dangereuse ? Et si les préoccupations d'hygiène ne visaient pas la saleté, mais la pollution, cristallisées qu'elles sont autour de ce qui évoque – ou véhicule – la maladie ? Et si justement on cherchait à taire ou cacher leur sens ?

Il est de ce point de vue un fait curieux : quand les nourricières parlent de leur travail et même de la vie au placement, elles n'abordent jamais spontanément la question de l'hygiène ; il faut, pour que celle-ci émerge dans le discours, un contexte évoquant la maladie ou son traitement. De même, quand elles décrivent leur activité, elles insistent sur les repas et le ménage sans aborder jamais, de leur propre chef, les points concernant l'entretien des affaires personnelles du malade. Il a toujours fallu, pour qu'elles le fassent, une question directe et encore se montraient-elles peu enclines à s'étendre sur ce sujet. Or, il est apparu dans l'enquête que, si toutes les nourricières ne sont pas allergiques, si toutes ne jettent pas l'exclusive sur les médicaments, si toutes ne manifestent pas un égal degré d'intolérance à la saleté, toutes adoptent, pour ce qui est des effets des malades ou des objets auxquels ils ont à toucher pour leur subsistance, des mesures protectrices. Ces mesures, baptisées mesures d'hygiène, s'avèrent être des pratiques socialement significatives dont le sens dévoile des dimensions fondamentales de la représentation collective de la folie et suffit à écarter l'hypothèse de procédures et élaborations particulières à quelques nourricières « phobiques ».

Au nombre de ces pratiques figurent d'abord les techniques de nettoyage. Elles révèlent tout un rituel destiné à séparer les eaux réservées à l'entretien des affaires familiales de celles qui servent aux pensionnaires, à savoir les eaux de lavage et les eaux de vaisselle. Stable dans son principe et sa structure, ce rituel, observé avec

une rigueur quasi obsessionnelle, varie cependant dans ses modalités. De sorte que la séparation des eaux revêt des formes apparemment différenciées d'une nourricière à l'autre, créant l'illusion d'habitudes idiosyncrasiques sans autre fondement que la convenance ou les conceptions ménagères de chacune. Telle fera systématiquement à part tout le lavage relatif aux pensionnaires, telle autre ne fera séparément que le linge ou que la vaisselle ; le souci de séparation ira chez les unes jusqu'à empêcher le malade d'approcher le lieu réservé au nettoyage, chez les autres, jusqu'à faire entretenir ses affaires par le pensionnaire lui-même, alors que certaines personnes trouvent qu'une telle formule porte à son comble le risque de pollution. En cette matière où les seuils du dégoût et de la crainte varient d'un individu à l'autre, les habitudes personnelles semblent échapper à toute règle commune. En fait, l'observation a tôt fait de montrer que chacun à sa manière se plie à un ordre consensuel, établissant une séparation absolue quand la prévention est maximale, ou la marquant plus symboliquement qu'efficacement en cas contraire. Mais, là même où l'on semble le moins dissocier les entretiens, demeure toujours une mesure de protection.

Ainsi, en ce qui concerne le lavage du linge, celles qui prétendent ne pas séparer leur linge de celui des malades ne le font en aucun cas « tremper ensemble » et trouvent une garantie dans l'usage systématique, et parfois outrancier, de « produits ». Par ailleurs, elles font de subtiles distinctions entre le blanc et la couleur, les affaires de travail, les affaires masculines, etc. Qui fera « le blanc ensemble » parce que tout passe alors à la javel. Qui la couleur parce qu'il ne s'agit pas du linge de corps. Qui mélangera uniquement les effets de travail du mari avec les affaires des pensionnaires parce que « ça ne craint pas », ça se porte sur d'autres vêtements, etc. Il en va de même pour la vaisselle. Que l'on assure mélanger les vaisselles, et l'on précisera que celle des pensionnaires est faite « après » celle de la famille ; ou bien l'on se gardera de laver les verres avec le reste de la vaisselle ; ou bien encore on multipliera les précautions : eau très chaude et rinçages multiples sous eau courante, usage de détersifs, javel, etc.

Les cas où l'on ne se plie pas à ces rituels concernent des placements à la vie desquels les pensionnaires, n'inspirant aucune inquiétude, sont complètement intégrés. Mais, outre qu'ils sont extrêmement rares, ces cas n'ont pas de réelle stabilité, étant toujours conditionnels, subordonnés au sentiment de sécurité de la nourricière dont dépend son dégoût ou à la « connaissance » de celui à qui on a affaire :

« Ils ont leur vaisselle, je la nettoie après la mienne. Avant, quand on était au domaine, on mangeait avec eux, je faisais la vaisselle avec la mienne. *La maladie ça s'attrape pas*, c'est pas comme la tuberculose. *Ou c'est qu'ils travaillent on les craint moins, un malade qu'est malade, c'est pas à répugner. C'est dans le cerveau, c'est dépressif. C'est pas à répugner.* Croyez-vous que dans le civil y a pas la dépression ? Eh bien on les répugne pas ces gens-là. Maintenant, je mangerais pas avec, les malades d'aujourd'hui c'est pas les mêmes... » – On fait la vaisselle comme la nôtre. Y a des maisons que ça leur plaît pas. *Nous on fait la vaisselle pareil. Ça serait des malades*

qu'on connaîtrait pas, je dis pas. Mais ceux-là, c'est comme si on avait des employés. »

Ces réserves disent clairement ce contre quoi la dissociation de l'entretien des affaires personnelles est mobilisée : *danger pour la maladie, inconnu pour le malade*. Mais la façon dont ces deux dimensions caractérisant le couple maladie/malade sont représentées est rien moins que claire. Il a fallu, pour en approfondir l'analyse, procéder à un questionnaire systématique tout au long de l'enquête, tant étaient grands l'ignorance ou le secret les concernant.

DU SILENCE DE L'INTERDIT AU SECRET DU LIQUIDE

[Retour au sommaire](#)

Avec la séparation des eaux de lavage, nous sommes, en effet, en présence d'une pratique sociale qui, sous divers rapports, est particulière. Bien qu'elle s'apparente, dans son principe et dans sa forme, à la règle de l'écart dont le caractère institutionnel et normatif a été montré précédemment, il ne semble pas qu'elle procède de la même origine ni opère au même niveau. Fonctionnant en apparence comme une règle, elle n'en a pas le caractère normatif, comme la règle de l'écart ceux qui la respectent ne l'énoncent pas sur le mode impératif ceux qui ne la respectent pas n'encourent pas le risque d'être traités de déviants et ne justifient pas leur conduite en termes « moraux » mais en termes de garanties matérielles et psychologiques.

D'autre part, la grande variabilité de sa mise en application laisse voir que son caractère social réside moins dans le rapport qu'elle établit que dans les représentations qui l'inspirent. La règle de l'écart institutionnalise le rapport au pensionnaire pour maintenir la différence sociale. Rien de tel avec la séparation des eaux : pour autant qu'elle engage un rapport social (exclusion de certains lieux et tâches, par exemple, c'est comme une conséquence de mesures d'hygiène, étroitement tributaires de la représentation que l'on se fait de la maladie. Or, si ces mesures varient dans leur degré de rigueur avec le niveau de crainte personnelle éveillée par cette représentation, elles démontrent, par leur identité de structure, le caractère social de cette dernière. D'inspiration sociale, c'est-à-dire fondée sur une certaine vision, socialement partagée, de la maladie, la séparation des eaux n'est que secondairement à destination sociale, c'est-à-dire régissant à travers le contact avec la maladie le rapport avec le malade.

Enfin, alors que les conduites régies par une règle sociale comme celle de l'écart ont une signification directement lisible dans le rapport qu'elles instituent, aisément accessibles à leurs agents qui la transposent ou la rationalisent sous forme de finalités ou de principes d'action, les conduites d'hygiène présentent une opacité déjà soulignée et sur laquelle il faut revenir.

Cette opacité se traduit essentiellement dans les obstacles qui empêchent l'information de circuler librement. Tout se passe comme si les conduites d'hygiène ressortissaient à un domaine secret, indéchiffrable voire inconscient. Leur caractère secret ne tient pas seulement à ce qu'elles ne furent jamais mentionnées spontanément au cours de l'enquête, comme cela a déjà été dit, mais aussi à ce que leurs raisons furent très difficilement livrées. La plupart du temps, les nourricières énoncèrent le fait brut de leur usage sans vouloir s'étendre plus sur ce chapitre, dans une démarche et une attitude qui rappellent le refus de parler de la maladie mentale ou d'en connaître. À l'opacité du fait s'ajoute celle des motivations, car faisait-on effort pour répondre à notre insistance que l'on butait sur l'évidence d'une habitude aussi enracinée qu'inexpliquée :

« Je leur porte le repas et c'est moi qui vais chercher la vaisselle, je fais ma vaisselle et tout, j'aime pas qu'on touche, ça c'est une chose tout à fait... je les laisse pas toucher les choses de la maison. Ah non, ah non, non, je fais ma vaisselle, avant et après la leur... Je sais pas pourquoi, remarquez... C'est une habitude... C'est quand même des gens qui sont sains du point de vue... Ils passent des visites suffisamment et ils sont très bien tenus à Ainay-le-Château... Mais enfin c'est une habitude, je leur ferais pas faire la vaisselle, non... »

Opacité enfin du fondement de l'action : on n'adhère jamais sans restriction ni contradiction aux arguments expliquant les habitudes d'hygiène, qu'il s'agisse de la contagion, de la saleté ou de l'association odeur-maladie :

« Le linge est lavé en même temps, je fais pas de différence. La vaisselle, je la fais à part, je la lave pas avec la nôtre. Je fais leur vaisselle une fois par jour. Leur couleur avec le linge du mari. S'ils avaient des maladies graves, ils seraient pas ici. Ils ont une odeur spéciale parce qu'ils fument énormément, ça sent mauvais. Mais ils sont propres. Je ne fais pas une machine spéciale pour eux. »

Cette opacité indique, toutefois, une conscience aiguë de la valeur révélatrice de la séparation des entretiens, de sa liaison à des significations essentielles pour le groupe, mais non légitimées pour d'autres que lui :

« Le linge se lave dans la machine à laver, on peut ne pas le toucher. Ils sont corrects, très gentils. La vaisselle, ma femme lave d'abord la nôtre et puis la leur à part (et le nourricier d'ajouter à notre intention) *mais ça c'est une disposition dont il ne faut pas faire état dans votre rapport.* »

Plus obscures, moins contraignantes collectivement, mais aussi astreignantes individuellement, peut-être plus inquiétantes psychologiquement que l'ordre instituant auquel elles font écho, les règles d'hygiène ne présentent-elles pas cet aspect par lequel, dans d'autres sociétés, se signe le rapport de leurs homologues au sacré et au magique ? Comme pour la plupart des phénomènes et des coutumes dont l'importance est décisive pour la collectivité (Lévi-Strauss, 1958), le sens de la conduite reste tacite. La représentation qui l'oriente est enfouie quelque part sous l'illusion du souci d'hygiène et le rappel contradictoire d'une contagiosité niée.

Pensée silencieuse qui se donne dans l'acte et y désigne son objet vrai : la transitivité de la folie.

Cette pensée tacite et l'objet auquel elle renvoie vont se dévoiler à mesure que se préciseront les éléments qui, dans l'ordre matériel et symbolique, sont associés à l'hygiène et à la séparation des eaux. Il faut pour cela dégager les significations particulières que revêt le détail de leur mise en pratique dans la lessive et dans la vaisselle. À première vue, celles-ci sont équivalentes ; justifiées par l'odeur et la saleté des pensionnaires, elles obéissent au même principe d'hygiène : préserver les affaires familiales d'une pollution possible en évitant le contact des eaux, dépôt de la saleté. Mais la façon dont, à leur propos, l'hygiène est reliée aux notions de pollution, odeur et liquide, révèle des différences profondes, susceptibles d'éclairer sur l'objet réel des mesures qui les entourent.

ODEUR, LIQUIDE ET INTERDIT DE CONTACT

[Retour au sommaire](#)

Le souci d'hygiène ne s'argumente pas de la même façon dans le cas de la lessive et de la vaisselle. La séparation, dans le cas du linge, s'explique par l'odeur, trace immédiatement sensible laissée par le tabac, la saleté ou la transpiration. Rien de tel pour la séparation de la vaisselle qui ne porte pas à proprement parler d'odeur mais qui implique une trace laissée sur ce qu'a touché le malade. On ne dit rien de cette trace mais l'on évoque toujours l'une de ses causes : les médicaments, ce qui renvoie directement à la maladie :

« La vaisselle, je l'ai toujours faite séparément. Je mets toujours de l'eau de Javel parce que premièrement, ils prennent tous des médicaments, alors moi je trouve que rien que les médicaments... euh... »

À propos de la lessive, la liaison entre odeur et médicaments ou maladie est médiatisée par la transpiration. Le lien est établi en raison du caractère indélébile de la trace. Les nourricières qui ne mettent pas en doute la qualité de leur nettoyage estiment que, malgré lui, l'odeur se maintient dans les affaires du pensionnaire. Elles attribuent alors cette « odeur spéciale » à quelque chose de spécifique chez lui : une transpiration de nature particulière dépendant de la maladie et de son traitement :

« Les médicaments, ça leur donne une transpiration très forte, c'est épouvantable, le linge sent quand on repasse, surtout en repassant. Je mets leur blanc à l'eau de Javel parce qu'ils me donnent tellement du linge sale que je suis obligée de mettre de l'eau de Javel. Eh bien, *même ayant été à l'eau de Javel et rincé, c'est incroyable, l'odeur reste. C'est ancré dans le linge, c'est incroyable.* D'ailleurs vous allez sentir, je vais vous montrer la chambre, vous allez sentir. J'ai beau faire des courants d'air, j'ai beau vaporiser des produits désodorisants, rien. Ils ont cette odeur-là. Et ça c'est provoqué, à mon avis, je pense, c'est provoqué par les médicaments. Leur transpiration, ça leur

fait quand même une odeur spéciale et puis le tabac également, parce qu'ils fument beaucoup, tous. Mais enfin, à mon avis, je trouve, *c'est les médicaments qui leur laissent cette odeur-là, qui est quand même une odeur spéciale à eux. Parce que vous savez, on a quand même beau avoir une odeur de transpiration, c'est quand même pas, ils ont une odeur spéciale.* »

Sous-jacente à cette interprétation, n'y a-t-il pas une représentation « matérialisée » de la maladie ? Tout se passe comme si une substance émanant de cette dernière était mêlée aux sécrétions corporelles et à leur exhalaison. Comme si l'idée que cette « transpiration, cette odeur plus ou moins liée à la maladie » impliquait qu'elles véhiculent quelque chose qui participe du mal mental et se retrouve jusque dans la trace indélébile qu'elles laissent dans le linge une fois lavé. Sans doute est-ce pourquoi on en appelle, en matière d'hygiène, plus à l'odeur qu'à la saleté des pensionnaires. Le nettoyage a raison de la malpropreté, pas de la pollution liée à la maladie. Sans doute est-ce pourquoi il paraît à certaines inconcevable de confier le lavage aux pensionnaires. Plus encore qu'incapable d'être et de rendre propre, le malade apparaît comme source de pollution, parce que son contact corporel direct risque de souiller ce qu'il approche, de transmettre, particulièrement en milieu liquide où sa transpiration se mélange aisément, son impureté, sa maladie. Une nourricière a su dire dans un raccourci horrifié cette distinction entre pollution et saleté :

« Un malade faire une lessive ? Faire souiller dans l'eau, faire sécher dans la crasse, et puis voilà ! Ça représente ça ! »

Le malade n'enlève pas la saleté, et de plus il ajoute la souillure de ses sécrétions en touchant l'eau.

Cette croyance, du reste, est indiquée en clair dans le changement d'habitude et d'attitude entraîné par la mécanisation de l'entretien ménager. L'introduction des machines à laver le linge a, semble-t-il, autorisé une plus grande liberté dans la technique de lavage : les nourricières qui disent ne pas séparer les lessives utilisent toutes des machines à laver ; chez les autres, elle a au moins permis d'unifier le matériel de nettoyage. Car autrefois, le souci d'éviter la pollution ajoutait à la séparation des entretiens, celle des ustensiles :

« J'avais tout pour eux. Tout à l'heure, j'ai une machine à laver, alors je lave dans la machine, mais autrement j'avais une lessiveuse pour eux, une bassine pour eux, et une bassine pour la vaisselle pour eux. Ça, on a tout le matériel pour eux. Il faut pas mélanger, non. C'est une question d'hygiène. Parce que vous savez, ils ont des odeurs. Ils sont tenus aussi propres que nous et pourtant y a quelque chose. On connaît leur linge facilement quand il est sec, hein... Vous mettez une chemise de vous et une chemise d'eux et vous reconnaîtrez facilement... et sec et lavé pareil, y a quelque chose, je sais pas, je crois que c'est la transpiration, leurs médicaments... Quand ils sont plusieurs ensemble, c'est infect. »

Et la nourricière qui s'exprime ainsi d'expliquer que le matériau de construction des machines à laver ne retient pas l'odeur que viennent par ailleurs éliminer les détersifs utilisés avec ce genre d'appareil :

« Dans la machine à laver, je fais leurs draps et après leurs couleurs, Mais *ça s'imprime pas l'odeur dans la machine à laver... j'avais peur que ça se dissipe*. Je dis ça fera drôle, mais avec les lessives ça sent rien. »

L'odeur a elle-même un substrat matériel qui s'inscrit, « *s'ancre* » dans les tissus ou peut se diffuser, se « *dissiper* », dans l'atmosphère pour atteindre d'autres matières, tout comme le font les médicaments. On comprend dès lors que le contact d'une même eau de lavage, d'un même récipient plus ou moins bien étamé, ou tout simplement la proximité à l'étendage comporte un risque matériel de transmission d'une substance qui résiste au lavage traditionnel et peut se fixer sur tout support poreux, gazeux ou liquide. Substance volatile et de nature chimique contre laquelle les matériaux modernes offrent la garantie de leur imperméabilité et de leur action destructrice.

Valable pour le linge, un tel raisonnement ne s'applique pas pour la vaisselle ; on n'envisage pas de nettoyer la vaisselle des malades dans une machine familiale :

« Je fais leur vaisselle à part, l'année prochaine je prendrai une machine à laver la vaisselle, à ce moment-là, je leur ferai laver. Parce qu'autrement je leur lave quand la mienne est faite et j'y ajoute de l'eau de Javel. »

Exclure une telle solution enregistre entre linge et vaisselle une différence en tant que vecteurs de pollution. La séparation des eaux de lavage vise, pour l'un et l'autre des risques affines mais cependant distincts, au moins dans l'ordre de la gravité. D'une part, l'argument fourni par l'odeur et la transpiration aux mesures d'hygiène, recevable pour le linge, ne l'est pas pour la vaisselle dont le contact avec le corps n'est pas comparable. D'autre part, la trace laissée sur la vaisselle semble plus résistante et dangereuse.

Mais ce quelque chose qui, apparenté à l'odeur et la transpiration, a rapport avec la maladie, quel est-il ? À quel phénomène, quel processus spécifique correspond la pollution dans le cas de la vaisselle ? Sur ce point, le silence est complet. Personne n'a jamais désigné, au cours des entretiens, sur quoi porte le risque. La raison à cela ? Les mesures relatives à la vaisselle ont-elles été établies par généralisation ? Ou traduisent-elles une représentation d'autant plus cachée qu'elle est importante ? Formellement, on pourrait opter pour l'hypothèse de la généralisation : puisqu'il « y a quelque chose » de lié à la maladie qui se transmet à ce qu'approche le malade, tout ce qu'il touche doit être l'objet de mesures de séparation. Mais alors, les préoccupations en matière de vaisselle devraient être moins rigoureuses ou rigides que celles observées en matière de lessive. Or, c'est le contraire que l'on constate :

« Le linge, je le fais ensemble. La vaisselle, vaut mieux faire séparément. On a l'impression qu'il y a des trucs qui se transmettent, des microbes. C'est une appréhension, simplement ça, parce que je crois pas qu'il y ait des microbes. C'est simplement une appréhension. Ou alors si ce sont des très propres. Parce que dans le fond, ce sont des êtres humains comme nous, mais enfin. »

D'autre part, certains éléments associés dans le discours à l'explication des mesures d'hygiène marquent la prééminence de la vaisselle dans l'ordre de la protection, donc de la pollution. En effet, l'hygiène est parfois invoquée au nom de la sécurité des enfants, mais cela se produit uniquement quand on la rapporte à la vaisselle :

« L'entretien du linge, je fais séparément, question maladie ou autre. La vaisselle aussi parce qu'avec les enfants, on a toujours pris ça au départ. » – « Je fais tout en même temps. Remarquez non, il faut que je dise la vérité : je fais d'abord notre vaisselle, après la leur. Vous savez, on a beau dire, quand même, pour les enfants. »

Or la référence aux enfants indique toujours le niveau le plus élevé de l'inquiétude. Partant, lier la séparation des vaisselles à la sauvegarde des enfants montre que le contact comporte alors un danger d'importance majeure.

Et, de fait, c'est en ce domaine que l'évitement de contact devient à tel point systématique qu'il avoisine l'interdit. Il ne s'agit pas seulement de séparer les eaux de lavage, mais les objets de vaisselle eux-mêmes. Dans la plupart des placements aujourd'hui, et partout autrefois, c'est une règle absolue que d'avoir des ustensiles réservés à l'usage exclusif des malades, et de ne pas laisser ces derniers toucher à ceux qui appartiennent à la famille :

« Ils mangent comme nous et c'est tout. Ma soupe est la leur, je la fais dans la même soupière. Nous on mange après. La vaisselle, c'est moi qui la fais. Y toucheront pas à ma vaisselle, ni à la leur non plus. Ils la feraient pas assez bien, j'aime pas qu'y fassent ça. Si je pourrais pas, ça serait mon mari qui la ferait. Les placements où c'est les pensionnaires qui la font, la vaisselle peut pas être propre. Ils ont leur vaisselle là-haut, mais de la vaisselle comme la nôtre. »

Il faut s'arrêter à la liaison entre contact et saleté. Certes on retrouve, comme pour la lessive, l'idée que le pensionnaire ne saura pas nettoyer correctement. Mais deux autres éléments apparaissent ici. Tout d'abord, quand on évoque la malpropreté des pensionnaires, comme c'est souvent le cas à propos de la vaisselle, elle est prise dans un sens particulier. On songe moins à la saleté corporelle qu'à la malpropreté à table, celle-là même qui empêche qu'on mange avec eux. La séparation des repas ne reçoit pas pour raison l'incorrection des manières de table mais la saleté en mangeant, que le pensionnaire bave, fasse retomber les aliments en cours de mastication ou simplement « mange dans son assiette ». Le dégoût devant le spectacle peu reluisant se double de celui qu'inspire le mélange des sécrétions buccales à la nourriture et à son contenant. Contre cette saleté intervient l'évitement du contact qu'il ne suffit plus alors de réserver au lavage, mais qu'il

faut étendre aux ustensiles eux-mêmes. Et c'est le deuxième élément remarquable dans la séparation des vaisselles : interdiction est faite au malade de se servir pour son usage personnel des affaires appartenant à la famille. Qu'est-ce à dire, sinon qu'il peut les souiller de manière telle que le lavage n'en effacera pas la trace, comme la lessive n'enlève pas l'odeur du linge ? Qu'il va y laisser quelque chose qui risque de se transmettre à ceux qui les utiliseront après lui, la transmission s'opérant alors par la bouche ?

Mais, tandis que pour le linge on parle de transpiration, *pour la vaisselle, on n'indique aucune source de pollution, aucune matière polluante, jamais*. Il faut, pour découvrir et préciser ce qu'elle est, observer au plus près les comportements. Si dans tous les placements on ne respecte pas toujours les habitudes anciennes, comme le fait cette nourricière :

« Ils ont leur vaisselle à eux. Y en a qui le font pas, mais moi je me suis procuré de la vaisselle que je me suis procurée uniquement pour eux. Et puis ça n'empêche pas de mettre de l'eau de Javel pour eux, rien que pour eux. Je suis peut-être un petit peu maniaque... »

Du moins y a-t-il un usage que personne ne transgresse, celui d'avoir des verres spéciaux pour les malades :

« Mais vous savez, ils sont assez personnels de ce côté. Parce que comme pour leurs verres, ils remarquent bien leurs verres, ils ont chacun leur verre. C'est une précaution, surtout si on les connaît pas. » – « C'est les médicaments. J'ai toujours fait ça, leur vaisselle à part. Quand ils viennent boire l'après-midi, quand ils travaillent, c'est normal de leur donner à boire quand il fait chaud, eh bien j'ai leurs verres, je ne les fais pas boire dans les mêmes verres que nous. »

Que signifie cette interdiction de toucher aux verres ? Plus que l'assiette et le couvert, le verre est un récipient amené au contact direct de la bouche, sur lequel les lèvres se posent un temps, celui d'y laisser leur dépôt. Le verre, c'est le liquide dans le verre, celui que l'on avale. Mais c'est aussi le récipient au fond duquel il restera toujours un résidu. Résidu qui, par le biais du liquide passé dans la bouche et avec lequel il est resté en contact continu, a pu recevoir en retour le liquide sécrété par celle-ci. Le verre, c'est le véhicule redouté de cette matière semblable à la transpiration, également sécrétée par le malade : la salive.

La salive dont le nom ne fut jamais prononcé et qui fut partout présente. Au cours d'un entretien, un jeune pensionnaire du placement entra dans la cuisine, la nourricière lui faisant un accueil sans réserve et lui confiant sa petite fille de dix-huit mois. La propreté des vêtements et du visage du jeune homme laissait à désirer et je fus, il faut l'avouer, surprise de le voir prendre sur ses genoux la fillette. La conversation se poursuivait tranquillement tandis que l'enfant jouait avec le pensionnaire, sous l'œil complaisant de la mère. À un moment donné, celui-ci posa la fillette par terre pour ramasser un petit objet qu'elle avait fait

tomber et qu'il garda entre ses lèvres, le temps de se rasseoir et de la reprendre sur ses genoux. Quand l'enfant voulut récupérer l'objet, la mère se précipita brutalement sur elle, s'empara de l'objet, blême, et le jeta avec une vigueur rare loin dans le champ. Pas un mot n'avait été proféré, mais la réaction de la mère avait été immédiate : empêcher l'enfant de toucher à ce que le malade avait porté à sa bouche. Une autre nourricière expliquait la difficulté d'avoir des pensionnaires quand les enfants sont jeunes :

« Et c'est curieux, hein, les enfants se plaisent avec eux, ils vont avec eux, on peut pas les empêcher. Ils aiment bien s'amuser avec. Mais il faut les surveiller, y en a qui peuvent lui faire un mauvais coup sans y faire attention. *Y en a un qui donnait à boire à la petite, je pouvais pas l'empêcher de donner à boire à la petite. Il buvait, il prend son verre et puis il va faire boire la petite. Elle se trouvait là, il voulait lui donner à boire. Il a fallu que je me fâche pour l'empêcher de donner à boire à la petite. Ah si, y a de gros inconvénients !* »

C'est encore la salive, et la maladie, que l'on retrouve dans cet autre contact des lèvres tant redouté, le baiser :

« On peut pas craindre la maladie, oh non, c'est pas contagieux, mais enfin y a des personnes qui embrassent facilement un enfant. Alors ça, j'aime pas ça. Mais on ne peut pas empêcher que ça se passe du moment que c'est qu'on y voit pas ce qu'ils font. »

C'est encore la salive que l'on retrouve quand la maladie est au plus fort de son expression, dans l'écume qui sourd des lèvres de l'épileptique.

SÉCRÉTIONS VIVES ET CONTAMINATION

[Retour au sommaire](#)

Entre le linge et la vaisselle, le parallèle est rétabli : ici, transpiration, là, salive. Deux liquides d'origine corporelle susceptibles de souiller l'eau et dont l'un, la salive, semble doté d'un pouvoir polluant supérieur. D'où vient ce pouvoir et qu'il se porte de manière privilégiée sur ce type de véhicule ? Car s'il est désormais clair que les mesures d'hygiène visent moins la saleté que la pollution par la maladie, une question reste posée. Comment comprendre en effet que tant de nourricières acceptent la saleté corporelle qu'elles disent repoussante, tolèrent de vivre avec des énurétiques et des encoprésiques dont elles nettoient et touchent sans sourciller les effets, tandis qu'elles manifesteront une telle crainte, une telle répulsion à l'approche d'affaires et d'objets qu'elles pensent empreints de liquides sécrétés par le corps. L'urine et les fèces, assimilées à la crasse dont on a raison par le nettoyage, inspirent du dégoût, mais elles n'entraînent pas le même refus « phobique » que la transpiration et la salive. On touche les draps mouillés la nuit pour les faire sécher avant de refaire le lit, comme on touche aux défécations pour les éliminer. Et pourtant ce sont aussi des excréments corporels. Sur quoi porte

cette différence et que signifie-t-elle ? Plus exactement, pourquoi les unes sont saleté, les autres pollution, c'est-à-dire porteuses de la maladie ?

Une première réponse peut être cherchée dans les représentations qui concernent le corps. Comme le cas s'est présenté toutes les fois que l'investigation a porté sur un domaine où le savoir scolaire ou scientifique n'a pas complètement recouvert ou effacé les traces d'une connaissance de tradition, c'est aux nourricières âgées qui en sont restées les plus proches que l'on doit l'accès au contenu des pratiques d'hygiène. Or, cette connaissance traditionnelle est toujours solidaire des croyances qui servent de base à la médecine populaire. Le recours aux coutumes et croyances que livre un folklore encore vivant en matière médicale où les substances organiques jouent un rôle important, à côté des plantes, peut donner un aperçu utile sur les représentations qui fondent la séparation.

Et, de fait, le répertoire des recettes médicales (Gagnon, 1949) montre que les matières animales ont sur le corps une efficacité certaine mais variable selon leur origine. Il est permis de les classer, de ce point de vue, en *sécrétions vives*, comprenant toutes les substances produites par un processus de transformation et d'élaboration organique et sécrétées au niveau de la peau ou des muqueuses (exsudation, salive, mucus nasal, etc.) et *excrétions mortes*, comprenant les déchets, résidus des matières absorbées par le corps, et qui sont rejetées après assimilation de leurs principes actifs. Or, si l'on examine sur la base de cette classification les recettes médicales, il apparaît que les excréments ont toujours un pouvoir guérisseur – par exemple, la bouse de vache guérit les panaris, l'urine humaine cicatrise les coupures – tandis que les sécrétions vives ont un pouvoir plus ambigu, tantôt positif – on guérit les plaies en les faisant lécher par un chien – tantôt négatif – cracher dans la gueule d'une grenouille soigne la toux ; les poux proviennent d'une transformation des morpions sous l'action de la sueur. La valeur positive des excréments qui semble résider dans les matières elles-mêmes, indépendantes de l'agent qui les produit, ne tendrait-elle pas à neutraliser certains excréments humains, faisant tenir pour inoffensifs ceux des malades ? En revanche, l'ambiguïté des sécrétions organiques dont la valeur, positive ou négative, semble dépendre de l'agent producteur ne contribue-t-elle pas à investir la salive et la transpiration des malades d'un pouvoir polluant ? Une telle hypothèse paraît bien rendre compte de la différence constatée entre déchets et saleté corporels et sécrétions polluantes. Elle laisse cependant entière l'obscurité sur la nature du pouvoir conféré à ces dernières et sur ce qui, dans l'agent producteur, peut en rendre compte. Ceci pour deux raisons. D'une part, les recettes et coutumes sur lesquelles repose la distinction entre sécrétions vives et excréments morts impliquent elles-mêmes une vision de leur efficacité dont il faut éclaircir le caractère. D'autre part, s'il est vrai que la valeur négative et inquiétante des substances émanant du pensionnaire découle de sa qualité spécifique de malade, encore faut-il préciser de quoi, en lui, vient le danger et sur quoi, en d'autres, il se porte.

Il est un danger concordant, au niveau manifeste, avec la crainte sous-jacente aux pratiques d'hygiène, celui de la contagion. Or, celui-ci est systématiquement éliminé. Mais cela a été maintes fois souligné, l'affirmation de la non-contagiosité du malade mental porte l'évidence de la croyance contraire. Contradiction dont il convient d'approfondir la nature. Certes, elle traduit le décalage entre un accord formel avec les réassurances que dispense la Colonie et les préventions issues d'une conception que l'on juge erronée ou dépassée. Toutefois, la vigueur avec laquelle la contradiction est exprimée invite à aller plus avant. Ne trouverait-elle pas son explication dans le fait que deux sortes de contagion sont en cause qui, ressortissant à des univers de pensée différents, coexistent sans dissonance ? La contagion réfutée serait de nature médicale, celle que l'on continue de poser serait une contagion magique. On pourrait ainsi à la fois dire que le pensionnaire n'est pas porteur de germes ou de microbes, que sa maladie n'est ni infectieuse, ni contagieuse à la manière de la tuberculose, que les visites et la surveillance médicales éliminent tous les risques morbides et maintenir que le contact du malade entraîne un danger de contamination. Celle-ci relevant de phénomènes d'un autre ordre que médical. Déjà, le simple contact visuel avec les signes du détraquement nerveux est apparu comme susceptible de contaminer le jeune enfant. Articulée à une représentation du développement organique, se faisait jour une pensée inspirée d'un principe similaire à celui qui fonde la magie imitative et selon lequel imiter quelque chose la crée. De même, considérer que le contact physique avec les émanations d'un autre organisme – animal ou humain – peut avoir sur le corps un effet bénéfique ou maléfique fait appel à un pouvoir dont certains êtres ou certaines choses sont dotés, et en même temps à une conception magique de la contagion, fondée sur le principe que deux choses unies une fois puis séparées demeurent en contact, le pouvoir de l'une demeurant en l'autre (Cazeneuve, 1961). Et comme le dit Mauss à propos d'une des lois de la magie, la loi de contiguïté, la contagion magique « est concrète, matérielle et de tous points semblable à la contagion physique » (1950, p. 59). Cet appel à un mode de pensée magique peut paraître abusif, transférant un type de raisonnement et de croyance observés dans d'autres temps et d'autres sociétés à une population qui appartient à notre culture et notre époque. Une telle interprétation mérite cependant que l'on s'y arrête à considérer certaines implications des pratiques d'hygiène. C'est d'abord le modèle de maladie impliquée par l'idée de contagion. Tout en confessant « une appréhension qu'y a des choses qui se transmettent », on écarte l'hypothèse de la contagion microbienne :

« J'ai toujours été élevée par ici, j'ai jamais entendu dire que certaines maladies ont été *contactées* par des malades. Question de ça, non. Y a bien eu un hiver une épidémie de grippe, mais ça venait pas des malades, j'ai jamais été parlée de quoi que ce soit. »

Impossible de voir là, comme il serait tentant de le faire, un déguisement de la contagion médicale. Aujourd'hui comme hier, l'appréhension semble bien dirigée vers autre chose « qu'une maladie comme tout le monde », car ce qui, chez le pensionnaire, se trouve associé à l'idée de contamination, aux pratiques d'hygiène

et à l'évitement du contact, est le fait qu'il soit atteint d'une maladie incurable, c'est-à-dire « pas soignable », « pas guérissable », donc échappant au domaine médical. Générale autrefois, cette conception a cours encore maintenant ; au souvenir de telle nourricière : « La grand-mère elle avait son assiette et son couvert marqués, les anciens voyaient davantage ça comme une maladie incurable », fait écho l'exclamation de telle autre : « Ce que je crains, c'est les grandes épidémies, les grosses maladies incurables. »

La maladie mentale devient consubstantielle au malade, inhérente à sa nature, et va empreindre tout ce qu'il est et produit. Dès lors, ce qui le touche au plus près recèlera quelque chose de ce qu'il est, un « quelque chose » d'autant plus redoutable ou efficace qu'il est imprécis (comme la puissance magique), un « quelque chose » qui porte la maladie dont il participe.

Savoir comment ce quelque chose peut agir par le contact est difficile puisque, précisément, les mesures de séparation sont destinées à éviter ou contrecarrer cette action. Mais on devine déjà par l'allergie que, au minimum, des perturbations physiques peuvent en découler. Si, au cours de l'enquête, n'a cessé de resurgir l'idée que « ça s'attrape », si la reproduction imitative du mal mental a été formellement désignée, ce n'est que dans un cas seulement que le processus de contamination par le contact physique d'une sécrétion vive a pu être saisi. Une nourricière expliquant que, grâce à la machine à laver, elle pouvait éviter le contact des affaires du pensionnaire, en vint à décrire comment elle-même avait été victime de la pollution par la maladie mentale :

« Eh ben, croyez-moi, j'ai le bout du doigt coupé, j'ai eu un panaris je m'étais coupé juste la peau, hein. Et puis le M., il faisait des mouchoirs, parce que vous savez, il attrapait des mouchoirs et puis il les roulait, il les roulait que c'était gros comme ça, hein. Puis dame ça se salissait, le fil du mouchoir il imprégnait la saleté et c'était pas lavable. Ben moi je dis : quand même, je sais pas comment faire pour laver ça. J'ai pris ses mouchoirs, je les ai mis dans l'eau tremper, puis enfin j'ai pris de l'autre eau, je les ai bien savonnés. Mais j'avais toujours c'te coupure et ça a dû rentrer, je sais pas quoi, et puis ça s'est tourné en panaris. Et c'est de ces mouchoirs que j'ai pris ça. Parce que ça m'a piqué, tout de suite après ça me piquait, ça me piquait, ça me piquait. Y en a qui sont malpropres, ça dépend d'eux, mais lui, le M., il était pas sale mais c'était une manœuvre de rouler ses mouchoirs. Ça s'imprégnait dans le fil et ça partait plus... Avec les machines à laver maintenant, c'est un avantage, surtout pour ces gens-là, y a plus besoin de manipuler ça. »

Tout y est. La maladie et son signe : la manœuvre de rouler les mouchoirs, c'est-à-dire un comportement dicté par la maladie (dans ce cas les nerfs, comme l'a indiqué à un autre moment de l'entretien la nourricière à propos de ce pensionnaire, le M.). La pollution du linge par un processus où la saleté, qui n'est pas malpropreté (c'est formellement exprimé) mais sécrétion nasale, pénètre irrémédiablement le tissu sous l'effet de la « manœuvre ». Celle-ci, expression symbolique de la maladie, mais susceptible d'avoir une puissance matérielle –

magique ? –, celle d'imprégner la saleté dans le fil sans qu'elle puisse en partir, se combine alors avec la sécrétion vive pour passer du mouchoir à la peau de la nourricière, rentrer dans son corps, piquer et *tourner* en panaris. De même que la contrariété, le choc affectif, monte au cerveau et le fait tourner ; de même que le détraquement nerveux peut modifier la démarche parce que la maladie « prend le côté, laisse la jambe tournée » ; de même la maladie véhiculée par les liquides corporels se transmue dans le corps de l'homme normal pour tourner en affection purulente et destructrice.

Il convient de bien dégager les éléments utilisés dans ce témoignage pour interpréter la contamination magique. D'une part on retrouve la représentation d'un phénomène biologique directement inspirée par l'expérience courante. Ce récit évoque un processus bien connu des vétérinaires dans une maladie des équidés, le « forcin », où une affection nasale peut, par la contagion, prendre une forme cutanée, la « morve cutanée ». D'autre part, on décèle une représentation inspirée par les croyances magiques sur un double plan : premièrement, représentation du pouvoir nocif des sécrétions nasales du malade, en prise directe avec les croyances de la médecine populaire, marquée par la théorie des humeurs, ce qui implique une extension de la maladie à tous les éléments du corps qu'elle investit d'un potentiel négatif et nuisible ; deuxièmement, représentation du mal mental comme force transmutable susceptible d'affecter, de façon immédiate par transmission directe tous les secteurs de la vie, dans leur dimension mentale, active ou organique, représentation où se retrouve la croyance magique en un pouvoir spirituel doté d'efficacité matérielle.

La représentation globale du processus de contamination est en quelque sorte chargée de significations multiples, surdéterminée par des éléments qui appartiennent à des domaines de pensée ou d'expérience différents. Au demeurant, en son aspect le plus secret, la maladie se donne ici telle que l'analyse de ses productions et de ses formes la laissait supposer : force unique et polymorphe, substantielle et transitive. Elle apparaît, en outre, comme pouvoir magique et maléfique capable de faire tourner l'organique, prendre et dominer les nerfs en étroite communion avec les forces du monde naturel, contraindre l'activité, ôter la liberté, éveiller la malignité. Un nourricier soulignant que le commerce des pensionnaires avait modifié son savoir sur la maladie mentale écarta toute notion de contagiosité. Invité à préciser sa découverte, il s'expliqua en ces termes :

« Ça m'a apporté d'avoir une vue objective sur les maladies mentales. Maintenant je sais ce que c'est une maladie mentale. Ben mon Dieu, c'est une *infection de certaines parties du cerveau qui touche* les éléments... qui touche l'affectivité, la motricité... *Ça n'est pas une maladie physique.* »

En dehors de la « tare héréditaire », il ne voyait par ailleurs que le choc affectif comme cause de la maladie. Celle-ci se traduisait par « la fatigue », « l'incapacité à prendre des responsabilités », chez ceux qui « n'ont pas assez de force en eux pour

résister à ce qui monte au cerveau ». Auparavant, il « se contentait » d'opposer le « fou » au « sage » par la « méchanceté ». Ces divers raisonnements ne peuvent manquer de rappeler un mode de pensée animiste. À travers eux, la maladie évoque une force immatérielle qui se révèle dans l'ordre physique et constitue la puissance magique des êtres ou des choses (dynamis grecque, mana, orenda, etc.). Force ou fluide qui donne aux plantes leur vertu, au sorcier son pouvoir. Ne faisant qu'un avec la matière, cette force ou ce fluide, que l'on voit aussi comme pouvoir spirituel, se retrouve dans tout ce qui provient du corps. Ainsi, le malade qui en est porteur diffuserait sur autrui sa puissance négative. N'est-ce pas ce que croient et craignent les nourricières quand elles usent d'autorité contre la hardiesse du malade et lui interdisent d'ouvrir leur porte et de regarder au moment où elles baignent leurs enfants ou au moment où elles font une piqûre à leur mari ?

LE ROULANT, L'ÉTRANGER ET L'IMPURETÉ DE LA DIFFÉRENCE

[Retour au sommaire](#)

Mais, par cela même, la folie redevient qualité, état, force du malade. Pour expliquer une vertu négative dont on ne parle pas mais que l'on dit dans des comportements conjuratoires, c'est encore au malade que l'on revient. Aux attributs qui caractérisent l'homme-fou, raison sera demandée de l'évitement de son contact. À côté du danger de contamination, propre à la maladie, émerge le danger du contact propre au malade. Or, nous le tenons de ceux qui n'appliquent pas de mesures d'hygiène, ce qu'elles signalent à craindre en lui, c'est l'inconnu. Nous savons déjà l'importance que revêt la connaissance du pensionnaire dans le processus d'adaptation et d'acceptation. Cette connaissance, qui sert à l'identifier sur le plan de la pathologie et du caractère en vue d'ajuster la conduite à tenir à son égard, ne suffit pas à supprimer l'évitement du contact au niveau de l'entretien. Il s'agit donc d'une autre sorte d'inconnu renvoyant au mystère de la folie, à sa différence essentielle, source de négativité. Les connotations les plus saillantes de cet inconnu apparaissent dans les associations suscitées par le questionnement sur les pratiques de séparation. Car avec elles il emprunte au même fonds de culture pour définir le fou et son mal.

La séparation des affaires, en effet, ne fut pas inventée à l'usage exprès des pensionnaires, mais reprise de coutumes anciennement réservées à certains personnages de la scène sociale, que la communauté de traitement apparente à ces derniers. Cette clé fut donnée par un informateur, presque à son insu. Voulant justifier la séparation des entretiens, il fit appel à une tradition qui, elle, se rapportait à la séparation des pièces de vaisselle. Ce déplacement montrait la profonde identité de la séparation des eaux et de l'évitement du contact ; son développement fut plus riche encore. Écoutons parler :

– « Qu'est-ce que vous voulez, ça me fait penser au temps jadis dans les fermes quand les "roulants" passaient, il y a cinquante ans. C'étaient les hippies d'aujourd'hui. »

Q. – « C'étaient des gitans ? »

– « Non, le gitan avait sa roulotte. Les roulants, c'étaient les types qui étaient sur la route avec leur besace, le "chemineau" qu'on l'appelait. Eh bien évidemment, il était reçu dans toutes les fermes. On lui donnait la soupe, il allait coucher aux foin. Mais on avait son verre, il y avait toujours l'assiette du roulant à part. C'est pas honnête, ça se comprend. Ben ceux-là, c'est pareil. Ils sont pas plus sales que les autres. Ils se douchent plus souvent que les collègues du pays, mais... »

Malade, roulant, chemineau, trois personnages marginaux dont l'évocation et le rapprochement sont lourds de sens. Dans le malade, être déshérité, dépossédé de ses droits, coupé de son passé, déraciné, poussé à « naviguer » par son mal, il y a quelque chose du chemineau, ce vagabond sans feu ni lieu, vivant d'aumônes ou de larcins, allant toujours plus loin de terre en terre, sans même avoir comme le gitan le territoire de sa roulotte. À l'inconnu venu d'ailleurs l'hospitalité de la terre, mais le clivage des ustensiles de table, par méfiance et par crainte.

Car le roulant qui partage avec le chemineau l'errance a, au dire du folkloriste (Gagnon, 1972), un métier et un pouvoir. Contrairement à ce qu'affirmait l'informateur, le roulant n'est pas un vagabond mais un colporteur parcourant le pays pour vendre les menues bricoles qu'il porte dans sa besace. Son droit au gîte et au couvert, il le tient de son pouvoir magique, non de la charité. Le roulant, croit-on, est quelque peu sorcier et peut jeter le mauvais sort sur celui qui refuse de l'héberger. Sa malveillance est telle qu'il doit remettre ses allumettes à son hôte avant d'entrer dans la grange où il dormira, pour ne pas y mettre le feu. Suspect d'avoir quitté sa terre pour un métier itinérant, il se voit conférer une puissance néfaste aussi distincte de la simple malhonnêteté que la pollution du pensionnaire l'est de la saleté.

Dans le déracinement réel et symbolique qu'occasionne son mal, le malade allie à la malfaisance du chemineau, comme lui voleur, enclin aux déprédations, la malignité du roulant, sorcier qu'il rappelle par son regard surnois, sa propension au mal ou aux canailleries. Dans cette évocation de l'inconnu-intouchable, la dimension qui amène à investir négativement le malade est le déplacement, l'incongruité d'être hors de son lieu, là où l'on n'a pas sa place. La différence de l'ailleurs. Que l'on se souvienne, le regard du malade est d'autant plus craint que ce dernier vient d'un autre pays et que ce pays est lointain. Au point que « le regard du Russe » ou « le regard du Polonais » en devient synonyme du regard mauvais. À quoi remonte ce poids de la différence de l'ailleurs ?

L'étranger fait peur par son origine. À cause d'elle, il échappe au code de conduite courante et on le croit capable de toutes les agressions :

« Ils m'en avaient mis un autre, c'était un Russe, c'était une très forte tête. Mais j'aimais pas rester seule avec. C'était sans crainte parce que je sais très bien que si ils

les mettent en liberté, ils sont sûrs d'eux. D'ailleurs c'était un homme qui buvait. Un jour, il était bien saoul, il dit à mon mari : "Si vous êtes attaqué, qu'est-ce que vous faites" Et il avait pris une sale habitude : dès que mon mari partait le matin, il venait frapper à la porte. Ce Russe, je le craignais pas si vous voulez, mais vu comme il était, c'était pas la même façon de faire qu'un Français, ils n'ont pas les mêmes principes. »

Mais l'origine comporte aussi la différence du sang qui favorise toutes les variétés du mal. À la sournoiserie multiple du Slave fait pendant la brutalité à l'emporte-pièce du Nord-Africain :

« On a eu un Algérien, ça c'en était une tête de cochon. Il était pas mignon non plus, je le craignais parce qu'il était brutal. Il nous donnait un peu le poing en passant. En plein mois d'août il avait son pull-over et son paletot de drap... Il était brutal, pas envers mon mari. Il fallait pas le gêner, il fallait s'enlever de son chemin, pas le gêner. Impossible de le faire changer de linge... Par exemple, si je lui portais à manger et que je mettais le plat au milieu et qu'il voulait pas qu'il soit sur le milieu, eh bien il me l'arrachait des mains, j'arrivais pour le poser et il le mettait de l'autre côté. C'est ça question d'être brutal, il nous a jamais cherchés, on peut pas dire qu'il a cherché à nous taper, mais c'était sa façon de faire... »

Le sang d'ailleurs est d'autant plus à la source du mal qu'il est mêlé. La pureté de l'origine représente en quelque sorte le garant de la qualité humaine, le mélange traduit, dans la couleur de la peau, sa détérioration :

« Nous en voyons des noirs à présent. Pas des noirs vraiment, mais beaucoup de Nord-Africains. Les noirs noirs ils sont meilleurs camarades que les jaunes là, les demi-noirs. Ils sont mauvais ceux-là. Ils sont pas jaunes mais plus foncés. Ils sont pas noirs mais ils sont pas blancs, ils sont mauvais ceux-là. J'ai fait toute la guerre avec les noirs. C'étaient des bons. Mais y en avait des jaunes là, ça marchait mal ceux-là. »

Autre terre, autres mœurs, autre sang. Comme l'étranger, le malade offre l'image du déplacement et de l'impureté. Car la folie, errance, aberrance, est aussi dans le sang. L'inconnu-intouchable menace par les pouvoirs étranges qu'il tient de l'ailleurs, donc du mélange et du mauvais sang. Le rapprochement avec la représentation de l'atteinte des nerfs s'impose, tant son schéma est similaire. L'agitation qui pousse le nerveux à une déambulation désordonnée, à « divaguer » de corps et d'esprit, s'origine dans la dégénérescence du sang sous l'effet direct ou indirect de la décomposition, de l'absorption de substances étrangères – l'alcool, le tabac, la mauvaise nourriture – ou d'une vie « décadre », envahie par la pollution des villes. Étranger, le malade le devient par dénaturation, impureté. Rapprocher le malade du roulant, c'est assimiler folie, sorcellerie et altérité. Étendre les règles appliquées au roulant à la séparation des eaux c'est, rappelant la force magique de son mal, y mettre l'impureté qu'il doit à son sang. L'eau reste symbole de pureté et de fécondité dans une région où les fontaines sacrées dispensent à profusion leurs effets bénéfiques ; où celle que sanctifia, au terme de sa longue errance, Saint-Menoux, guérisseur de la folie, après avoir eu le pouvoir d'ôter le mal mental, a

encore celui de laver mieux le linge et d'enlever les boutons (autre manière obscure de dire le rapport folie-liquide, pollution-sécrétion) ¹.

Dire que les substances qui émanent du malade souillent l'eau consacre leur impureté, leur nuisance, rapportée dans une vue organique à l'altération et l'altérité du sang, source de pouvoir, véhiculé par les sécrétions vives. Quand le sang est pur, le pouvoir est bénéfique. E. Renan, toujours à propos de Tréguier et ses fous, évoquait la folie d'une jeune fille qui, déchue de son rang par la misère, sombra dans la mélancolie. Il dépeignait son père, devenu broyeur de lin, en ces termes :

« C'était un patriarche... on croyait que, comme chef, il était dépositaire de la force de son sang, qu'il possédait éminemment les dons de sa race et qu'il pouvait, avec sa salive et ses attouchements, la relever quand elle était affaiblie. On était persuadé que, pour opérer des guérisons de cette sorte, il fallait un nombre énorme de quartiers de noblesse, et que lui seul les avait. Sa maison était entourée, à certains jours, de gens venus de vingt lieues à la ronde. Quand un enfant marchait tardivement, avait les jambes faibles, on le lui apportait. Il trempait ses doigts dans sa salive, traçait des onctions sur les reins de l'enfant que cela fortifiait » (Renan, 1967, p. 30).

On ne peut dire plus clairement le rapport entre pouvoir de la salive et qualité du sang. L'enracinement dans le groupe (la race) garantit la pureté du sang ; la supériorité (la noblesse) y assure la détention des qualités et de la force du groupe que transfère le contact de la salive. Le raisonnement éclaire celui qui se tient sur le malade. Déraciné, extérieur au groupe, son sang n'en a ni les qualités ni les vertus. S'il a une force, et il en a, celle de la maladie – « C'est fort ces maladies-là, c'est puissant » –, elle ne peut que dégrader par le contact celle du groupe. Les sécrétions vives menacent d'impureté dans un double sens. Diffusant les propriétés d'un sang dégénéré par la maladie incurable, elles peuvent détériorer le sang de ceux qui l'approchent, provoquant faiblesse ou infection :

« Je fais leur vaisselle après la mienne. Le premier qu'on a eu était syphilitique. Ils le disent pas. On a rien attrapé... mais... y en avait un, il a attrapé un peu de froid, je sais pas si c'est rapport à sa maladie. Pour l'hygiène, je fais le linge dans la machine à laver. Le linge blanc, j'y fais avec le mien parce que je mets de la Javel. Mais je fais pas tout tremper ensemble. Si on devait être contaminé au bout de deux ans de temps !... Je les crains pas. Ils sont drogués, mais celui qui est syphilo, il est syphilo. C'est une maladie qu'est soignable et pas guérissable. »

¹ Il n'est pas indifférent de noter que Saint-Menoux lui-même est dans sa légende quelque peu inquiétant. Capable de chasser les loups de la forêt – c'est en général un sorcier qui se fait obéir des loups – il punit des fermiers qui lui refusèrent l'aumône, alors qu'il se présentait en mendiant – comme un chemineau – en rendant leur pain sanglant – acte de sorcellerie – et met le feu à la récolte de chanvre – comme menace de le faire le roulant. Gardien sourcilieux des mœurs, il fait mourir dans l'année les jeunes gens auxquels il reproche de trop danser et qui se moquent de lui – comme on se moque des fous. Seul saint de la région à guérir la folie, il est aussi le seul à avoir une légende aussi sombre, aussi chargée en maléfices. Sous toutes ses faces, l'univers de la folie évoque les mêmes ombres.

Émerge ici, comme dans la maladie des nerfs, le lien entre sexualité et détérioration. Le détraquement de l'excitation qui débride les besoins organiques et exaspère la sexualité correspond à une perturbation du sang par la sexualité. D'où vient la répulsion pour les pensionnaires-femmes dont déjà le type d'excitation nerveuse rendait plus évidente que chez les hommes la perturbation de et par la sexualité. Celle-ci, présente dans les sécrétions intimes et le sang menstruel, rend le contact encore plus redoutable :

« Je préfère les hommes parce que premièrement l'hygiène. Un homme, bon, plus ou moins nettoyé, ça passe, mais alors la femme, je sais pas ce que ça peut donner. Ça doit pas être tous les jours drôle. Cette histoire d'hygiène, ça me tracasse énormément. Y avait des voisins à ma belle-mère qui en avaient trois. Elle me disait : y a des moments, c'est épouvantable. Alors un homme, c'est quand même différent. Y a moins d'hygiène spéciale que chez une femme, ça doit être assez embêtant, assez gênant. »

Apparaît, à côté du déracinement et de la dénaturation, l'une des dimensions fondamentales de l'impureté du malade. De cette réunion résulte que le contact des sécrétions vives menace dans un autre sens : rendre impur celui qui les touche, le dénaturer, altérer son intégrité et, à travers lui, celle du groupe.

Représentations du biologique et du social, croyances animistes s'intriquent dans la symbolique culturelle. Pollution et impureté témoignent à la fois du caractère extraordinaire de la folie et de l'altérité du malade. Sur fond d'une représentation organique de la maladie et d'une vision magique de sa transmission, les pratiques de séparation désignent dans le malade l'inconnu – étranger, donc maléfique – et l'intouchable – impur, donc dangereux. Le danger de la contamination par le contact se double du danger de détérioration par le mélange. L'inconnu-intouchable, c'est l'étranger-impur, étranger à ses semblables, menaçant leur intégrité d'être autre :

« Je fais la vaisselle en même temps. J'ai rien à craindre. C'est pas comme d'autres, c'est pas des maladies à microbes, ces choses-là ! ... Et puis j'ai tout de même des produits et avec de l'eau très chaude, pas bouillante, mais je fais un ballon d'eau chauffée au plus pour pouvoir la toucher et je rince deux fois sous l'eau. Alors comme ça... je sais, y a des gens qui croient... Quand j'étais tuberculeuse, c'était la guerre, on m'envoyait du beurre et je disais : "Tenez, prenez ce beurre, je n'y ai pas touché – c'est moi qui craignais pour la contagion – prenez, prenez, je n'y ai pas touché." Pourtant, les infirmières, c'étaient des anciennes tuberculeuses. Qu'est-ce que vous voulez, la tuberculose, ça se passe, le cancer, hein, c'est des maladies et pourtant on mangera dans la même vaisselle. Mais ces maladies-là, mentales, c'est pas la même chose... on ne mangera pas... parce que c'est des étrangers... Si encore ils étaient de notre famille, on les connaîtrait. »

Connaître l'autre, c'est le savoir semblable, ainsi que l'illustre cette conversation au cours d'un entretien avec une personne venue en visite dans le placement. Celle-ci explique qu'elle ne veut pas prendre de pensionnaire :

« Je suis pas tellement patiente, je m'entends pas... C'est pas des mineurs mais... Je vois le petit X... devant l'église, c'est à la limite si je peux le supporter. Il est sonné le pauvre gars, il touche une pension. C'est un gars du pays, on s'est élevés ensemble. »

Le nourricier. – « Si je te disais que j'ai été surpris de le voir chez toi le jour où t'as fait "la goutte" ¹... Je le savais même pas. »

L'invitée. – « C'en est un, quoi, puis c'est tout.

Je demande. – « Les gens le traitent différemment des pensionnaires ? »

L'invitée. – « Oh, oui, c'est un enfant du pays, il a quatre ans. Tout le monde le connaît. C'est Jean-La-Pipe, parce qu'il aime la pipe. Et puis c'est tout. On a été à l'école ensemble. Y a des rigolades en face de lui, même avec des pensionnaires autour. Il est plus bête que les pensionnaires. Mais enfin il est connu. »

La similitude garantit, par la fraternité de condition ou de groupe, contre l'impureté du contact. Le semblable porte-t-il la marque de l'altérité qu'est la folie qu'il faudra, sachant d'où il vient, quelles sont ses racines, établir par la filiation et l'appartenance au groupe son identité de nature. La fraternité du sang garantit sa pureté et suffit à éliminer les menaces de la maladie. Similitude et identité autorisent l'union symbolisée par le contact des salives. Le rapprochement est possible puisque le mélange n'est pas à craindre. L'altérité scelle l'impureté du contact. Le contact signe l'identité. Partant, si l'évitement de contact est moyen de préserver contre l'impureté, c'est aussi manière de poser la dissemblance, maintenir la non-identité. Lorsque de l'inconnu on fait un intouchable, on sauve sa propre intégrité des risques de l'altérité en l'enfermant dans la différence. L'enjeu est là et elles le savent bien celles qui ne redoutent pas le contact :

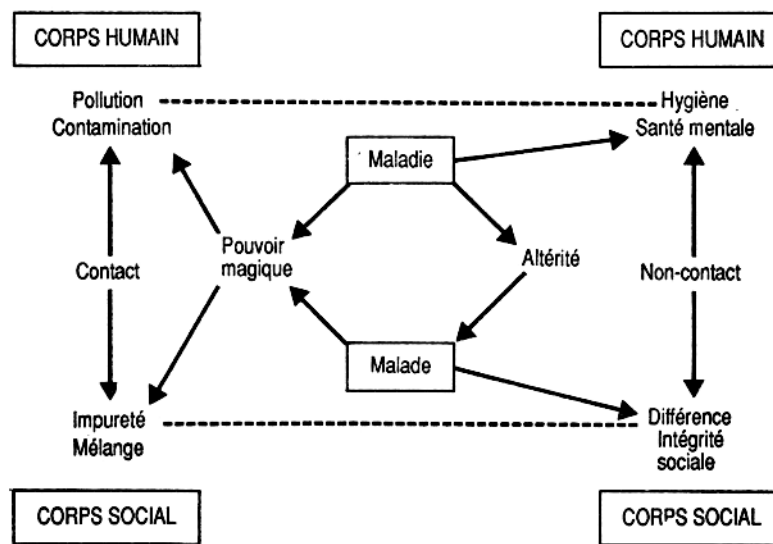
« Je leur porte leur manger, ils m'apportent leur vaisselle sale, je fais la vaisselle en même temps. Oui Madame, y a pas de différence. Les verres sont faits avec les miens. Je fais leurs verres et après les miens ; je fais comme tout le monde, je fais pas de différence. Si j'avais un malade que je saurais qu'aurait une maladie, mais mes malades ils sont très bien. J'ai pas lieu de faire de différence de mes malades et de mes enfants. »

Éviter le contact, c'est établir un ordre qui protège le groupe. La séparation des eaux et des ustensiles de table, justifiée par des mesures d'hygiène, rejoint les effets de la règle de l'écart mais ses significations vont plus loin dans la mesure où elles sont lourdes d'images qui de tous temps ont associé le mal, l'errance, l'impur, la défense du groupe et de son identité territoriale. La « navigation » du fou, l'incrimination du nerveux, toujours considéré comme « méchant », « mauvais »,

¹ La « goutte » est un petit verre d'eau-de-vie fabriquée localement. Offrir « la goutte » signifie l'acceptation. Un infirmier-visiteur me disait au début de l'enquête : « Quand vous irez chez les nourriciers, si à la fin de la visite y en a un qui vous offre la goutte, vous pourrez dire que vous êtes acceptée. « On ne me l'a offerte qu'une fois. C'était chez une femme qui s'appêtait à ouvrir un placement.

nous suggèrent un rapprochement avec l'usage pénal de la notion de souillure dont la forme originelle a été analysée dans la société grecque et dont il reste des traces dans certaines traditions locales où joue encore la loi du Talion (Glottz, 1904 ; Jodelet, 1926). Le crime était souillure pour le groupe auquel appartenait la victime et la purification passait par l'exil du criminel, son élimination sociale. Il ne devait plus rien partager avec le groupe, ni même fouler la terre au risque de la souiller. N'y aurait-il pas là un rapport avec le caractère infamant de l'errance ? Si le criminel était tué on amenait son cadavre à un carrefour pour le lapider, le jet de pierres ayant un caractère magique de purification. N'y aurait-il pas là un rapport avec la coutume de jeter des pierres au fou ? Et comment ne pas penser au sorcier qui reçoit ses pouvoirs dans les carrefours, au croisement des chemins qui ne sont d'aucune terre ? Enfin, il a été montré que l'appel à la souillure dans le domaine juridique est intervenu à une époque où la solidarité sociale se désagrègeait et le pouvoir central de justice n'était pas encore assuré dans sa place. L'idée de souillure devint un moyen de répression. Dans notre communauté incertaine de sa défense n'en irait-il pas de même ? Mais de quelle répression s'agit-il alors ?

Dans ce réseau de signifiants multiples que livre l'agi d'une pensée sur la folie, contact et maladie s'articulent à pouvoir magique et pollution d'une part, altérité et impureté de l'autre, débouchant sur la différenciation sociale. Articulation qui n'est possible que par un déplacement d'accent allant de la maladie à celui qu'elle atteint, du contact direct au rapprochement social, c'est-à-dire du corps humain au corps social, passant de la représentation au symbole. Le pouvoir polluant de la maladie, force magique que transmet le contact des sécrétions vives, devient chez le malade signe de l'altérité propre à sa nature de porteur de folie dont l'impureté menace l'intégrité des autres. L'évitement de ce contact, mesure d'hygiène destinée à préserver le corps humain de la contamination, devient clivage social destiné à préserver le corps social du mélange. Parcours qu'illustre le schéma suivant :



Mais en rejoignant, par ce déplacement, la règle de l'écart, ces pratiques de séparation chargent la différenciation d'un poids nouveau. Entre la *pratique instituante* qui définit les cadres normatifs du rapport au malade et la *pratique signifiante* qui, étayée sur la représentation de l'objet malade/maladie, révèle les dangers de ce rapport, quelque chose s'est insinué qui se rapporte à un vécu privé : la confrontation directe, étroite avec le mal mental et son porteur. Non pas celle publique ou semi-publique de la coexistence et de l'affrontement quotidiens, mais celle intime du rapprochement corporel. Ce quelque chose, et toute la symbolique qui s'élabore autour, a trait au contact physique. Comment dès lors, et malgré le voile d'un immense silence, ne pas chercher dans l'image repoussée du contact des salives, dans l'imprécision des limites entre soi et l'autre qui marque l'animisme, dans la protection de l'identité contre l'étranger, dans l'évocation du sang et de la sexualité, de l'impureté et du mélange – toutes choses rituellement réaffirmées par la répétition de comportements phobiques –, comment ne pas chercher le fantasme de la fusion des corps ?

Les pratiques de séparation, tout à la fois protectrices, purificatrices et différenciatrices, préservent l'individu et le groupe du mélange sexuel (et de sa tentation). Cela fut dit rarement, mais dans une logique associative confondante :

« C'est eux qui font leur vaisselle eux-mêmes. C'est comme leur linge, je le lave dans la machine à laver, naturellement, mais je ne le lave pas avec le mien. Parce qu'ils ont une odeur qu'on a pas. C'est pas que je crains la contagion, loin de là, parce qu'ils ont pas de maladie contagieuse. S'ils ont une maladie aux poumons, tuberculose ou autre chose, c'est très vite dépisté puisqu'ils passent à la radio une fois par an. C'est pas ce que je crains. Mais non... ça serait d'abord pas convenable de laisser les enfants avec les pensionnaires. Surtout, je ne sais pas si vous me comprenez, mais vis-à-vis des petites filles. Y en a qui ont été surpris. »

Dans sa polysémie, l'hygiène désigne ce qui, pour le groupe, est la vraie menace et contre quoi il n'y a de défense qu'individuelle, la pollution sexuelle :

« Les malades femmes, c'est plus mauvais ces choses-là. Faut y voir. Et les règles. Laver tout ça, vous savez... Et puis les histoires qu'il y avait avant ici, c'est qu'elles s'en prenaient pas seulement aux malades hommes, elles voulaient les hommes du pays aussi. »

Il fallait, pour en arriver à la dire, faire le détour par le plus secret de la pensée qui donne la folie magique et maligne, le fou altérité. Détour par la pratique signifiante qui permet d'exprimer le vécu, réel ou imaginaire, de ce sur quoi porte la pratique institutionnelle. Détour par lequel, tout étant livré de la maladie, le malade prend un nouveau visage, celui de l'objet refusé.

Épilogue

Face aux bredins

[Retour au sommaire](#)

Objet refusé, interdit sexuel, venons-nous de dire. N'est-ce pas aller trop loin dans l'interprétation ? Et peut-on maintenir conjointement le symbolisme social et le symbolisme personnel dont sont porteuses les pratiques significantes que nous venons d'examiner ? Leur généralité nous a fait éliminer l'hypothèse de comportements individuels de type phobique. Revenir à l'interdit sexuel, n'est-ce pas courir le risque de réduire leur portée collective et de manquer le caractère social des représentations qu'elles mettent en acte. Cependant, les représentations associées à ces rituels domestiques, comme d'ailleurs certaines données de l'enquête, nous obligent à considérer cet aspect des choses. Partant, à affronter le problème de la pluralité symbolique, de la polysémie des interdits, de la surdétermination des conduites qui y sont afférentes. Donc de la production psychosociale du sens et du rôle qu'y jouent les représentations et la dynamique du groupe qui le produit.

N'oublions pas : ce qui a été décrit advient dans une institution sociale qu'il échoit aux femmes de gérer et de conserver. Les pratiques instituant les écarts tenus avec les malades sont un ordre établi et pérennisé par les femmes, justifié par la protection des enfants et du foyer familial. Et, nous avons eu l'occasion de le remarquer, bien que leur force soit parfois un précieux adjuvant dans l'affrontement avec les malades, les hommes, par fraternité de travail et de sexe, n'ont avec ces derniers ni la même autorité, ni la même distance. Quant aux pratiques significantes, elles se rapportent à des techniques régissant l'univers domestique, dont Bourdieu a montré qu'il est le lieu d'une « vérité pratique » et d'un « usage secret privé, honteux et quotidien » du symbolisme qui est féminin et diffère de celui, masculin, « officiel, public, solennel, extraordinaire » (1980, p. 394). Et, de fait, dans le déploiement des sens attachés à ces pratiques, ce sont seulement des hommes qui, se référant à l'étranger et au « roulant », ont donné une vue de leur usage social ancien et laissé sentir leurs implications pour la collectivité, tandis que les femmes accentuaient les risques de la contamination intime et l'importance de la connaissance de l'autre pour son enracinement dans la

communauté. Si, donc, protectrices du groupe, les femmes en détiennent la vérité pratique, il nous faut chercher en quoi elles interviennent dans la fabrication du symbolisme de leur faire, compte tenu de leur position à la charnière du groupe des civils et de celui des bredins. Nous rejoignons en cela les perspectives ouvertes par M. Douglas (1971) dans son analyse de la souillure religieuse et séculière.

Les usages concernant les affaires des malades et leur entretien se rangent dans ce que Durkheim nomme des « actes négatifs » ayant « pour fonction de prévenir les mélanges et les rapprochements indus » (1968, p. 428). Mais quel est exactement leur statut ? Ils obéissent à un rituel ambigu qui s'apparente à la fois au rituel obsessionnel par sa forme et au rituel magique, voire religieux, par son contenu – les représentations qui lui sont associées – et ses conditions de mise en œuvre. Faits de tradition, à destination domestique, ils se rangent dans cette « masse confuse de faits dont le caractère spécifique n'est pas immédiatement apparent » qui, selon Mauss, « s'étale » entre les pôles de la magie et de la religion (1950, p. 14). De la magie, ils ont la triple particularité : valeur instrumentale de protection contre les dangers de certaines propriétés des malades ; caractère secret, intime, porté à leur observance ; et, dans la variabilité interindividuelle de cette dernière, caractère de nécessité sans obligation morale. De la religion, ils ont le caractère d'interdit destiné à faire respecter et préserver la sphère familiale désignée comme « sacrée »¹. Nous sommes en présence de pratiques qui, lourdes d'histoire, mais inscrites dans notre contemporanéité, sont d'une nature difficile à démêler. Durkheim lui-même disait combien les distinctions en cette matière sont délicates : « Il y a des interdits du folklore dont il est souvent malaisé de dire s'ils sont religieux ou magiques » (*ibid.*, p. 430). Si, comme le pense M. Douglas, nos idées relatives à la pollution et nos idées religieuses – nous ajoutons magiques – ne se distinguent que par une « spécialisation conceptuelle » propre à nos sociétés ; si les rites de pureté et d'impureté restent aujourd'hui, malgré leur couvert d'hygiène et de pathogénie, des « actes essentiellement religieux » dont le truchement permet que l'on « élabore des structures symboliques, on les expose au grand jour » (1971, p. 24) ; alors, examiner comment les pratiques que nous avons mises en évidence en viennent à signifier comme elles le font peut contribuer à éclairer le fonctionnement symbolique et mental de la communauté que nous étudions.

Arrêtons-nous d'abord sur la forme que revêtent ces pratiques. Leur rapprochement avec les rituels d'isolation obsessionnelle s'impose à plus d'un titre. Le caractère compulsif des comportements, leur instabilité et les déplacements de leur mise en acte qui désignent, tout en la masquant, la phobie du contact. Cette fonction d'occultation et de protection que remplissent les rituels obsessionnels et sociaux par rapport aux peurs que suscitent les situations que l'on évite a amplement été mise en évidence par la psychanalyse (Fenichel, 1953, p. 327). La façon dont les comportements sont décrits et justifiés laisse émerger des sentiments de crainte dont la nature reste le plus souvent informulée, sinon

¹ Nous reprenons ici les caractères distingués par Mauss (1902-1950) et Durkheim (1912-1968).

inconsciente. Ce rapprochement mérite l'attention pour deux raisons. D'une part, parce qu'il met en évidence, avec la peur, une dimension émotionnelle des comportements sur laquelle l'interprétation en termes de symbolisme social risque malheureusement de faire l'impasse, comme cela se produit chez un auteur tel que Douglas, et nous aurons à insister sur ce point. D'autre part, parce qu'il nous incite à rattacher à ces comportements des connotations sexuelles qui ne sont pas sans fondement concret pour la population.

LES RISQUES DU SEXE

[Retour au sommaire](#)

En effet, que soient présentes, dans les rituels domestiques, des craintes d'ordre sexuel, il a suffi de quelques glissements thématiques saisissants dans les entretiens pour nous en convaincre, sans parler du symbolisme porté par les liquides corporels et de l'association faite, *via* l'épilepsie, entre salive et sexualité. Nous retrouvons là le mécanisme sous-jacent à la formation de la phobie de l'infection, dont l'animisme est d'ailleurs un des ressorts. Divers travaux psychanalytiques recensés par Fenichel (*ibid.*, p. 197, 259) ont montré la liaison existant entre la peur de l'infection et des craintes ou désirs sexuels inconscients (castration, fécondation, incorporation, destruction, etc.), comme la correspondance entre les idées de contamination et le développement d'une défense contre la sexualité. D'une manière générale, l'idée d'infection servirait à rationaliser les sentiments liés à « l'archaïque tabou du toucher » qui, pour Freud, peut concerner toute impulsion, quelle qu'en soit la nature instinctuelle (agressive, tendre ou sexuelle), dans la mesure où elle comporte toujours dans ses buts le toucher de l'objet.

Cette parenté posée, on ne peut cependant appliquer sans nuance, ni question à notre cas, le schéma d'une liaison inconsciente entre interdit de contact et interdit sexuel. Le caractère inconscient des significations sexuelles attachées aux conduites n'est pas absolu et il existe une sensibilité évidente aux risques sexuels que fait encourir une population masculine de malades mentaux, malgré la surveillance et la sélection assurées par l'hôpital. On devra donc se demander au minimum si les comportements recèlent bien une crainte inconsciente et de quel côté est le danger, de quel côté est le désir.

Peut-on se contenter de penser que la sexualité fait retour dans la sphère privée parce qu'elle est occultée dans la sphère publique ? L'enquête a montré que cette question est difficilement abordée de manière ouverte et spontanée et qu'elle se trouve à la fois soulignée et niée dans le discours social. Rappelons-nous que la sexualité – comme l'affectivité – n'est pas explicitement présente dans le tableau clinique des malades et qu'il a fallu faire le détour par la description étiologique des zones et des périodes d'atteinte de la maladie pour la découvrir associée à ce qui, en elle, effraie le plus : les nerfs, le sang, la méchanceté. De même, chez les

responsables de la Colonie, l'attention portée au recrutement des pensionnaires manifeste un souci jamais relâché de maîtriser les dangers sexuels. Ceux-là mêmes auxquels s'en prend l'observateur extérieur quand il stigmatise l'incurie des pouvoirs publics tout en reprochant à la population de se laisser « amoindrir » dans sa descendance par le commerce intime avec les malades.

Et voilà bien où le bât blesse. Le silence ou l'ambiguïté des déclarations alertent sur un malaise que n'explique pas seul le comportement des pensionnaires. Certes, une vigilance toujours en éveil dans la population témoigne de l'insécurité dont elle se sent victime, redoutant agressions et séductions, réelles ou imaginaires, surtout pour les jeunes :

« Je n'aime pas voir les pensionnaires tourner autour de l'école, au milieu des jeunes filles. Il n'y a pas suffisamment de méfiance pour les enfants. » – « Au bout de cinq ans, il éprouvait un peu le besoin de courir. Est-ce que c'est l'âge... Il allait dans les cafés ; il tirait les sonnettes. On lui disait qu'il fallait pas le faire. Alors il se mettait en colère de plus en plus parce qu'il disait qu'on l'empêchait d'aller voir les jeunes filles. J'étais ennuyée parce qu'il courait après les femmes. » – « Ces gens-là, les bredins, ils savent rien faire. Mais on peut y apprendre. Il faut un an, deux ans, mais après ils savent. On dit "ils sont des bredins", mais ils sont pas si bredins que ça. Ils surveillent la maison, mais ils vivent pas à la maison. Je veux pas. Ils viennent pas parce qu'avec les filles, on sait jamais. Ils n'ont jamais eu de crise, mais j'ai toujours peur qu'une idée y vienne. J'ai toujours peur. »

Mais, on le dit aussi clairement, il y a des moyens, dont le cloisonnement, pour se protéger contre ce qui vient des pensionnaires. Reste le problème de l'attrait que peuvent éprouver les femmes elles-mêmes à l'égard de certains d'entre eux. Ne serait-ce pas le vrai risque dont on se défend ? Le péril interne, celui du mélange et de ses fruits ?

« Il y a eu des problèmes par la présence des pensionnaires comme y en a encore maintenant. Au début, y avait des femmes qui avaient des relations avec les pensionnaires, et maintenant c'est encore pareil. Les enfants de pensionnaires sont plus marqués actuellement que ceux de ce moment-là. »

« Dans ma classe, y avait cinq enfants de pensionnaires sur soixante. L'un était un dévoyé et sera toujours un dévoyé ; il est homosexuel, il vole ; les autres avaient une intelligence réduite. »

Devant l'évidence de la menace, la communauté a su mettre en place des projections. Soucieux de me prouver, contre les ragots des pays voisins, la santé mentale de la population, un des informateurs me conta que, pendant longtemps, elle avait bénéficié des services d'un « médecin avorteur qui savait quand il fallait empêcher une naissance : c'est pourquoi on n'a pas d'idiots dans le pays ». Et une autre personne de parler du fort encouragement à la fausse couche » existant autrefois dans la région :

« On faisait des manipulations dans le ventre de la mère. Il y a même eu un médecin qui tuait les débiles et les mongoliens à la naissance. »

D'une certaine manière, cette régulation coutumière entérinait des transgressions que les femmes avaient quelques raisons de commettre. À preuve ce témoignage venu spontanément argumenter l'exclusion des pensionnaires de la catégorie des civils :

« Ils ne sont pas des hommes. On leur enlève leurs droits civils, donc ils ne sont pas des hommes. Remarquez, on a des jeunes gens d'ici qui sont des enfants de fous. M. X..., c'est le petit garçon d'un fou. Il le sait peut-être pas lui-même. Moi je le sais, parce que j'habitais à... et sa grand-mère, elle a eu son fils avec un malade. Un homme très très bien. Eh bien, son fils, il était pas mal, X... l'est très bien. Mais l'a un enfant qu'est plus que mal : il est grand comme ça, il est pas normal ».

Moi « Il y a beaucoup d'enfants de pensionnaires ? »

– « Eh bien, on en a vu d'autres, on avait une jeune fille, le malade est sorti et puis elle s'est mariée. Et puis on a eu M^{lle} ... qui en avait un chez elle et qui est devenu son amant pendant une vingtaine d'années. Puis elle est partie maintenant du côté de Vichy, elle habite avec, elle s'est mariée. Et puis une petite..., la petite jeune fille elle s'est mariée avec un malade très bien. C'est des choses qui se produisent plus maintenant, je sais pas la raison. Les jeunes y-z-ont autre chose à faire que de s'occuper de ça. La vie est plus libre – pas plus libre, mais... Les femmes, c'est pareil, elles peuvent trouver autre chose quand même que les pensionnaires. Autrefois, c'était pas pareil, les femmes ne sortaient pas, restaient chez elles, et alors il y avait davantage de contacts avec les pensionnaires... »

Moi. – « Les pensionnaires étaient mieux ? »

– « Généralement, ceux qui ont fait des choses comme ça, à part le petit qui est parti avec la ... qui était vraiment malade, les plus anciens c'étaient des hommes qui étaient pas mal ; ils étaient mieux en partie que les hommes de par ici. Les Parisiens, c'est mieux que les hommes de campagne... Y avait pas grand-chose à leur dire. Ça nous regardait pas. Y en a un autre qu'est au carrefour de... marchand de..., y a de ça une vingtaine d'années. On en parlait, c'était dans la vie comme le reste. Maintenant, on entend plus parler, par exemple, plus du tout. Au contraire, même. Maintenant si y a un malade qui est un peu plus entreprenant, d'une manière ou d'une autre, ça fait plutôt du vilain. »

Moi. – « On n'aime pas les nouveaux malades ? »

– « Eh bien oui. Ce n'est plus du tout la même chose. C'est pas des hommes, ils sont pas bien ; malgré tout, y avait des hommes quand même dans le temps, qui pouvaient être malades, mais malgré tout, c'étaient des hommes distingués, des hommes bien. Y en avait pas des maisons spécialisées comme y en a tout à l'heure pour soigner plusieurs catégories de malades. À ce moment-là, tout était ici. Y avait l'innocent et puis y avait l'homme distingué qu'était... qu'on pouvait pas dire malade. Alors vous savez, ces personnes-là, ça pouvait plaire, certainement. C'était certainement mieux

que les maris. Ça devait être comme ça. Tandis que maintenant, ceux qui viennent, c'est des petits jeunes, des petits gars de cabanon. Y en a un dernièrement, on l'a ramené. Si ça va pas, on les ramène et puis ça y est ».
Moi. – « On ne craint pas pour les jeunes filles ? »

– « On craindrait plutôt pour les plus jeunes, pour les petites filles. On craindrait plutôt pour ça. Seulement, c'est généralement la faute des parents, qui les laissent trop faire. Ceux qui font ça, ce sont des enfants un peu abandonnés. Des petits gars, des petites filles, je dis pas qu'ils font pas des trucs comme ça. Ça c'est la faute des parents. Mais c'est des enfants qu'on laisse traîner. Y en a très peu. Y en a quelques-uns, un ou deux. Y en a toujours quelques-uns, c'est toujours les mêmes, la même catégorie, même en vieillissant, même en changeant de génération, c'est toujours les mêmes. »

Pour cette nourricière âgée qui se laisse aller à la confiance, la différence de classe justifiait autrefois l'inclination des femmes, et l'excusait. Il n'en va plus de même aujourd'hui où, cependant, la jeunesse des nouveaux entrants semble faire son effet, au grand dam des mères, dont l'inquiétude se renforce de la négativité d'une pathologie nerveuse :

« J'ai une fille, c'est une crainte. Moi j'y crains ça. C'est tellement vite fait. Les miens sont pas à craindre. C'est que des vieux, y a pas à craindre. Mais je vois toujours la petite où c'est qu'elle est. » – « Aujourd'hui, ils ont tous une tare, davantage de hardiesse ; on se fait respecter quand même : faut une petite crainte, c'est des hommes. Il vaut mieux des vieux que des jeunes. Tous ceux qui arrivent, c'est des jeunes, c'est plus pareil. C'est pas les mêmes pensionnaires qu'il y a dix, douze ans. Il faut se méfier pour les gamines, c'est pas la même folie. »

Dès lors va s'instituer un système de défense complémentaire très organisé, où se conjuguent vigilance de la population et contrôle de la Colonie. Il me fut donné d'en observer les dispositifs et les stratégies au cours d'un bal comme il s'en déroulait régulièrement dans l'arrière-salle d'un grand café. Un bal ouvert à tous, moyennant un droit d'entrée. Les pensionnaires y ont leur place, à la droite de l'orchestre. Leur masse fait face à la piste de danse qu'ils n'osent pas franchir pour s'installer dans le carré, garni de chaises et de tables, réservé aux gens du pays.

Dans le groupe des pensionnaires, deux hommes jeunes viennent d'arriver. Ils portent beau, vêtus de manière élégante et légère, pantalon serré et chemise de couleur vive. Sont-ils des étrangers au pays qui, ignorant l'organisation spontanée des groupes, se sont mêlés aux malades ou des pensionnaires qui ont rejoint leur clan ? Le doute plane. L'un d'eux se lance à inviter quelqu'une. Une première fois, il se fait éconduire par une jeune femme bavardant avec des amis, mais, ayant avisé une dame restée seule après que ses compagnons se furent levés pour danser, il s'incline devant elle. Seule, sans protection, la femme, après une hésitation, accepte. La danse finie, elle s'empresse de revenir à sa table. De cet instant, elle ne cessera d'être invitée à danser par les hommes de sa table ou d'autres, de manière à la rendre indisponible pour le cavalier maintenant identifié comme un pensionnaire. Cela durera toute la soirée, et aucune autre femme ne sera laissée

seule. Sans concertation, sans parole, mais sans défaillance, le groupe a pris la défense de ses femmes. Le pensionnaire guette encore, et quand une mère de famille, d'allure simple, entre avec ses filles, il se précipitera. Une des adolescentes accepte l'invitation. Il ne la lâchera pas et elle en paraît contente. Désarroi de la mère. À la faveur d'un arrêt de l'orchestre, celle-ci appelle sa fille et l'entraîne avec sa sœur. Il y a quelque chose de tragique et de pitoyable chez cette femme humble, isolée, qui pousse sa progéniture vers la sortie sans oser, comme d'autres, opposer un refus hautain et silencieux aux avances du pensionnaire : « Non, non, monsieur, il faut rentrer, laissez, laissez. » L'assistance, qui s'est tue soudain, s'écarte pour les laisser passer. Pas un geste quand l'homme les suit dans la rue. Mais on a déjà averti la Colonie où, le lendemain, il y aura branle-bas de combat pour réexpédier à Paris celui qui a causé le désordre.

TABOU D'ALLIANCE, TABOU D'AFFECT

[Retour au sommaire](#)

Mais là ne s'arrête pas la régulation sociale du commerce avec des pensionnaires. Il est un danger sur lequel le groupe ne transige pas : l'instauration ouverte et légale d'une vie commune. Quand la femme enfreint cette loi, elle est exclue. Ainsi avons-nous rencontré une nourricière mise au ban de son village pour vivre en ménage avec un pensionnaire. Encore sa présence était-elle tolérée puisqu'elle n'avait pas épousé ce dernier. Mais que, d'aventure, on convole, et l'on doit quitter le pays. Depuis l'origine de la Colonie (Vié, 1941), aucune de celles qui se sont mariées avec un malade n'est restée sur place. Passe d'accepter la faute et d'en prévenir ou en couvrir les fruits. L'inadmissible reste que, par mariage, un pensionnaire devienne membre à part entière de la communauté. L'hybride impensable n'est pas tant l'enfant de malade que le bredin devenu civil.

Le fait que le mélange sexuel soit toléré à condition de n'être pas officialisé montre que l'enjeu de l'interdiction de mariage vise le maintien d'une hiérarchie sociale. Le risque majeur n'est pas tant la détérioration de la population par la transmission de la folie à ses rejetons que son envahissement par les fous eux-mêmes ; le risque d'une *indifférenciation* effective, légalisée, dont les conséquences seraient catastrophiques pour l'image et l'identité du groupe. Car, après tout, l'enfant de pensionnaire garde ses racines locales, n'est connu que des siens et peut être caché. Le pensionnaire devenu civil, c'est l'étranger impur haussé au rang de citoyen et qui peut, à tout moment, dire sa double identité sociale, rappeler qu'on peut être civil et fou, crainte qui alimente l'anxiété du groupe. Le sentiment d'intégrité collective ne se préserve qu'à établir ouvertement l'exclusion des malades de toute niche légitime dans la structure sociale, autre que celle qu'autorise leur statut privatif. De la même manière qu'au sein du foyer, l'intégrité de la famille ne se préserve qu'à établir la distance et l'approximation du « comme si ».

Nous sommes dès lors mieux à même de comprendre le sens privé et social des rituels négatifs auxquels les femmes se soumettent et qui font pendant à leur obsession de maintenir l'écart et borner la hardiesse, comme à l'équivalence qu'elles posent entre distance-respect-autorité. Soulignons au passage la liaison entre interdit de contact et position d'une hiérarchie. Les infirmiers d'un hôpital psychiatrique justifiaient par le risque de perdre leur autorité leur refus de manger à la même table que les malades (Lévy, 1969). Cette articulation a été établie par Dumont (1966) qui la met au service de la différenciation sociale. Elle joue aussi un rôle actif comme protection contre la fusion dont Canetti (1966), analysant les phénomènes de masse, fait une tendance de la vie sociale, et Park (1950), l'inventeur du concept de distance sociale, la conséquence historique de la cohabitation entre groupes ethniques ou nationaux différents. Ici c'est bien de fusion qu'il est question. Représentantes et protectrices d'un ordre familial et social dont elles sont le maillon faible, les femmes ne peuvent l'instituer qu'en érigeant des barrières hiérarchiques et des interdits symboliques qui préservent du contact par où l'ordre est menacé.

Au niveau des pratiques significantes et de leur surdétermination, nous observons la genèse du symbolisme de la souillure dans ses fondements concrets – les tentations et les risques de la transgression de l'interdit sexuel et les peurs sociales qu'il éveille. Même si la probabilité de la tentation est faible, compte tenu du type de malades placés, dont beaucoup sont peu ragoûtants, elle existe comme une potentialité de péché social qui peut surgir à la faveur du placement d'un homme attrayant. Et l'on a vu que bien des habitudes de vie au sein du placement sont perpétuées rigidement, parfois sans justification, pour pouvoir faire face à tous les types de pensionnaires, surtout les plus gênants ou inquiétants, et à l'éventualité d'une transformation des comportements. Dès lors, par généralisation, tout contact va devenir dangereux, toujours synonyme de la non-protection contre l'indifférenciation.

Et quand l'individu manque à instaurer la séparation, c'est la communauté qui va rétablir, en le rejetant, la partition. À côté de l'exclusion territoriale de celle qui s'unit maritalement à un malade et du mépris dans lequel sont tenues les femmes séduites, il existe des procédés plus voilés, subtils, voire inconscients qui vont opérer, au sein du groupe lui-même, des clivages selon le type de contact que l'on entretient avec le malade. L'ostracisme dont sont frappés les employés de la Colonie en est un exemple. Mais il suffit que l'on soit placé dans des conditions objectives favorisant l'approche des pensionnaires pour que le clivage intervienne. Ainsi, le fait d'être issu d'une famille où l'on tenait un placement entraîne une différenciation qui se traduit directement au plan des mariages contractés au sein de la communauté.

La physionomie des alliances que notre enquête a permis d'établir présente, par rapport à celle que fournit l'étude de Girard (1964) sur « le choix du conjoint »¹, des particularités significatives du point de vue des conséquences sociales et psychologiques entraînées par la présence de malades mentaux. On observe à la fois une fermeture de la zone de placement sur elle-même et, en son sein, une instabilité locale qui diffère des tendances nationales. Alors que la proportion d'unions entre personnes nées dans la même commune est nettement inférieure à la moyenne, l'homogamie géographique est très fortement surestimée à l'intérieur du périmètre de placement, manifestant même une forte tendance à l'homochtonie (alliances entre communes distantes de moins de 30 km). Par contre, l'installation locale de ménages dont les conjoints sont nés dans le même département ou la même région est plus faible, au profit de ceux venant d'endroits plus éloignés. Le placement aurait donc tendance à créer une zone de culture endogame, relativement peu attractive pour les personnes issues de la région, mais ouverte à des implantations étrangères.

Ces caractéristiques s'expliquent en grande partie parce que les choix conjugaux sont affectés par le fait d'être issu ou non d'une famille nourricière. Il y a une forte tendance à l'endochtonie entre personnes élevées avec des pensionnaires : on se marie entre soi, comme ceux qui ne l'ont pas été restent entre eux². Plus, le destin matrimonial des personnes nées de familles nourricières connaît un cours distinct. Le « champ des éligibles », pour reprendre une expression de Maisonneuve (1968), est étroitement orienté. Quand un homme a vécu dans son enfance avec un pensionnaire, il ne trouve pas à épouser, dans sa commune, une femme qui ne l'ait pas fait³. Pour se marier dans sa commune d'origine ou dans le périmètre de placement, il lui faut rencontrer une personne qui a connu les mêmes conditions d'éducation ; et il devra aller chercher plus loin une femme non issue d'une famille nourricière⁴. Moins rigoureuse au niveau de la commune, cette tendance régissant l'union avec des personnes extérieures au milieu nourricier vaut également pour les femmes élevées avec des pensionnaires⁵. Les mouvements de la population à l'intérieur du périmètre de placement s'expliquent par une sélection en fonction de la proximité avec les malades qui conduit à renforcer et isoler les lignages nourriciers.

L'homophilie des enfants des nourriciers peut correspondre à une similitude de condition sociale, généralement peu élevée, chez les agriculteurs notamment. Il reste qu'elle témoigne d'un marquage social évident qui confirme le sentiment de stigmatisation lié au contact avec les malades existant au sein de la population. Et

¹ Les données de l'étude de Girard étaient, compte tenu de l'âge de la population nourricière, tout à fait pertinentes du point de vue d'un examen comparatif des tendances des unions contractées par et entre les nourricier(e)s.

² X^2 significatif à .001.

³ X^2 significatif à .01.

⁴ X^2 significatif à .001.

⁵ X^2 significatif à .001.

le fait que ce marquage ait un effet plus sensible dans le cas des hommes alerte sur l'extension du sens de l'interdit de contact et sa généralisation. On a vu que la population estime que les hommes ont une plus grande familiarité avec les malades, qui s'établit à la faveur de leur similitude de sexe, de la moindre surveillance exercée par les parents et, plus tard, de la camaraderie nouée à l'occasion du travail agricole. La difficulté que les hommes ont, comme partout dans les campagnes, à trouver femme va faire jouer à l'encontre de ceux qui ont vécu auprès de malades un refus supplémentaire de la part de personnes n'appartenant pas à une famille nourricière.

Un tel phénomène, qui montre l'effet inconscient de la proximité quotidienne des fous, appelle plusieurs remarques. Il confirme les représentations de la sensibilité pathogène dans les âges précoces. Il dénote une tendance à la constitution d'une « culture nourricière » que l'exclusion sociale ferme sur elle-même et dont on peut s'attendre à ce qu'elle développe des réactions défensives, visibles déjà à certains signes comme le renforcement de ses habitudes de cloisonnement. Enfin, il indique qu'approcher des pensionnaires est en soi considéré comme comportant des risques de contamination, et que les interdits de contact dépassent dans leur signification la seule sphère de la sexualité.

Il y a, de ce fait, une preuve qui oriente vers la dimension morale de l'interdit de contact. Toute personne capable de nouer une relation proche et interpersonnelle avec un malade mental est tout à la fois refusée, cachée par le groupe et taxée de folie. C'est ce dont je devais prendre conscience à mes dépens à mesure que j'approchais, dans l'enquête, les foyers où les pensionnaires étaient intégrés, perçant ainsi le secret d'une déviance locale que tenaient à masquer les informateurs de l'hôpital. Ceux-ci manifestèrent leur désapprobation par des agressions verbales, des manifestations de « hardiesse » qui rendirent mes rapports avec eux si difficiles que je dus suspendre les contacts avec l'hôpital. Mais laissez-moi conter une dernière anecdote : Vers la fin de l'enquête, un accident de voiture produisit quelque effervescence dans le pays. Deux touristes suisses parcourant la région avaient emprunté une bretelle pittoresque qui reliait deux routes nationales. Au sortir d'un tournant, se détachent les silhouettes de deux hommes marchant en bordure de route. Quand la voiture arrive à leur hauteur, un des hommes lève un bras, vacille et, brusquement, s'effondre sur la chaussée. La soudaineté du mouvement empêche de freiner à temps le véhicule. L'homme, un pensionnaire, heurté de plein fouet dans sa chute, meurt sur-le-champ.

Je devais apprendre la nouvelle de cet accident le soir même, au cours d'une de mes haltes habituelles dans un café. L'animation était grande et l'un des clients, qui me reconnaît, m'interpelle :

« Vous avez vu ce qui est arrivé aujourd'hui ?

– Non.

– *Il y a deux dames suisses qui n'ont pas eu de chance. Elles ont écrasé un malade. C'était pour le tabac. Il a dû avoir un malaise. Y en a qui disent que c'est comme un suicide. Moi, je pense que c'est un malaise, juste avant il avait dit à l'autre qui était avec lui : "Je me sens pas bien." Le docteur est venu. À la Colonie, ils viennent tout de suite dans ces cas-là. Une fois le constat fait, y a plus rien à faire. Elles sont parties les pauvres ! »*

Oraison pour un fantôme ; dossier refermé sur une existence à peine légale, sans intériorité pour susciter la compassion. Victime dommageable pour les autres jusque dans la mort, non par la responsabilité qu'elle engage, mais par le choc qu'elle produit. La mort violente ici n'est pas le drame qui frappe une personne, le deuil qui atteint un foyer ou une collectivité. C'est l'accident qui parachève un destin mutilé. L'instrument de la guigne pour les civils. Celui qui parle s'y connaît : il conduit le véhicule qui sert, selon les cas, d'ambulance ou de corbillard. Il sait ce que sont pour le pays ces morts qu'il ne peut ni plaindre, ni regretter. Sa réaction est l'image de celle d'un groupe auquel le deuil ne sied pas.

Et pourtant, au cours d'interviews, certaines personnes avaient eu la larme à l'œil en évoquant le souvenir d'un pensionnaire défunt. Quel mécanisme psychologique, quelle pression pouvaient expliquer l'endurcissement des mœurs ? Certes, les malades ne font pas partie de la communauté, même leur place au cimetière le rappelle : un carré réservé à part, planté de croix uniformes qui font penser à un cimetière militaire. Ils sont par ailleurs si peu des personnes : pions, personnages interchangeable dans les placements que l'on a coutume de voir disparaître vers un autre secteur ou un autre hôpital pour d'autres raisons que la mort. Pour les nourricières, celle-ci ne fait que créer une vacance de lit à combler. Abandonnés des leurs, pourquoi devraient-ils s'attendre à voir ceux qui les hébergent suppléer au manquement familial ? Mais n'y a-t-il que ces raisons à l'indifférence manifestée ? L'accident des touristes suisses devait fournir l'occasion de saisir quelque chose de son fondement collectif.

Le placement où avait vécu le pensionnaire écrasé faisait partie de l'échantillon à interroger ; je cherchais à contacter la nourricière. De divers côtés m'était revenu que cette personne était très affligée par cette mort dont elle se sentait, dans une certaine mesure, responsable, parce qu'elle n'avait pas, comme d'habitude, accompagné le pensionnaire en voiture. L'hypothèse d'un suicide renforçait encore son malaise. À l'annonce de mon intention, certains à la Colonie se prirent à rire : « Ah, vous voulez voir... C'est la nourrice la plus comédienne du pays. » Mais l'on me demanda de surseoir à la visite, par discrétion « Elle est toute retournée », « Elle est dans la peine ». En fait, il semblait incongru que je puisse constater l'expression d'une affliction relative à un malade, même si cette affliction était présentée comme simulation. Je pus néanmoins rencontrer le mari de la nourricière, alors que j'interviewais sa sœur. Était-il venu là exprès ? Peut-être. En tout cas, il manifesta le désir de parler :

La sœur. – « Alors comment ça va ? (se *tournant vers moi*). Ils ont eu un pensionnaire écrasé. »

Le frère. – « Ils m'en ont ramené un ce soir. Y avait deux mois qu'il avait pas de nouvelles de ses parents. Tous les jours il parlait de ça, tous les jours. Il a été à la Colonie. Enfin, il a pas été jusqu'à la Colonie, il est revenu. On sait pas ce qui s'est passé... Il est passé sous la voiture... Il a sûrement, d'après l'autre pensionnaire, il a tendu son bras quand il a vu la voiture, il a dit : "je peux pas m'en retourner jusqu'à Ainay, je suis fatigué..." Et puis quand il a tendu le bras... et pourtant ça lui a pas touché aux jambes. Il a tombé puisque ça l'a tué, mais ça l'a pas touché aux jambes. Il avait un trou à l'épaule. Mais il l'a pas fait exprès. Il a voulu arrêter la voiture, mais la voiture allait vite, 160, 150 ou même 100. Dame, c'était un malade, il a fait un sourire, il a tendu le bras, il a fait un sourire peut-être pour les arrêter, mais... »

Moi. – « C'est pénible pour vous ? »

La sœur. – « Ben vous savez, ils étaient habitués. C'était un malade qui était chez sa fille. »

Le frère. – « Il était propre. C'est lui qui apportait le plateau pour les autres. Et puis il connaît les légumes, les chambres et tout. Il venait à la maison. Y a des jours qu'il disait : "Ah je peux plus, je suis fatigué, je suis fatigué, je suis plus bon à rien." – "Eh bien Roger, allez vous reposer, allez vous coucher." Et puis un moment après il revenait : "Bon, vous allez chercher le pain, Roger." Il disait non des fois. Et puis d'autres : "Oui, jusqu'à Bessais." Propre, impeccable. Il faisait les chambres à tous les autres, tout à la maison, chez ma fille. »

La sœur. – Elle « doit être retournée à cause de Roger, X... Ça l'a secouée. Ma belle-sœur, il vivait complètement avec elle. On arrive à vivre avec. On s'attache avec. Ça l'a secouée, quoi ! Puis il était utile à la maison. Il faisait les chambres, il apportait à manger aux autres et tout. Et quand ça y faisait plaisir, il taillait les troènes, ça durait pas longtemps, mais comme ça, il allait. C'était un type... il faut savoir vivre avec, c'est surtout ça ».

Le frère. – « Y a le fou de X..., là, hier, j'avais été à la porte, le facteur me dit : "Je savais pas que c'était un de vos pensionnaires." Il connaît tous les pensionnaires. Et l'autre tête d'idiot, il dit : "S'ils avaient tous été renfermés dans un parc. On n'a pas besoin de ça sur la route." Ben je lui dis : "Tu y seras peut-être, toi, demain, pensionnaire". »

Plus tard, à la Colonie, je devais recueillir le commentaire suivant :

« Ils ont fait toute une histoire à propos de ça. Et puis après, il a été raconter qu'il avait fait une histoire psychiatrique. *On ne peut pas parler de contagion, mais ils ont le souci de la maladie.* »

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

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

Tabou sexuel, tabou d'alliance, tabou d'affect, contagion organique et contagion psychique se conjuguent pour multiplier les partitions protectrices. Celle entre civil et bredin au plan collectif, dupliquée, au plan du placement, par celle entre famille et pensionnaire celle entre ceux qui sont issus de famille nourricière et les autres celle enfin entre détenteurs de la norme locale et déviants au plan de la communauté. Le tabou sexuel sert à éviter le « péril de la souillure par le sang » (Morin, 1969), le tabou d'alliance celui de l'intromission des fous dans la trame sociale, le tabou d'affect celui de la rupture des défenses psychologiques collectives. Mais si l'opprobre social, la déconsidération ont raison de la transgression de ce dernier, comme l'expulsion a raison du mariage, il n'en va pas de même pour la transgression sexuelle qui peut rester secrète et ne comporte pas d'autre pénalisation que le mépris quand elle est connue. Ce qui n'est pas à la mesure du risque qu'elle comporte pour la collectivité.

Dès lors, on comprend tout le poids que prennent les rites négatifs domestiques. En les observant, les femmes agissent et pensent doublement en membres du groupe. Elles ne font pas que se rappeler le dommage collectif qui découlerait d'une défaillance privée. M. Douglas observe que les croyances à la pollution sexuelle émergent, entre autres, quand il n'y a pas de châtement concret pour les transgressions, quand les sociétés reposent sur un paradoxe et une contradiction profonde. Devant les contradictions qu'implique l'institution coloniale, le souci compulsif d'hygiène que manifestent les nourricières aurait une valeur symbolique de rappel. Rappel de la nécessité de préserver le corps social, incarné dans le corps sacralisé de la famille. Face au désir d'égalité des pensionnaires, à leur demande d'intégration qui signifie menace de fusion, le recours à l'idée de pollution organique permettrait de légitimer l'arbitraire de la ségrégation, l'appel au biologique fondant en nature la distinction. Les pratiques de

séparation isolant le bien suprême, le foyer et les enfants, serviraient à maintenir et à exprimer la valeur identitaire du groupe. Si l'on fait équivaloir, comme Dumont (1966), la sacralisation et l'assomption de valeur, ces pratiques ne seraient pas dénuées de symbolisme religieux.

Une question reste néanmoins posée : dans ces rites où il n'y a pas que du sexuel, il n'y a pas non plus – nous semble-t-il – que du symbolique. La crainte qui les motive dans l'esprit des gens vise un danger très concret : la transmission de la maladie par les sécrétions corporelles. Cette croyance peut-elle être considérée comme le produit d'un dispositif symbolique dont divers auteurs ont établi les conditions de mise en œuvre ? On sait que l'imputation de propriétés et de périls magiques intervient en présence de signes ou d'attributs comme l'anomalie, l'ambiguïté de statut social ou biologique, la marginalité, une position sociale anormale ou indûment occupée. Mauss parle même de définition topographique, territoriale, des pouvoirs magiques et dresse du magicien potentiel un portrait proche de celui du nerveux type fait par notre population. Voyant dans l'impur et la saleté ce qui n'est pas à sa place et doit être exclu si l'on veut perpétuer l'ordre, M. Douglas (1971) assigne à la pollution la « fonction austère » de renforcer les structures sociales existantes. Tous ces éléments ont une parenté avec la situation que nous étudions. Mais une interprétation purement symbolique des pratiques et croyances que nous y avons découvertes reviendrait à scotomiser d'une part le contexte des représentations qui forment le savoir quotidien servant à guider l'action envers les malades, d'autre part l'énergétique sociale qui sous-tend leur émergence et leur fonctionnement.

Ce type d'interprétation symbolique est exemplifié par M. Douglas qui, assimilant souillure rituelle et souillure séculière, pose que « nos idées sur la saleté sont, elles aussi, l'expression de systèmes symboliques et que les comportements vis-à-vis de la pollution ne varient, d'un bout à l'autre de la planète, que dans les détails » (ibid., p. 54). Sa thèse est que « certaines pollutions servent d'analogie pour exprimer une idée générale de l'ordre social », fonctionnent « comme l'expression symbolique des relations entre différents éléments de la société, comme le reflet d'une organisation hiérarchique ou symétrique qui vaut pour l'ensemble du système social » (p. 25). Le contenu biologique de ces redoublements symboliques tiendrait à ce que « le corps humain fournit un schéma de base à tous les symbolismes » (p. 175). Dans son élaboration de la pollution, chaque groupe social puiserait alors dans le symbolisme corporel les thèmes les mieux à même d'exprimer les dangers qui pèsent sur lui. À quelque partie du corps qu'il se réfère, le pouvoir de pollution serait dès lors « inhérent à la structure des idées, un pouvoir grâce auquel la structure est censée se protéger elle-même » (p. 129).

REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES

[Retour au sommaire](#)

Cette conception intellectualiste qui postule le passage direct de la structure sociale à celle des idées ne permet pas de rendre compte de la dynamique psychologique et sociale que mobilisent les rites et croyances relatifs à la souillure, dans nos sociétés contemporaines. Ainsi, élimine-t-elle la prise en compte de la fonction sociale du rite dans le support qu'il apporte aux valeurs du groupe et à l'accomplissement de leur rôle par les acteurs sociaux (Radcliffe-Brown, 1939), comme celle des sentiments sociaux qui, à la base des « idées pratiques » et de la logique magique, témoignent, pour Mauss, d'un « état d'inquiétude et de sensibilité sociales », et d'une « solidarité magique » des groupes dont les signes sont encore vivaces dans nos sociétés (1950, p. 130-131), comme Favret Saada (1977) en donne un aperçu à propos de la sorcellerie dans le Bocage.

Il est vrai que l'attention aux ressorts émotionnels de la vie sociale ou mentale n'est pas toujours considérée comme légitime scientifiquement. Ainsi Lévi-Strauss, dans son introduction à l'œuvre de Mauss, voit dans le recours de ce dernier à l'affectivité une faiblesse historique qui présente pour le chercheur, l'ethnographe en tout cas, le danger d'un « paresseux refuge » réduisant « la réalité sociale à la conception que l'homme, même sauvage, s'en fait », et conduisant à « une phénoménologie verbeuse » (1950, p. XLVI). Mais Lévi-Strauss lui-même n'élimine pas le rôle des « tensions psychosociales » dans l'instauration d'un ordre culturel, nous l'avons vu. Et pour la psychosociologie, armée par les acquis de l'étude des phénomènes cognitifs, la prise en compte de l'affectivité et de ses fondements dans l'énergétique sociale est essentielle pour comprendre comment s'opère la construction de leur réalité par les membres d'une communauté. Elle est essentielle aussi pour élaborer une authentique théorie de la connaissance sociale. Cette perspective devrait en outre permettre de rapporter l'étude des rites à une « théorie sociale de la connaissance », comme le préconisait Durkheim, en les situant dans le système total des représentations et des pratiques où ils s'inscrivent. Ce que manque à faire le modèle expliquant les croyances liées à la souillure par le jeu formel et linéaire de la duplication symbolique des aspects structurels de la société.

Nos observations ont mis en évidence : le profond investissement social et psychologique des pratiques de séparation ; leur valeur vitale pour le groupe ; la charge émotionnelle de leur observance ; la part qui leur est faite dans l'affirmation et le maintien d'une hiérarchie différenciatrice, dans les foyers comme dans le tissu social ; leur articulation aux représentations de la folie et du fou, dont elles livrent la face cachée mais sans cesse évoquée dans les discours. Il s'ensuit que, dans notre cas précis, nous devons nous attacher aux relations existant entre les

représentations de la maladie mentale, les pratiques symboliques et la dynamique psychosociale au sein de laquelle les unes et les autres s'actualisent.

D'autant qu'un important problème concernant le rapport existant entre pratique et représentation est soulevé par le savoir tacite que nous avons découvert, déposé dans des comportements qui expriment un tabou de contact. Ce tabou a été associé de façon privilégiée au mode de penser aussi bien par Durkheim que par Freud, mais avec des implications différentes. Pour le premier, c'est l'exclusion des idées, l'« incompatibilité psychique » qui entraîne la dissociation des actes : « Pour que les idées ne coexistent pas, il faut que les choses ne se touchent pas, ne soient en aucune manière en rapport » (1968, p. 454). Pour le second (1936), c'est parce qu'il y a interdit de toucher que les idées sont séparées : le mécanisme intellectuel de l'isolation, qui peut prendre une forme soit normale dans le raisonnement logique et la classification, soit pathologique dans la pensée obsessionnelle, a son origine dans l'interdit de contact dont l'étayage est pulsionnel. Il y a là une différence d'optique qui recoupe ce que nous venons de dire à propos de l'interprétation symbolique des rites négatifs. D'un côté, l'hypostase de la société dans le sacré, avec le respect et l'inhibition mentale qu'il entraîne, est à la source de la pratique. Les actes sont au service des idées dont l'origine est située dans une société conçue comme un tout unique et homogène. De l'autre, la régulation pulsionnelle se traduit dans les actes pour retentir dans la pensée. La pulsion implique énergétique et lien à autre que soi. Cette perspective paraît plus appropriée à l'approche des conflits et interdits liés à une relation entre groupes, que ne l'est celle de la tradition durkheimienne qui traite le groupe social comme fermé sur lui-même, même s'il doit gérer symboliquement des failles fonctionnelles.

S'agissant du rapport entre pensée et pratiques sociales, qu'elles soient saisies au niveau individuel ou collectif, on ne peut faire l'économie d'un détour par l'énergétique que met en jeu la relation à l'autre. Cette exigence vaut particulièrement dans le cas du rapport à la folie dont nous avons vu qu'il est dirigé vers l'évitement de la fusion avec l'autre, mobilisant des phénomènes passionnels liés à la sauvegarde de valeurs identitaires. La dynamique relationnelle régit pratiques et représentations. La question devient alors de savoir comment les pratiques en viennent à fonctionner comme des dispositifs symboliques. Et l'on devra chercher s'il n'y a pas, dans les représentations, des éléments qui fondent la valeur symbolique des rituels domestiques et pourquoi ceux-ci en viennent à en dire plus que les discours sur la vision de la folie, compte tenu du contexte dans lequel les uns et les autres se développent. Pour comprendre la logique sociale à l'œuvre dans cette élaboration symbolique, il faut l'articuler aussi bien aux stratégies ouvertement mises en place par la collectivité qu'aux représentations de la maladie mentale qui les orientent. Représentations où la collectivité exprime la particularité du vécu de sa situation.

Appelée à accueillir en son sein ceux que d'ordinaire la société relègue derrière les murs de l'asile, la population d'Ainay-le-Château et de ses environs a inventé

une institution sociale permettant d'intégrer sans se l'incorporer un groupe exogène. Au mieux de ses intérêts et de sa défense. Ses intérêts donnèrent à l'institution sa force contre le système colonial auquel elle dicta sa loi. Sa défense devait avoir d'autres conséquences sur son devenir psychologique et la souder en communauté isolée sur elle-même.

UNE COMMUNAUTÉ DÉFENSIVE

[Retour au sommaire](#)

Élaborer une protection sociale aussi sourcilleuse et bien armée que celle que nous avons découverte ne peut que conduire à une structure psychologique défensive collectivement partagée. Les profils psychologiques s'uniformisent comme les comportements socialement réglés. Toutes les mesures alloplastiques destinées à éduquer, contenir dans leurs rangs les pensionnaires, parer les possibles de l'aberrance, les « on-ne-sait-jamais » du sexe, de la violence ou de la malignité, ont pour répondant les mesures autoplastiques de contrôle de soi et d'obéissance à des codes de conduite ou de morale quotidienne. Chacun apprend du groupe un art de faire, de se tenir et de sentir. Cela déjà affecte son psychisme. Chacun pense et agit en tant que représentant et défenseur de son groupe, cela aussi modifie sa propre image et sa dynamique interne. Les membres du corps social se mettent à fonctionner uniment, dans une sorte de consensus vital.

En général, dans l'étude des processus qui découlent du contact entre des groupes sociaux différents, on a tendance à subordonner l'individu au groupe en montrant comment l'appartenance sociale ou le désir de la manifester influent sur ses comportements ou mécanismes cognitifs. Nos résultats font ressortir autre chose, nous semble-t-il : les membres de la communauté agissent, pensent et sentent en groupe et sous sa pression, certes, mais surtout pour le groupe et en son nom. Chacun est embarqué avec tous sur la même galère, partageant avec tous un même sort, s'engage pour assurer une modalité commune de survie, dans un minimum d'harmonie collective. Ce militantisme communautaire, cette identification active sont aussi mobilisés par le désir de préserver le milieu où s'enracine sa propre identité.

Si tel est bien le cas, et nous pensons l'avoir montré, alors il est possible de comprendre comment une collectivité développe des mécanismes psychologiques – défensifs ou autres – sans avoir recours à l'idée d'une conscience collective ou d'un appareil psychique groupal. Par contre, on ne peut se dispenser de prendre en compte et la communication sociale, et les représentations qu'elle véhicule.

Mais restons à l'hypothèse d'un fonctionnement défensif. Les signes en abondent. Rigidité des usages et comportements réservés aux pensionnaires, investis par l'autorité de la tradition, appliqués de façon systématique sans considération des particularités individuelles, sauf pour y trouver la meilleure

technique de manipulation. Chape du secret déployée sur la vérité quotidienne de la vie avec les malades et sur tout ce qui contrevient à la respectabilité de l'image du groupe ; sensibilité à la réprobation et au jugement de l'observateur extérieur auquel on s'identifie en dénigrant les déviants. Tabou affectif et déplacement temporel de l'expression des émotions (colère, peur...) Et cet autre trait si évident : la défense contre la culpabilité.

Déjà, sous l'invocation de la force coutumière, perce le besoin d'une justification quand on parle des manières de traiter les pensionnaires. On ne considère pas impunément des gens comme « des mondes de chair et d'os », « pas tout à fait comme si c'étaient des bêtes » ; on n'institue pas impunément l'arbitraire et l'exploitation. Le support du groupe défend contre la culpabilité. Mais il n'y suffit pas. Là sans doute réside le fondement de ce qui se dit sur les pensionnaires, et sur la nécessité de se conduire comme on le fait. D'où découlent certaines caractéristiques des représentations desquelles nous reparlerons. La culpabilité transparait aussi dans les accusations de mauvais traitements infligés aux pensionnaires : on éprouve régulièrement le besoin d'en parler ; même si c'est dans l'ailleurs ou l'autrefois, l'abomination rôde toujours. Enfin, comment ne pas voir dans l'insistance à souligner les avantages matériels du système colonial, à côté de la sur-compensation du malaise à côtoyer la folie, l'affleurement d'une formation réactionnelle comme l'est parfois le cynisme. Les sentiments d'anomie dont la population accompagne l'étalage de son standing et sa fierté économique en donnent la preuve. Le basculement de la mauvaise à la fausse conscience marquera aussi de son sceau les représentations.

Allant au-delà, nous avons décelé, au fondement d'une mentalité qui s'apparente à la « mentalité obsidionale » dépeinte par Delumeau (1978) à propos de la peur en Occident, la présence d'un conflit défensif. Il est une constante qui traverse toute la vie de la communauté, à quelque échelle que l'on se situe quand on parcourt en escargot, tous ses moments passés ou présents, tous ses lieux publics ou privés : la contradiction entre l'intérêt et la peur. L'un et l'autre dictent les conduites, imposent règles et exigences au fonctionnement du système colonial, en dominant les acteurs, dans une lente invention pour laquelle la communauté a mobilisé tous ses savoirs et ses savoir-faire pour survivre.

Survivre, telle est la question. Survivre économiquement survivre dans l'unité d'un groupe menacé du dedans, réprouvé du dehors. Survivre comme si de rien n'était : exhiber le visage placide et respectable de la normalité, tout en portant les signes et les marques de l'aberrance ; ne pas voir la folie et la craindre. Asservie à son besoin économique, la communauté doit faire avec sa peur pour survivre. Mais si le premier et ses conséquences s'imposent dans leur évidence objective, la seconde, polymorphe et secrète, est moins accessible dans toutes ses dimensions. Celle de sentir le groupe menacé dans son identité est aisément cernable. Mais l'autre peur, celle de la maladie, celle qui suinte de partout, à la rencontre de certains regards, devant certains gestes, dans l'érection des barrières, celle qui

entoure les enfants, celle qui va jusqu'à créer une pathologie locale, « la crise de peur », celle qui donne l'allergie, cette peur-là, il a fallu passer par les représentations pour la comprendre. Et les représentations sont encore là pour donner leur sens à tous les dispositifs pratiques de la défense. Comme leur construction sert à faire coexister l'intérêt et la peur, à surmonter le conflit d'accepter, pour survivre, ce que l'on voudrait écarter.

Ces représentations, que nous disent-elles ? Il faut, pour le cerner pleinement, chercher d'où elles viennent, comment et pourquoi elles apparaissent et s'organisent telles que nous les avons découvertes.

LA FABRICATION D'UNE REPRÉSENTATION

[Retour au sommaire](#)

En se tenant à l'écart du savoir savant et en lui opposant une modalité de connaissance toute pratique et efficace, notre communauté nous met à même d'observer comment se produisent et fonctionnent des représentations dans un espace social et mental délimité. Cet écart à tout savoir scientifiquement établi et reconnu favorise la construction originale d'une pensée destinée à maîtriser les données de l'expérience objective et du vécu intime, mais qui, quelque part, sera en décalage ou en contradiction avec les connaissances de sa contemporanéité. Ceci rend compte du fait que certains aspects des représentations sont explicitement véhiculés dans les discours et d'autres enfouis dans les pratiques.

La situation de notre communauté soudée dans son isolement présente une première particularité : l'importance que revêt la communication sociale pour l'aménagement de la vie avec les malades et même pour l'équilibre de ses membres. En divers moments de cette étude apparut combien est nécessaire le contact entre nourricières pour les aider à surmonter craintes et difficultés, trouver des solutions à des problèmes d'adaptation, mettre en place règles et normes ; combien l'échange social qui se noue autour des pensionnaires est ressenti comme signe de leur intégration dans l'univers de vie ; combien les occasions de rencontre sont valorisées comme activité vitale pour le groupe. Tout ceci concourt à créer un cas rare de circulation et de cohésion du discours social. Au point que, durant l'enquête, nous avons souvent eu le sentiment d'entendre parler une même personne par la bouche de nos interlocutrices, poursuivant de l'une à l'autre un dialogue continu où les questions soulevées par une remarque faite ici trouvaient réponse dans une déclaration faite là. Comme si l'investigation se déplaçait dans une matière discursive, homogène avec, sur les représentations, un effet d'unification qui devait nous surprendre.

Nous nous attendions, en interrogeant des personnes qui contrastent dans leur manière de faire participer les pensionnaires à la vie familiale ou de les en exclure, à trouver des représentations différentes. Mais partout le même modèle de la folie,

organisé autour de l'opposition du cerveau et des nerfs. On le développait de la même manière pour décrire l'état du malade mental, dans ses degrés et ses spécifications organiques, mentales, sociales, pour expliquer la forme des troubles et les processus liés à leur origine endogène ou exogène. Est-ce à dire que les représentations ne sont pas en rapport avec les conduites ? Et pourtant, les techniques d'emprise utilisées pour « éduquer », « adapter » les pensionnaires sont en étroite liaison avec l'image que l'on se fait de l'homme fou, les représentations servant alors directement de guide d'action. Et pourtant, la réticence manifestée par la Colonie à laisser approcher des placements où les pensionnaires vivent de plain-pied donnait à penser qu'existe une différence radicale entre les déviants à la norme de l'écart et les autres. La différence, nous l'avons trouvée dans la capacité d'attachement. Pas de rapport donc entre représentation et affect ? Et pourtant, ceux-là mêmes qui refusaient le cloisonnement parlaient, même timidement, au nom d'une divergence de conception et d'éthique. Pas de rapport entre représentation et valeur ?

La réponse est simple et tout entière contenue dans une représentation : celle de la différence entre l'atteinte du cerveau et l'atteinte des nerfs. Car ce qui change avec la proximité c'est le choix du partenaire. Le régime privilégié est un régime réservé. Celui à qui on ouvre sa table et les portes du foyer appartient à une seule catégorie de malade : le malade « du cerveau », pas celui qui est venu là « par les nerfs ». L'innocent que l'on traite comme un enfant de la famille, le travailleur qui démontre par son activité un minimum de contrôle cérébral, celui dont les malheurs de la vie ont détraqué le fonctionnement mental : voilà les trois seules figures types avec lesquelles on s'autorise la proximité. Celle-ci peut répondre à un besoin psychologique ou une attitude morale chez les nourriciers ; elle peut découler simplement de la volonté de rationaliser la vie du placement ou survenir au hasard de la découverte d'un cas attachant. Elle est toujours sélective, excluant les malades chez lesquels domine l'affection des nerfs, avec le cortège de ses tares : dégénérescence, excitation, indocilité, débridement, méchanceté. La relation étroite se noue exclusivement avec l'inoffensif.

Le modèle qui structure tous les champs de représentation concernant la folie introduit donc dans le champ du réel une césure radicale. Ainsi s'explique que puissent coexister des comportements aussi différents que le cloisonnement ou la proximité dans le partage des mêmes représentations. La théorie naïve définit des classes de malades sur lesquelles tous sont d'accord. Celui que des raisons personnelles inclinent au rapprochement choisit dans l'espace d'une et d'une seule des classes le « bon » malade, mais n'abandonne en rien les conceptions communes. Il généralise moins ses préventions ou ses défenses que les autres nourriciers, sans plus. Mais on peut dire qu'il entérine de façon encore plus éclatante le principe de division qui dirige la perception des pensionnaires. À l'intérieur de quoi les jugements portés sur les malades obéissent aux mêmes lois, partent des mêmes prémisses, appliquent le même type de connaissance.

Nous touchons là une autre particularité des productions représentatives découlant de la communication. Le mode d'élaboration de la connaissance que développe le milieu nourricier. Par son caractère instrumental, destiné à évaluer le malade, savoir s'il sera « servable » ou « serviable », trouver des modes d'intervention sur lui, etc., c'est une connaissance basée sur et orientée vers la pratique. Une pratique dont les règles et les recettes se transmettent d'une nourricière à l'autre, d'une génération à l'autre. C'est aussi une connaissance construite à partir d'éléments divers et qui s'apparente au « bricolage » dont parle Lévi-Strauss à propos de la pensée sauvage. Privée du support d'un système d'interprétation codifié et face à l'inconnu que constituent les malades et leur affection, la communauté va faire appel pour y répondre aux ressources d'information, aux catégories et critères de jugement que mettent à sa disposition des manières de faire collectivement établies, des manières de dire circulant dans la communication, des manières de penser consignées dans le patrimoine culturel. Les contenus de représentation qui sont forgés de la sorte pour se faire une idée de ce qu'est l'homme-malade-mental, en ses états de gravité variable, et de ce qu'est son affection, dans la diversité de ses symptômes, de ses origines, forment des assemblages kaléidoscopiques de divers constituants. Il est aisé d'identifier, dans les discours, ces constituants et leurs relations et d'isoler les champs de représentation qui apparaissent comme des concrétions de leurs éléments.

LES CONSTITUANTS DE LA REPRÉSENTATION

[Retour au sommaire](#)

Une première série de constituants est en rapport direct avec la pratique. Il s'agit des informations de première main que fournit l'expérience immédiate du contact avec les malades. Ces constituants sont inférés de l'observation quotidienne et se rapportent à des traits symptomatiques d'une pathologie. Ils apparaissent dans des énumérations dont le caractère partiel, pointilliste et la variabilité ont été soulignés. Ces traits ne s'organisent pas en descriptions homogènes de cas, ne se prêtent pas à de véritables généralisations, donc à une connaissance de type purement inductif. Par contre, certaines récurrences dans la désignation des traits témoignent d'une sélection qui implique des critères de repérage du pathologique relevant d'autres sphères de l'expérience collective et de schèmes implicites, véhiculés par la communication.

Ainsi intervient en appui de la désignation des signes de maladie une deuxième série de constituants qui réfère aux valeurs du groupe, à son style de vie. Déjà la position du pathologique, à côté du caractère, dans l'ordre de la nature, et en opposition avec l'ordre de la culture exprimé dans la mentalité et l'éducation, montre l'intervention du normatif dans l'appréciation du fait morbide. On en a la confirmation avec l'intervention des codes de la morale pratique pour évaluer, par exemple, les capacités d'organisation dans le travail, la sociabilité des malades. Ou encore avec la mise en cause, s'agissant de la genèse de la maladie, des modes de

vie bourgeois, urbain, de l'éducation libérale moderne, de la dissolution des familles, de l'instruction, etc. Le groupe utilise et projette ses valeurs dans la construction d'une représentation de la maladie comme déviance ou produit de la déviance. En même temps qu'il s'exprime dans cette représentation, il définit l'un des critères majeurs de la différenciation entre le nous et le non-nous : l'identité morale, le partage des mêmes codes de vie et la fidélité à ces codes. Au point que souvent, faute d'autre signe de folie, on la verra dans l'écart aux normes locales ou, par généralisation, dans l'écart à celles du groupe d'appartenance du malade.

Un autre type de constituants, ressortissant à la culture locale, se puise dans le fonds commun des savoirs traditionnels. Nous les avons rencontrés sous plusieurs formes. Dans l'usage résiduel de certains mots du folklore qui renvoient à des savoirs biologiques directement (le sang tranché) ou métaphoriquement (ch'ti). Dans la référence à certains processus organiques constatés au cours du labeur quotidien (morve des équidés, matières qui tournent comme le lait). Dans certaines conceptions psychologiques comme la formulation des sentiments affectueux en termes de flatterie, la conception échangiste de relations interpersonnelles. Dans les jeux d'excitation auxquels on s'amuse avec les animaux ou l'idiot du village titillés jusqu'à la limite de l'exacerbation et de la riposte dangereuse. Dans les usages réservés au « roulant » ou au « chemineau »... Tous ces éléments du folklore constituent une réserve où l'on puisera pour les besoins de l'explication ou de l'interprétation quand ils ne s'imposent pas comme catégories *a priori* pour classer, dénommer, agir.

Appartiennent à ce même fonds de culture les figures typiques ou mythiques du monde social autour desquelles se cristallisent anxiété et préjugés : le sorcier que l'on ne nomme jamais mais qu'évoque le regard inquiétant de la sournoiserie et de la malice ; l'homme de l'Est, russe ou polonais, qui incarne les lointains redoutables ; le militaire et son agressivité belliqueuse... A-t-on remarqué ? Le Juif n'y est pas. On ne convoque du théâtre imaginaire que les personnages emblématiques du mal violent, en écho à la grande dichotomie de l'innocence et de la méchanceté, classification originaire du monde de la folie.

L'origine chrétienne de cette classification montre l'influence du discours religieux. Et il ne faut pas exclure l'hypothèse d'un appui des croyances de type magique sur les modes de pensée qu'il perpétue. Ainsi du réalisme de la « transsubstantiation » (la conversion du pain en corps du Christ et du vin en sang du Christ) réaffirmé par l'encyclique papale *Mysterium Fidei* en tant que mystère de la foi et fidélité à un langage qui en assure la communauté à travers le temps (Marlé, 1965). C'est ce qu'invite à penser cette nourricière identifiant la bave d'un épileptique qu'elle vit en crise dans l'église avec les yeux de graisse du pot-au-feu qu'elle mangea ensuite : « Je me suis figurée que c'était le malade, celui de l'église qui s'était trouvé d'écumer » (cf. p. 299). Va dans le même sens la légende du saint local guérisseur de la folie, saint Menoux, qui transforme le pain en sang.

Le pouvoir conféré au sang n'est pas non plus sans évoquer la croyance entretenue par la royauté d'un pouvoir guérisseur conféré aux « rois thaumaturges » dont Marc Bloch (1983) a reconstruit l'histoire et la dynamique. Depuis les Capétiens, les rois devaient au fait d'être oints avec l'huile divine, au moment de leur sacre, le pouvoir de transmettre par le contact de leur main une force invisible aux corps malades et des propriétés miraculeuses à l'eau qu'ils touchaient. Au début du XIXe siècle, Charles X accrédita encore cette institution dont M. Bloch souligne qu'elle était « portée par les courants de fonds de la conscience collective ». « Expression de forces sociales profondes et obscures », elle devint l'instrument dont la royauté se servit pour asseoir son pouvoir, fondant le lien entre le pouvoir d'un groupe et la qualité de son sang. M. Bloch montra également que le rite officiel du toucher des écrouelles devint « un lieu commun médical », un « noyau primitif autour duquel a pullulé tout un folklore » (p. 91). Nous en avons trouvé l'écho chez Renan et ce qui est dit du sang des malades mentaux en est une application. Vient converger avec cette hiérarchisation des pouvoirs du sang un schème qui de tout temps a structuré le langage du racisme, en rapportant l'odeur de l'étranger à l'impureté de son sang, ceci de manière particulièrement explicite, depuis l'Antiquité, dans le cas des Juifs (le *factor judaicus*) et, depuis le Moyen Âge, dans le cas des cagots, taxés de sorcellerie (Delacampagne, 1983). Schème que l'on retrouve, sans doute, dans les inférences fondant sur l'odeur des malades les protections d'hygiène, même si ces inférences ont pu être encouragées par certaines conceptions médicales.

Comment, en effet, ne pas mettre au nombre des constituants culturels des représentations, les traces que les échanges avec le personnel médical de la Colonie ont pu laisser dans la mémoire collective ? Frappantes en effet sont certaines similitudes existant entre les déclarations de nos interviewés et celles qui émaillent les rapports des directeurs, elles-mêmes reflets de conceptions propres à leur temps ou plus anciennes. Malgré les interdictions, l'information circule. À preuve ces quelques exemples relevés dans les rapports sur la colonie : l'allusion à la croyance que la folie se transmet par l'eau ; l'idée que des « centres d'arrêt » contrôlent le débridement du fonctionnement organique ou la violence des nerfs ; l'évocation de la navigation à propos des fous ; l'opposition entre violence de la dégénérescence et caractère inoffensif de cerveaux fragiles auxquels il faut éviter secousses et émotions ; le rôle pathogène attribué à la vie urbaine, ses trépidations et raffinements ; la valeur régénératrice de la vie rurale du point de vue des facultés mentales et des qualités morales, etc. Plus récemment, c'est le changement dans la manière de « considérer » les malades, attribué à l'influence de certains médecins. Jusqu'à quelques nourriciers qui évoquent la formation qui leur a permis de comprendre la raison du comportement de leur pensionnaire et de le changer. De tels exemples sont peu nombreux, certes, mais ils témoignent d'une circulation effective des idées entre milieu médical et milieu nourricier. Bien sûr, le développement des « contre-savoirs » en réponse aux « erreurs » de jugement des médecins (par exemple, accorder créance au dire des malades jugés fabulateurs) indique que le milieu nourricier ne retient que ce qui est en

concordance avec ses attentes et préconceptions. Il n'empêche que le savoir médical contribue à fournir aux représentations quelques-uns de leurs matériaux ou de leurs catégories, à renforcer ceux qui traversent le temps ou participent de la culture de notre société.

À cet égard et bien que nous n'en ayons pas trouvé de traces formelles dans les discours de la population ou les écrits des médecins hospitaliers, on doit compter avec certaines des conceptions médicales répandues à l'époque de la création de la Colonie. Tel serait le cas pour l'osphrésiologie rapportant les odeurs du corps à l'élimination des humeurs s'exhalant par les émonctoires et associant l'intensité de l'odeur à la composition des humeurs, elles-mêmes modelées par le liquide séminal, et à l'animalité de l'individu (Corbin, 1982). Tel serait également le cas pour l'explication de la syphilis que les « syphiligraphes » du début du siècle disaient transmissible par les liquides corporels, risquant de contaminer les « innocents » par les objets mis en contact avec eux (Corbin, 1977). Si l'on peut supposer que le savoir médical, en se diffusant, a donné aux craintes de la population un fondement « scientifique » qui peut les avoir renforcées, cela ne suffit pas à rendre compte de leur orchestration dans une symbolique magique ni de leur résurgence à l'occasion de l'introduction des thérapeutiques chimiques. Il faut pour cela, pénétrer la logique interne de la construction du système de représentations.

À l'exception des données de l'observation directe des malades, ces différents constituants impliquent soit des savoirs de seconde main, soit des savoirs transférés d'autres domaines d'activité, empruntés à l'éthos du groupe, à la sagesse populaire ou à la culture ambiante. Les connaissances issues du contact avec les malades, descriptives et parcellaires, réclament, pour prendre sens, d'être structurées par des cadres qui leur sont extérieurs. Ce sont les constituants de second type qui serviront à construire ces cadres en fournissant des repères analogiques, des critères de classement ou des catégories de désignation, des codes d'interprétation, des schèmes explicatifs. Circulant dans les mots, les expressions langagières, les contenus du discours social, incarnés dans des gestes, ils existent comme dépôts de la mémoire collective, qui n'est autre que celle de la parole transmise et du corps façonné. Nul ne peut y échapper. Ils forment une sorte de réserve de référents pour statuer sur les malades, leur état, et s'orienter vis-à-vis d'eux. Chacun les convoque selon les besoins des situations auxquelles il doit s'affronter, y compris celle de l'interview qui oblige à formuler ce sur quoi et à quoi on n'a pas toujours pensé.

Ce dépôt où s'ancrent les composantes des champs de représentation de l'objet malade et de l'objet maladie ne se présente pas tel que l'on considère souvent la forme latente des représentations, à savoir comme une structure. Il nous paraît plutôt constituer un réservoir fluide, mais non flou, dont les actualisations sont variables selon les contextes et les usages. Un même référent sera utilisé pour des opérations de pensée différentes : par exemple les normes et valeurs du groupe

vont permettre aussi bien de décider de la valeur symptomale d'un trait de comportement (le respect de la division des tâches entre deux pensionnaires-travailleurs sera interprété comme signe pathologique au regard de la norme locale d'entraide et de réciprocité), de qualifier moralement un individu (en témoigne la notion de hardiesse) ou de supputer l'origine de la maladie (mode de vie urbain, bourgeois...). Une même opération de pensée pourra mobiliser plusieurs référents, par exemple le pronostic d'adaptabilité du pensionnaire parcourt tout un éventail de repères d'ordre moral et psychologique (avec les notions de caractère, mentalité, éducation), organique (avec l'évaluation du contrôle cérébral), étiologique (avec l'imputation d'une source organique ou historique aux signes pathologiques), imaginaire (avec l'évocation de figures typiques du paysage humain), etc.

Le caractère syncrétique de ce mode de pensée n'a rien de surprenant si l'on songe au type de connaissance qu'il sert. Connaissance toute pratique dont le but est de « se faire une vie avec » les malades, et qui doit parfois trancher dans l'urgence, faire face à l'imprévisible pour trouver les voies d'un accommodement mutuel. Ceci suppose une activité cognitive qui, faute de pouvoir appliquer un modèle d'interprétation prédéfini, fasse feu de tous les matériaux recelés dans le patrimoine collectif de savoirs, valeurs et images dont la destination est de gérer le rapport quotidien à l'environnement. Par quoi cette activité cognitive ne fait que déplacer sur un objet nouveau les procédures généralement employées dans la connaissance courante pour laquelle tous les éléments du capital culturel sont souvent équivalents et interchangeables.

Ce processus est favorisé par le fait que les opérations de pensée réclamées pour élaborer une connaissance face à un individu malade, en évoquant la population des pensionnaires ou en imaginant le type abstrait d'un malade mental, sont en nombre restreint : désigner un cas, décrire un comportement et l'interpréter, isoler un symptôme et en supputer la gravité, détecter un signe pathologique et le déchiffrer, expliquer une conduite, trouver les causes de la maladie, évaluer l'état du malade, son avenir au sein du placement et dans la vie. À propos de cas spécifiques, situés dans des situations particulières, les raisonnements locaux opèrent selon la même logique : *isoler* (par désignation, repérage) *un fait* (cas, comportement, symptôme, signe, maladie), le *décrire* et le *comprendre* (interpréter et diagnostiquer), enfin *l'expliquer* et *l'évaluer*. Ces opérations sont interdépendantes et il est rare que la chaîne du raisonnement conduisant à la connaissance ne soit pas complètement parcourue. D'où l'appel nécessaire à la totalité des ressources locales disponibles dont les maillons sont souvent substituables. D'où également le caractère de concrétion des représentations ainsi élaborées. Cette notion de concrétion nous paraît d'ailleurs doublement pertinente pour désigner toute formation représentative, que celle-ci vise un objet ponctuel ou couvre tout un champ du réel. Il ne s'agit pas seulement d'emprunter une métaphore au domaine géologique ou même médical avec l'idée de réunion d'éléments en un corps ayant une consistance particulière. La psychologie donne également un usage du terme où domine l'idée d'une totalité, produit de la fusion

entre des éléments (images, sensations, idées, habitudes) appartenant au présent et au passé de l'expérience subjective ou empruntés à des origines historiques diverses. Ce qui correspond aux propriétés que nous venons de décrire.

Ces productions mentales présentent en outre les caractères plusieurs fois mis en évidence dans la construction représentative. Leur ancrage dans un fonds commun pratique et culturel donne aux représentations des contenus et des colorations spécifiques qui traduisent quelque chose de l'identité culturelle et de la mentalité du groupe. Ainsi les processus organiques qui aident à penser analogiquement l'œuvre de la maladie comme une détérioration faisant « tourner » le cerveau, les nerfs, les muscles, les organes, empruntent au type d'activité de ce milieu rural. De même les conceptions exprimées à propos du travail et de l'oisiveté des malades sont, en grande partie, l'expression des intérêts et des valeurs du groupe.

D'autres marques des processus d'élaboration propres aux représentations sont également repérables. À titre d'exemple, citons un fait qui illustre un moment caractéristique de l'objectivation, la construction sélective : tous les éléments qui appartiennent à la psychologie naïve de notre population ne figurent pas dans le tableau clinique du malade : affectivité, volonté, sexualité même manquent, alors que l'on s'y réfère dans d'autres champs, celui de l'étiologie de la maladie, celui des techniques d'emprise sur le pensionnaire par exemple. La description du partenaire social occulte, avec l'affectivité et la sexualité, des traits que les interdits du groupe ou sa peur empêchent de reconnaître dans l'interaction quotidienne. Dans le cas de la volonté, l'image enregistre l'absence d'une dimension dont la raison est donnée dans la théorie implicite de la folie. Autre trait, de naturalisation celui-là. L'attribution de la nervosité dangereuse à la dégénérescence du sang conduit à considérer un Africain moins dangereux qu'un Maghrébin, parce que la peau du premier est noire, donc d'un sang plus pur que ne l'est celui du second, dont la couleur de la peau fait penser à un mélange de sang. Dans le cas de notre communauté, les croyances et conceptions locales fournissent aux processus représentationnels un matériau original pour produire des représentations spécifiques au groupe, laissant une certaine latitude à la variabilité individuelle dans l'articulation des constituants culturels et de l'expérience pratique.

UN OPÉRATEUR TERNAIRE

[Retour au sommaire](#)

Pour autant, ces amalgames et constructions ne se font pas dans le désordre. Y apparaissent constantes et régularités que n'impliquent pas seulement les types de raisonnement employés pour répondre à des besoins pratiques et intégrer les indices fournis par des situations particulières. Nous avons dégagé, dans les différents champs de la représentation, des schèmes de pensée uniformément appliqués pour conduire inductions et déductions. Ainsi décrit-on la gradation des

états de maladie en déduisant d'un schéma tripartite du fonctionnement biologique (le cerveau – le corps – les nerfs) des manifestations assignées à l'ordre de la vie organique, sociale et morale. Ainsi explique-t-on la maladie en utilisant un modèle étiologique qui fait entrer en ligne de compte le mode d'atteinte (le cerveau ou les nerfs) et la condition de l'atteinte (naissance ou accident). Sous-jacent à ces schèmes se retrouve un noyau figuratif, une nodale représentative qui court à travers tous les champs ; cette nodale fait jouer l'opposition entre le cerveau et les nerfs au sein de l'organisme pour rendre compte de toute la réalité humaine que l'on a à comprendre.

L'existence de ce noyau est la troisième particularité caractérisant la pensée de notre communauté. En fait, son existence en tant que telle n'est pas pour nous surprendre. Elle ne fait que confirmer le moment central du processus d'objectivation : la schématisation structurante. L'opposition du cerveau et des nerfs au sein de l'organisme s'offre comme une structure signifiante et organisatrice. Mais c'est peu dire de la particularité que présente dans sa constitution et son fonctionnement cette structure, si l'on prête attention à la nature de ses termes, à sa construction ternaire, au fait qu'elle opère dans tous les champs de représentation et qu'elle est observable directement dans les productions discursives.

En effet, dans le domaine d'étude des représentations, les travaux qui mettent en évidence un schéma de ce type et son rôle structurant se réfèrent en général à un champ particulier de la représentation d'un objet ou d'une situation. De même, quand on fait appel au redoublement d'une structure binaire dans les divers secteurs de réalité couverts par une représentation, il s'agit d'une mise en correspondance de termes différente pour chaque secteur. Par ailleurs, il apparaît, aux yeux de certains critiques, que de tels modules sont des reconstructions faites *a posteriori* par les chercheurs, au risque de figer indûment la mouvance des idées et du discours. Enfin, les éléments structuraux sont souvent des notions ou qualités abstraites tenues pour entités concrètes.

Or, ce que nous rencontrons ici est quelque chose de différent sur tous les points. En premier lieu, les termes de la nodale « cerveau », « nerfs », sont des termes concrets, des images d'organes. Ils sont bien en cela homogènes à ces formations figuratives caractéristiques de la pensée représentative, intermédiaires entre percept et concept, associant figure et sens. Une nuance cependant. Il ne s'agit pas d'abstractions chosifiées, mais d'objets concrets qui deviennent des opérateurs conceptuels aidant à remplir les vides du savoir. En effet, la polyvalence de leur usage descriptif, topologique, explicatif leur confère un statut cognitif complexe. Ils fonctionnent tout à la fois comme des percepts, des concepts, des schèmes et même des entités personnifiées. On les décrit dans leur apparence phénoménale : « les nerfs qui sont là tournés », « le cerveau vide », « bouché », « rétréci », « arrêté » ; dans leurs propriétés le cerveau « commande » ou pas, les nerfs « prennent le dessus » on les localise, comme leurs perturbations,

dans différentes zones du corps ; effets et causes, ils sont le lieu de processus qu'ils subissent ou qu'ils engendrent ; ils subsument des comportements, des mimiques, des formes expressives, comme catégorie générique : « les tics, c'est les nerfs », « les trous de mémoire, le cerveau ». Quant à la personnification, elle est surtout marquée pour les nerfs : « faut que ça se nourrisse », « que ça se lasse ». Ils présentent par ailleurs le caractère d'implexe que Burloud attribuait à certains concepts formés de rapports d'images particulières très diverses. En effet, ce qu'ils produisent, ce qui les manifeste, ressortit aussi au domaine du concret et du pratique : le corps, ses expressions, ses réalisations.

Ceci nous conduit à la deuxième spécificité de la structure qui est d'être ternaire. Cerveau et nerfs sont indissociables d'un « monde de chair et d'os ». Leur opposition ne prend effet, sens et valeur qu'au sein d'une totalité qui est celle de l'unité corps-esprit. C'est cette totalité qui va permettre aux deux termes d'être repris, appliqués dans l'identité de leur image et de leur nom, quel que soit le champ de représentation concerné. La nodale ternaire « cerveau-nerfs-monde de chair et d'os » fonctionne comme structure élémentaire de l'image de l'homme et de ses avatars. Et cette structure est opérante par l'aspect qualitatif de ses termes, leur position relative au sein du système ont dérivent des propriétés, des qualités, des connotations toujours valuées, des charges sémantiques variables selon l'univers dans lequel on pense l'homme, sain ou malade, selon le point de vue à partir duquel on le considère.

Car ce noyau n'a rien d'une reconstitution *a posteriori* et ses termes n'ont rien de la désignation générique d'éléments que l'analyse aurait isolés comme équivalents dans le discours. Ce n'est pas non plus un module abstrait postulé comme résidu de l'expérience dans la pensée, ainsi que l'on conçoit souvent les structures cognitives. On le découvre à l'œuvre avec ses termes toujours identiquement nommés à la source des descriptions, des jugements, des explications, des évaluations. Sans être latente, cette structure est générative. On la retrouve à tous les moments du discours. Quand il s'agit de cataloguer les bredins, de décrire, selon leur degré de gravité, les états de l'homme malade mental. Quand il s'agit de définir des formes de conduite permettant de gérer le rapport avec les pensionnaires, d'élaborer des « savoir-prendre » pour éduquer le malade, le contenir, des « savoir-traiter » pour s'adapter à lui et en obtenir ce que l'on veut dans la vie quotidienne et le travail. Quand il s'agit de lire les symptômes de la maladie, en déchiffrer les signes, statuer sur sa nature et sa genèse. Quand il s'agit de construire des défenses, d'ériger des interdits. Cette capacité de transfert d'un champ à l'autre d'une représentation où malade et maladie forment eux-mêmes un tout, où discours et pratiques sont également expressifs, tient à la ternarité de la structure et à la qualité concrète de ses éléments. La première assure l'unité du médium mental – l'homme dans sa nature, ses actes, son milieu – au sein duquel sont pensés les oppositions et leurs antagonismes, les différences et leur hiérarchie. La seconde permet d'actualiser des significations variables selon les contextes dans lesquels les termes sont mis en œuvre, les attributs et images qu'ils relient.

Il faut dire qu'avec les termes de cerveau et de nerfs nous n'avons pas affaire à des notions neutres, « innocentes ». Échos d'une vision biologique qui, depuis les lointains du temps et de l'espace, en fait les supports de l'âme et de la matière ¹, elles incarnent la polarité de la créature finie. Elles continuent de le faire dans notre communauté, dépôts spatialisés de toutes les évocations qui se sont cristallisées, autour d'une dualité humaine générique, dans son passé culturel et dans l'histoire de son expérience avec les fous. Partout, dans les discours, cerveau et nerfs fonctionnent à la fois comme objets réels et objets symboliques : entités biologiques, vecteurs du bien et du mal, de l'inhibition et de l'excitation, du social et de la nature.

Le travail de la communication sociale les a transformées en idées-images (Moscovici, 1981), en images-mémoire, susceptibles à tout moment et en toute situation de restituer les sens accumulés dans un processus de sédimentation historique. C'est bien ce que révèle l'utilisation des mots dont les implications se déploient ou se réactualisent de façon diversifiée selon les contextes discursifs. Tout se passe comme si des couches de sens étaient prises dans les images, suggérant un phénomène de *dessiccation sémantique*. Ce phénomène de réduction, de raccourci lié à la transmission sociale est évident ailleurs : quand on voit de jeunes nourricières reprendre de leur mère les mots, les gestes, et même les ustensiles ², mais n'éprouver nul besoin d'en éclaircir le sens ou la raison. Mots, gestes, habitudes conservent la mémoire du groupe, recèlent un savoir tacite qui n'a plus à être énoncé à chaque instant. De même en va-t-il pour les images d'organes dont le partage social permet de conserver toute la richesse sémantique sans que pour autant les conceptions et les significations qui leur correspondent soient toujours et partout mises en œuvre, ou à découvert. Ils forment des *primitifs représentationnels* dont chacun peut faire découler des implications, générer du sens et des contenus représentatifs.

¹ Déjà Anticleia enseignait à son fils Ulysse, descendu au pays des morts : « Mais pour tous, quand la mort nous prend, voici la loi : les nerfs ne tiennent plus ni la chair, ni les os ; dès que l'âme a quitté les ossements blanchis, l'ombre prend sa volée et s'enfuit comme un songe » (*Odyssée*, XI).

² Que l'on se rappelle le cas de cette femme qui, au milieu d'un modernisme ostentatoire, conservait écuelles de terre et cuillères de bois pour pensionnaires, comme sa mère (voir p. 168).

IDÉOLOGIQUE, AXIOLOGIQUE, SYMBOLIQUE

[Retour au sommaire](#)

La question qui se pose dès lors est celle de la mise en sens de ces images-mémoire, de l'application conceptuelle de ces idées-images, selon les circonstances et les contextes de l'énonciation. Tout tient dans la conjonction de deux phénomènes. D'abord la propriété des images de référer à des objets réels/symboliques. Donc d'offrir la possibilité d'en parler en termes biologiques ou d'exploiter leur contenu ou leur potentiel expressif. Ensuite, la posture intellectuelle adoptée quand on traite de l'objet duel malade/maladie. Ce qui va être au principe d'une organisation et d'un fonctionnement spécifique des champs de représentation.

Ainsi, le champ de représentation qui concerne les états provoqués par la pathologie mentale procède d'une double description. Celle de l'œuvre de la maladie sur l'individu ; celle du malade mental comme personne et partenaire social. La première description appelle la dominance de la dimension biologique des images d'organe, vue sous l'angle de la production, de la régulation et des effets fonctionnels. La dimension symbolique intervient secondairement dans les valorisations et connotations morales des aspects de la vie organique, active et sociale. La deuxième description va entraîner un emploi spécifique des termes de la nodale et un *fonctionnement représentatif de type idéologique*. En effet, l'individu-malade que l'on décrit n'est pas n'importe qui. C'est un pensionnaire, c'est-à-dire un partenaire social que la communauté dote d'un statut particulier (résident, travailleur), mais interdit d'intégrer sur un pied d'égalité. Or, qu'observe-t-on ? Une mise en avant des aspects régulateurs du cerveau et des nerfs qui ne se retrouvera explicitement formulée nulle part ailleurs. Cet aspect régulateur fait écho au contrôle imposé par l'organisation sociale. Ses implications sont développées dans un double sens.

D'une part, dans le sens d'une stigmatisation des traits qui engagent directement l'intérêt des nourriciers (par exemple, impossibilité de contrôler son appétit, impossibilité de se contrôler dans le travail), justifiant un traitement différentiel et l'exploitation. Il est intéressant de noter à ce propos que le travail, si valorisé aux yeux de l'ensemble de la communauté comme réassurance contre la peur de la maladie, n'est pas ici pourvu d'une telle signification. D'un côté, on l'invoque comme signe d'une bonne régulation mentale, de l'autre on le déprécie au nom d'un mauvais contrôle cérébral. L'évaluation symbolique et pratique n'obéit ni au même intérêt, ni à la même logique. Et la contradiction est aisément surmontée par la coupure établie entre le « discutable » et le « pas discutable ».

D'autre part, dans le sens d'une démonstration de l'impossibilité pour le malade de tenir sa place normalement dans la société – donc de s'insérer dans le groupe

avec un statut de « civil » –, les carences du contrôle cérébral l'empêchant de gérer correctement sa vie professionnelle et sa vie privée. L'argumentation se trouve renforcée et légitimée par le caractère biologique de l'incapacité sociale. Ce raisonnement permettra en outre de toujours trouver un signe d'incapacitation, même chez celui qui a donné la preuve de sa normalité.

Avec le passage à l'*explication* de la pathologie va être invoqué un autre aspect de la dimension biologique des images d'organe : l'aspect substantiel. Le substrat matériel entre en jeu pour rendre compte d'une étiologie qui combine facteurs endogènes et exogènes. En effet, le modèle explicatif de la maladie mentale comporte deux entrées, la zone de l'atteinte (cerveau, nerfs) et ses conditions (de naissance, d'enfance, par accident). Par quoi les différentes pathologies se définissent au point de rencontre de la matérialité organique et de l'influence de la société, l'âge d'internement servant d'indicateur pour localiser la lésion, définir sa nature constitutionnelle ou conjoncturelle, statuer sur le rôle de la socialisation et ses limites. La matière cérébrale dans le développement de sa masse et la matière nerveuse dans sa relation au sang désignent les deux origines endogènes de la maladie mentale. L'innocence et la méchanceté, formes génériques de la folie, renvoient à la nature différentielle de la *matière organique* qui *s'articule ainsi à la valeur*. De même reviendra-t-il aux *valeurs du groupe de définir les facteurs exogènes de la pathologie mentale*.

Qu'observe-t-on, en effet ? L'institutionnel et le social interviennent à la fois pour fixer le diagnostic sur les types d'affection et rendre compte de ceux qui ne sont pas congénitaux. Deux critères institutionnels servent à départager entre la « bonne » maladie de naissance (cérébrale) et la « mauvaise » (nerveuse) : l'internement psychiatrique et la scolarisation. Celle-ci, marque de l'achèvement du développement cérébral, fait basculer le sens de l'internement. Avant l'entrée en classe, l'entrée en asile équivaut à un mode d'assistance en cas de carence familiale ; plus tard, elle est assimilée à une incarcération et signe la nature délictueuse du jeune, le passage de l'innocence à la méchanceté. Dispositifs de l'ordre social et de la socialisation, l'asile et l'école sont les repères aidant à statuer dans le domaine de l'organique.

Quant aux troubles qui adviennent « par accident » et ne concernent que l'adulte (à l'exception de certains accidents d' « enfance », liés à des épisodes somatiques), ils ont toujours une origine sociale. Cette causalité sociale est élaborée à partir des valeurs et des sens que la communauté investit dans son mode de vie. Seront pathogènes les conditions d'existence opposées aux vertus de la ruralité et de la tradition – la ville, le bruit, les cadences rapides, les facilités de la modernité et de l'argent ; ce qui contrevient à l'idéal familial (l'infidélité, l'adultère, le divorce, l'abandon des enfants, ou simplement une moindre attention due au travail de la femme). Deveniront également cause de morbidité les activités et les formes de vie étrangères à la culture du groupe : le métier des armes ou la guerre ; les « études » et les professions intellectuelles associant à un effort toujours

extrême une vie antinaturelle (sous-alimentation, manque de travail) ; les mœurs bourgeoises dont la liberté expose aux désordres et aux traumatismes privés et dont la nonchalance, la surprotection minent la force intérieure. Et l'on a vu qu'en cette force intérieure, toute morale, réside chez l'adulte aguerrri la meilleure défense contre les risques pathogènes de l'existence.

Quand elle n'est pas rapportée au terrain organique avec ses potentialités positives et négatives, la notion de cause appelle celle de responsabilité. La responsabilité de l'individu est implicitement mise en jeu dans certains modes de vie qui supposent un choix personnel. Pour le reste, la responsabilité engagée est celle de l'entourage du malade ou celle de la société et des conditions de vie qu'elle impose. Or, une chose est ici remarquable : individuelle ou collective, la responsabilité est définie par la déviance à des normes locales. Pour une communauté qui ressent la proximité de la folie et la présence de malades mentaux comme une menace pour son équilibre et son intégrité, l'assomption de ses propres valeurs est un moyen de réaffirmer son identité et de projeter hors d'elle-même, dans les contre-valeurs d'un monde qui lui est étranger, le risque d'engendrer la folie. Dans une étiologie de la maladie mentale où l'endogène est maintenu corrélativement avec l'exogène, la césure du substrat organique est une première manière de séparer le bien, représenté par l'innocuité d'un déficit qui laisse prise à la socialisation, du mal, impliqué par la dégénérescence du sang, la force négative d'une altérité de nature. L'axiologique va introduire une autre césure au sein du social ou de la culture en distinguant le groupe du reste de la société qui est pathogène. Se défendant, par la pureté de sa fermeture identitaire, contre l'irruption en son sein de la folie, la communauté en affirme l'altérité sociale.

C'est précisément la conjonction de l'altérité biologique et de l'altérité sociale que réalise la troisième application de la nodale cognitive, quand il s'agit de *penser la nature, l'essence* de la folie. Nous avons alors affaire à un savoir tacite, véhiculé dans les pratiques discursives à travers toutes les formes substantivées qui servent à parler de la maladie mentale et dans les pratiques factuelles destinées à gérer le rapport avec le malade mental et à travers lesquelles se livre une vision substantielle et transitive de la folie.

Là va devenir opérant *le troisième terme de la nodale, le corps*. En effet, ce savoir dont les racines plongent dans le terreau de la tradition médicale populaire et du fonds culturel renvoie de manière spécifique au fonctionnement intra-organique et à son substrat sanguin et humoral. Il désigne le milieu où les régulations cérébrale et nerveuse déploient leur antagonisme, et leur influence, le véhicule et le terrain de leur action, le lieu où culture et nature se rencontrent. La représentation nous fait pénétrer dans le dedans du corps avec l'idée d'une matière ou d'une force qui circule dans le milieu biologique, *via* les liquides corporels, et peut « prendre », « tourner » les organes et « tomber » sur eux. Mais cette force du dedans passe aussi entre les corps, vers le dehors social dont elle peut aussi venir. L'univers des savoirs biologiques fournit un outillage notionnel pour penser un

autre type de la relation maladie/ société *via* le contact des corps. La représentation crée ainsi un espace mental qui va permettre le jeu de la symbolique sociale. L'ordre du naturel nous fait accéder à *l'ordre du symbolique*. La relation établie entre les corps ouvre sa trace à l'expression du rapport entre la communauté et le groupe des malades. On conçoit dès lors qu'il faille au savoir biologique le renfort d'une croyance magique : la chaîne sympathique entre les corps ne doit pas être rompue pour que puisse fonctionner la logique symbolique.

Ainsi le noyau de la représentation de la maladie mentale est le médiateur par lequel la symbolique sociale est mise en œuvre en continuité avec les systèmes idéologiques et axiologique qui régissent le rapport aux fous. Voyons de plus près comment entendre cela. Nous avons mis en évidence, avec la nodale¹ « cerveau-nerfs-monde de chair et d'os », une structure cognitive qui constitue le modèle de la théorie naïve de la maladie mentale. Leur capacité figurative de condenser des éléments sémantiques sédimentés dans le temps fait des termes de cette structure des primitifs à partir desquels seront actualisées des significations spécifiques selon leurs conditions d'usage intellectuel et social.

La description du malade mental, l'explication de la maladie mentale mobilisent une position normative. Dans le premier cas, cette position s'exprime dans l'appréciatif : la représentation de l'état de malade est indissociable d'une évaluation qui est fondée sur les intérêts de la communauté et de ses membres. L'évaluation légitime et justifie un rapport social d'exploitation et d'exclusion. Dans le second cas, cette position s'exprime dans l'axiologique : en l'absence d'un savoir savant, l'explication de la maladie est tout entière bâtie sur la rencontre entre le système de valeurs du groupe qui sert à en définir *a contrario* les causes exogènes et une « théorie » endogène qui incarne dans l'organique une vision valorisée du bon et du mauvais fou. Dans les deux cas, le biologique fournit à l'intérêt ou à la peur l'argument de la construction représentative. Normes et valeurs expriment la communauté, dans l'identité de ses besoins et de sa conception de l'homme.

Quand la maladie est prise comme cause d'un état fonctionnel, elle renvoie aux rapports sociaux et s'inscrit dans un *discours idéologique*. Quand elle est prise comme effet, elle renvoie à une théorie de l'homme et s'inscrit dans un *discours expressif*. Les sens actualisés autour de chaque terme du noyau passent de l'univers de la règle à celui de la valeur. Dans les deux cas est invoqué un ordre social que la communauté entend instaurer et maintenir. Par là nous sommes déjà dans le symbolique, pour autant qu'est impliquée une mise en relation ordonnée entre civils et bredins. Mais le sens de cette relation, manque encore. Ce sens apparaîtra avec l'entrée dans l'ontologique, quand la maladie est pensée comme entité. Elle renvoie alors à l'idée de totalité, organique ou sociale, et à la force négative ou

¹ Emprunter à l'acoustique la notion de nodale permet de rendre compte de l'aspect dynamique et génératif de la structure cognitive, nœud, source de « vibrations » sémantiques multiples.

positive qui circule entre ses éléments. Inscrite dans un discours *symbolique*, elle pose la structure et son principe de vie ou de survie qui unit et sépare à la fois. L'appel au biologique joue ici un rôle spécifique. Il ne sert pas à légitimer un ordre social, ou pas seulement. Il est la condition de possibilité pour penser sans contradiction l'exclusion dans l'inclusion. Par quoi la communauté se donne les moyens de pérenniser sa relation conflictuelle aux fous.

LA MÉTAPHORE DES QUATRE L

[Retour au sommaire](#)

Arrêtons-nous un instant à cette notion de symbolique si largement usitée à propos des représentations sociales désignées comme processus symboliques. Il nous paraît nécessaire d'en débrider les sens pour examiner comment représentation et symbolique s'articulent et en tirer les implications du point de vue des phénomènes qui nous occupent. Nous utiliserons pour cela une métaphore, la métaphore des quatre L. Pourquoi quatre L ? Parce que quatre termes commençant par L nous paraissent couvrir les sens premiers et génériques dans lesquels on emploie, souvent en les dissociant, la notion de symbolique. L comme lieu, L comme lien, L comme loi et L comme levain. Ces termes réfèrent à un statut et à une fonction.

L comme lieu : le symbole tient lieu de, est à la place de. Ce qui est visé, ici, c'est le statut vicariant du symbole et de la représentation ; le rapport sémiologique qu'ils entretiennent en tant que signifiant avec un signifié ; leur fonction d'évocation, d'expression. C'est aussi le sens auquel on se réfère le plus couramment et avec le moins de difficulté ou d'élaboration.

L comme lien : nous sommes renvoyés ici au sens étymologique du terme la pièce partagée en deux qui servira à ceux qui en conservent les parties pour se reconnaître. Reconnaissance, ralliement, participation, lien social. C'est aussi la portée que confèrent au symbolique, via la communication, des théories aussi différentes que celle de Durkheim et Mead. On retrouve également la notion de lien à travers celle de relation, fondamentale dans la conception structuraliste des systèmes d'expression constituant la culture.

L comme loi : désigne la fonction ordonnatrice du symbole telle que l'ont formulée les auteurs comme Lévi-Strauss et Lacan. Fonction logique et structurante qui s'étend de la mise en ordre sociale à l'ordonnement du langage. Fonction que l'on repère également dans le courant de l'interactionnisme symbolique avec l'idée d'un ordre social « négocié » émergent de l'interaction entre acteurs sociaux.

L comme levain : image pour restituer le caractère créatif reconnu aux symboles. À savoir : leur capacité de dévoilement ou de donation de sens,

notamment dans le cas du langage et du mythe ; leur efficacité dans le cas des rituels et des institutions.

Ces quatre aspects sont présents dans le champ de représentation qui touche à l'essence de la folie et lui confèrent sa puissance symbolique, au niveau individuel et social. Les images et les croyances enfouies dans le langage ou les rituels domestiques expriment un savoir tacite dont chacun perpétue les formes et recrée le contenu au nom de l'identité de la communauté à laquelle il appartient. Communauté dont il risque d'être la faille s'il ne garde pas sa vigilance de défenseur. Ces images et ces croyances soudent le groupe en le séparant de ses intrus.

Isolée dans un environnement social qui la condamne (au double sens du mot) de ce qu'elle vit avec des fous, la communauté construit, à usage interne, un symbolisme de défense et de réparation. Ses représentations « magiques » cristallisées dans les verbes et les prépositions du langage courant acquièrent, quand elles passent dans les gestes du quotidien, un pouvoir expressif et ordonnateur. À travers elle, le groupe se parle de ce qu'il est et ne doit pas devenir, comme le montrent deux caractères spécifiques des rituels d'évitement de contact.

Si nous avons utilisé à leur propos le terme de « pratiques signifiantes », c'était dans le souci de rendre compte à la fois de leur différence d'avec les « pratiques instituant » régissant la vie avec les pensionnaires et du fait qu'ils sont porteurs de représentations voilées, inaccessibles autrement. Examinons la différence d'abord.

Les deux types de pratique établissent un ordre duel. Mais leurs procédures, leur orientation et leur sens ne sont pas les mêmes. De ce point de vue, seuls les rituels domestiques ressortissent à proprement parler de l'ordre du symbolique. En effet, les manières de traiter, prendre et éduquer les malades (pratiques instituant) instaurent, par la formulation explicite de règles et d'interdits comme par la création de situations-signes, des barrières intransgressibles. Ces pratiques établissent, sciemment et en toute clarté, un ordre que l'on impose avec autorité à des partenaires sociaux. Il s'agit de rendre la partition sociale effective et consciente à l'autre. Rien de tel dans les « pratiques signifiantes » observées le plus souvent dans le secret et sans guère d'incidence sur la manipulation de l'autre. Elles servent de mémoire et d'avertissement. Elles rappellent la nécessité d'une séparation radicale des corps qui, pour la communauté, est psychologiquement vitale. Par leur truchement, chacun, chacune se désigne à soi-même et l'altérité dont il faut se défendre, et les dangers qu'elle fait courir. En tant qu'actes rituels, elles condensent dans une signification unique -l'affirmation d'un pouvoir du corps transitif et maléfique – les deux faces, privée et sociale, d'une même menace : l'altérité. Elles assurent en même temps le passage entre l'univers des représentations biologiques qui fonde le danger d'intrusion sur celui de

contamination, et l'univers des représentations du social qui fait de l'immixtion de l'étranger déraciné (dont le prototype est le colporteur-sorcier) une agression pour le corps social. Ici et là, c'est de pureté qu'il s'agit. L'intégrité du corps privé étant la condition de celle du corps social.

Il devient dès lors possible de comprendre la persistance et la forme de ce double appel, biologique et social, à des représentations de la folie ancestrales, voire archaïques, dans leur contenu magique tout empreint d'animisme et de sorcellerie. Notre population se pique de modernisme, vit à quelques heures de capitales régionales et de Paris, s'abreuve de télévision. Elle reçoit de l'hôpital toutes les réassurances possibles. D'où vient qu'elle vive encore avec ces croyances, au demeurant si lourdes à porter par leur charge d'angoisse ? Qu'est-ce qui donne à ces dernières leur force dont atteste la violence de leur reviviscence à la faveur de l'introduction d'un progrès médical, la chimiothérapie ?

L'inscription de ces croyances dans les codes du langage que transmet la communication et les actes du quotidien que transmet la tradition, conditions de la mémoire collective, suffit à en expliquer la permanence. Pas le caractère vivace ni le voile de secret dont elles sont recouvertes. Certes, quelque part, la population en mesure le décalage par rapport à ce qu'il sied de penser dans la société qui l'entoure, mais si elle les cache, elle n'en fait pas un résidu inerte. Les souvenirs portés par la culture séculière ou religieuse, les scories de savoirs médicaux périmés peuvent, nous l'avons vu, nourrir sa conviction et la rendre acceptable ou plausible. Ceci n'explique pas complètement le pourquoi et la forme de son adhésion.

Quant à la forme, ce fonds immémorial de croyances sur la folie catalyse la peur. Sans doute est-ce pour cela qu'il fut occulté et incarné dans le corps. Les rituels domestiques, paroles du geste, actes du silence maintiennent en vie les représentations sans qu'il soit besoin de les dire : la pensée matérialisée reste agissante bien que refoulée. Agissante ou simplement présente. Qu'un événement extérieur intervienne, un changement de la population placée, l'introduction des médicaments, elle sera réactualisée. Mais pourquoi un tel savoir se maintient-il comme en sommeil, pour se réactiver aux moments d'« effervescence sociale » ? Tout se passe comme s'il y avait une mise en réserve sous la braise de la mémoire sociale, d'un système d'interprétation qu'on n'élimine jamais tout à fait au cas où surgiraient des situations nouvelles le rendant utile. Sorte de garantie contre l'inconnu de l'avenir. Halbwachs concluait ainsi son ouvrage sur les cadres sociaux de la mémoire : « D'où il résulte que la pensée sociale est essentiellement une mémoire, et que tout son contenu n'est fait que de souvenirs collectifs, mais que ceux-là seuls parmi eux et cela seul de chacun d'eux subsiste qu'à toute époque la société, travaillant sur ses cadres actuels, peut reconstruire. »

Quant à comprendre le ressurgissement de ces souvenirs-là, c'est vers la situation sociale que doit maîtriser la pensée qu'il faut se tourner. Interdit de

contact, souillure, hiérarchisation sont des éléments d'une symbolique si répandue que l'on peut y voir des universaux. Sans recourir à l'hypothèse d'un imaginaire ou d'un inconscient collectif et intemporel, on peut y voir des catégories émergentes toutes les fois qu'existe une situation où des mesures doivent être élaborées par un groupe social contre une menace interne. Ce phénomène a été signalé en Grèce avec le passage de la thématique de la souillure du domaine de la religion à celui de la législation ; il fut observé à propos des cagots et des peurs de l'Europe médiévale. C'est avec les dangers d'une libération sexuelle affleurante au XIX^e siècle que s'est orchestrée, jusque dans les milieux médicaux les plus avertis, la fantasmagorie de la contagion de la syphilis par les liquides du corps. La terreur provoquée par le SIDA et sa transmission par la salive et la sueur participe du même phénomène. Et comment n'être pas sensible à l'exploitation de la mémoire sociale par l'extrême droite unissant dans un même anathème l'étranger et le « sidaïque », préconisant pour protéger la société des menaces de la contamination, la création d'espaces réservés.

Notre communauté nous met à même de comprendre la dynamique qui conduit à adhérer à ces formations délirantes. Le système psychiatrique n'assure pas de protection contre l'intrusion de l'élément étranger que constitue le fou et même la favorise. La population, pour se protéger de ce qu'elle construit comme une menace, invente un ordre qu'elle défend par des moyens matériels et symboliques. Dans l'incertitude de son droit, elle s'appuie sur des croyances archaïques qui peuvent coexister avec la modernité, malgré le coût psychologique que cela entraîne, en raison de leur fonction symbolique. Dans cette communauté obsédée par l'idée d'être socialement démarquée, et se sentant menacée du dedans, l'adhésion collective à ce corps de représentations est un moyen de s'affirmer dans son unité, défendre son identité. Rappelant un interdit vital, elle fait de chacun le militant de son groupe qui en marquera les césures internes. Quand le changement introduit chez les malades par la thérapeutique ou l'évolution de leur recrutement rend plus imminent le risque de leur assimilation, la reviviscence des visions anciennes ne devient-elle pas une clause de survie ?

Quand une société s'ouvre à l'altérité et que surgissent les fantômes de la fusion, l'appel à la peur biologique fonde une solidarité négative. Mais, pour en arriver là, ne faut-il pas que continuent de flotter, dans nos têtes et l'air de notre temps, des « images non domptées » ? Et sommes-nous vraiment sortis de « l'immense conclave magique » dont parlait Mauss ?

BIBLIOGRAPHIE

[Retour au sommaire](#)

- Abric, J.-C., *Coopération, compétition et représentations sociales*, Cousset, Delval, 1988.
- Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. I., Sanford, R. N., *The authoritarian personality*, New York, Harper & Row, 1950.
- Allport, G. W., *The nature of prejudice*, Cambridge, Addison-Wesley, 1954.
- Arensberg, C. M., The community-study method, *American Journal of Sociology*, 1954, 60, 2.
- Aron, R., *L'opium des intellectuels*, Paris, Calmann-Lévy, 1955.
- Augé, M., *Symbole, fonction, histoire. Les interrogations de l'anthropologie*, Paris, Hachette, 1979.
- Augé, M., Anthropologie de la maladie, in *Encyclopedia Universalis*, 1980, 18, 168-170.
- Balandier, G., *Sens et puissance*, Paris, PUF, 1971.
- Barthes, R., Sémiologie et médecine, in R. Bastide (éd.), *Les sciences de la folie*, Paris, Mouton, 1972.
- Bastide, R., *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion, 1965.
- Bastide, R., *Les sciences de la folie*, Paris, Mouton, 1972.
- Becker, H. S., Geer, B., Hugues, E. C., Strauss, A. L., *Boys in white, student culture in medical school*, Chicago, The Chicago University Press, 1961.
- Belisle, C., Schiele, B. (éd.), *Les savoirs dans les pratiques quotidiennes*, Lyon, CNRS, 1984.
- Bellelli, G. (éd.), *La représentation sociale de la maladie mentale*, Naples, Liguori, 1987.
- Benton, M., *Sociologie des relations raciales*, trad. franç., Paris, Payot, 1971.
- Berger, P. L., Luckmann, T., *The social construction of reality*, New York, Doubleday & Company, 1966.
- Bertolini, C. de, Cutrone, F., Pavan, L., « L'attitude de l'opinion publique envers le malade mental par rapport aux changements politiques et à la réforme psychiatrique en Italie », Symposium du IX^e Congrès de Psychiatrie sociale, *Psychologie médicale*, 1983, 15, 2387-2390.
- Biadi, A., Faraut, F., Paoli, J.-F., *L'internement psychiatrique. Médecins, familles, hôpitaux et la loi de 1838*, Paris, IDRASS Prins, 1979.
- Bloch, M., *Les rois thaumaturges*, Paris, Gallimard, 1983.

- Bonvalet, M., Bonvalet, P., Gominet, P., Impressions au cours d'une visite de centres de placement hétéro-familial de malades mentaux en Belgique et en Suède, *Informations psychiatriques*, 1962, 38, 3, 262-267.
- Bonvalet, P., Bonvalet, M., Robert, P., Robert, L., Organisation et réflexions à propos du placement familial des malades mentaux à la Colonie familiale d'Ainay-le-Château, *Informations psychiatriques*, 1960, 40, 7, 446-468.
- Bonvalet, P., Bonvalet, M., Robert, P., Robert, L., Perspectives d'avenir du placement familial : reconversion de la Colonie familiale d'Ainay-le Château en un mode d'assistance adapté à l'évolution actuelle de la psychiatrie, *Informations psychiatriques*, 1966, 42, 3, 227-234.
- Bourdieu, P., *Le sens pratique*, Paris, Éd. de Minuit, 1980.
- Bourdieu, P., *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982.
- Bramel, D., Bell, J., Margulis, S., Attributing danger as a means of explaining one's fear, in *Journal of Experimental Social Psychology*, 1965, 1, 267-281.
- Brockman, J., d'Arcy, C., Correlates of attitude and social distance towards the mentally ill : a review and resurvey, *Social Psychiatry*, 1978, 13, 69-77.
- Bruner, J. S., Olver, R. R., Greenfield, P. M., *Studies in cognitive growth*, New York, Wiley, 1966.
- Canetti, E., *Masse et puissance*, Paris, Gallimard, 1966.
- Castel, R., *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éd. de Minuit, 1976.
- Cazeneuve, J., *La mentalité archaïque*, Paris, Colin, 1961.
- Changeux, J.-P., *L'homme neuronal*, Paris, Fayard, 1984.
- Charuty, G., *Le couvent des fous*, Paris, Flammarion, 1985.
- Chombart de Lauwe, M. J., *Un monde autre : l'enfance. De ses représentations à son mythe*, Paris, Payot, 1971.
- Chombart de Lauwe, M. J., Changes in the representation of the child in the course of social transmission, in R. Farr et S. Moscovici (éd.), *Social Representations*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984.
- Cicourel, A. V., *Cognitive sociology*, Middlesex, Penguin Education, 1973, trad. franç. : *La sociologie cognitive*, Paris, PUP, 1979.
- Clark, H. H., Haviland, S. E., Psychological processes as linguistic explanation, in D. Cohen (éd.), *Explaining linguistic phenomena*, Washington, DC, Hemisphere, 1974.
- Codol, J. P., On the system of representations in an artificial social situation, in R. Farr et S. Moscovici (éd.), *Social Representations*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984.
- Corbin, A., Le péril vénérien au début du siècle : prophylaxie sanitaire et prophylaxie morale, *Recherches*, 1977, 27, 245-283.
- Corbin, A., *Le miasme et la jonquille*, Paris, Aubier-Montaigne, 1982.

- Cox, G., Costanzo, P. R., Coie, J. D., A survey instrument for the assessment of popular conception of mental illness, *Journal of Consulting Psychology*, 1976, 44, 6, 901-909.
- Cumming, E., Cumming, J., *Closed ranks : An experiment in mental health education*, Cambridge, Harvard University Press, 1959.
- D'Arcy, C., Brockman, J., Changing public recognition of psychiatric symptoms ? Blackfoot revisited, in *Journal of Health and Social Behavior*, 1976, 17, 3, 302-310.
- Daurnézon, G., Bonnafé, L., Le malade mental dans la société, in *Documents de l'Information psychiatrique*, Paris, Desclée de Brouwer, 1946.
- Delacampagne, C., *L'invention du racisme*, Paris, Fayard, 1983.
- Delumeau, J., *La peur en Occident*, Paris, Fayard, 1978.
- Denis, M., La notion de représentation imagée : sa place dans les théories récentes de la représentation, in *Bulletin de Psychologie*, 1976, numéro spécial : « La mémoire sémantique ».
- De Rosa, A. M., The social representations of mental illness in children and adults, in W. Doise, S. Moscovici (éd.), *Current Issues in European Social Psychology*, vol. II, Cambridge, Cambridge University Press, 1987.
- Doise, W., Palmonari, A. (éd.), *L'étude des représentations sociales*, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1986.
- Dollard, J., Miller, N. E., *Personality and Psychotherapy*, New York, McGrawHill Books Company, 1950.
- Douglas, M., *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, Maspero, 1971.
- Douglas, M., *Natural symbols*, Harmondsworth, Penguin Books, 1973.
- Douglas, M., *How institutions think*, Syracuse, Syracuse University Press, 1986.
- Driver, E. D., *The sociology and anthropology of mental illness : a reference guide*, Amherst, University of Massachusetts Press, 1972.
- Duby, G., *Les trois ordres ou l'imaginaire du féodalisme*, Paris, Gallimard, 1978.
- Dufrancatel, C., La sociologie des maladies mentales, in *La Sociologie contemporaine*, 1968, 16, 2.
- Dulag, G., *La recherche sur les attitudes en santé mentale, questions, instruments, résultats*, Rapport OMS, Douglas Hospital Research Center, Québec, 1986.
- Dumont, L., *Homo hierarchicus*, Paris, Gallimard, 1966.
- Durkheim, E., *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1947.
- Durkheim, E., Représentations individuelles et représentations collectives, in *Revue de Métaphysique et de Morale*, 1898, 6, réédité in E. Durkheim, *Sociologie et philosophie*, Paris, PUF, 1951.
- Durkheim, E., *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF, 1968 (Ire éd. 1912).

- Evans-Pritchard, E. E., *The Nuer : a description of the modes of live and political institutions of a nilotic people*, Oxford, Clarendon Press, 1940, trad. franç. : *Les Nuer*, Paris, Gallimard, 1968.
- Eysenck, H. J., Wilson, G. D. (éd.), *The psychological basis of ideology*, Lancaster, MTP Press, 1978.
- Farr, R., Les représentations sociales, in S. Moscovici (éd.), *Psychologie sociale*, Paris, PUF, 1984.
- Farr, R. (éd.), Social Representations. Special Issue, *Journal for the Theory of Social Behavior*, 1987, 17, n° 4.
- Farr, R. M., Moscovici, S., *Social Representations*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984,
- Favre-Saada, J., *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard, 1977.
- Faye, J.-P., *La critique du langage et son économie*, Paris, Galilée, 1973.
- Fenichel, O., *La théorie psychanalytique des névroses*, Paris, PUF, 1953.
- Festinger, L., A theory of social comparison processes, in *Human Relations*, 1954, 7, 2, 127-140.
- Flahaut, F., *La parole intermédiaire*, Paris, Seuil, 1978.
- Flament, C., Structural balance and the representation of the group, in R. Farr et S. Moscovici (éd.), *Social Representations*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984.
- Flament, C., Pratiques et représentations sociales, in J.-L. Beauvois, R. Joule, J.-M. Monteil (éd.), *Perspectives cognitives et conduites sociales*, Cousset, Delval, 1987.
- Fodor, J. A., *Representations*, Brighton, Harvester Press, 1981.
- Foucault, M., *Histoire de la folie*, Paris, Plon, 1961.
- Foucault, M., *L'ordre du discours*, Paris, Gallimard, 1971.
- Foucault, M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.
- Freeman, H. E., Simmons, O. G., *The mental patient comes home*, New York, John Wiley & Sons, 1963.
- Freud, S., *The problems of anxiety*, New York, Norton, 1936.
- Freud, S., *La naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1956.
- Freud, S., *Inhibition, symptôme, angoisse*, Paris, PUF, 1965.
- Gagnon, C., *Le folklore bourbonnais*, 1^{re} partie : « La vie matérielle », Moulins, Crépin-Leblond, 1947.
- Gagnon, C., *Le folklore bourbonnais*, 2^e partie : « Les croyances et les coutumes », Moulins, Crépin-Leblond, 1949.
- Gagnon, C., *Le folklore bourbonnais*, 4^e partie : « Les parlers », Moulins, A. Pottier, 1972.
- Garfinkel, H., Studies on the routine grounds of every day activities, in *Social Problems*, 1964, 11, 3, 225-250.

- Garfinkel, H., *Studies in ethnomethodology*, New York, Prentice Hall, 1967.
- Giami, A., Humbert-Viveret, C., Laval, D., *L'ange et la bête*, Paris, PUF, CTNERHI, 1983.
- Gilly, M., *Maître-élève. Rôles institutionnels et représentations*, Paris, PUF, 1980.
- Girard, A., *Le choix du conjoint*, Paris, PUF, 1964.
- Glutz, G., *La solidarité de la famille dans le droit criminel en Grèce*, Paris, Fontemoing, 1904.
- Godelier, M., *Rationalité et irrationalité en économie*, Paris, Maspero, 1966.
- Godelier, M., *L'idéal et le matériel. Pensée, économies, sociétés*, Paris, Fayard, 1984.
- Goffman, E., *Asylums*, New York, Doubleday, 1961, trad. franç. : *Asiles*, Paris, Éd. de Minuit, 1968.
- Goffman, E., *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éd. de Minuit, 1975.
- Goldberg, D., Huxley, P., *Mental illness in the community : the pathway to psychiatric care*, Londres, Tavistock Publications, 1980.
- Green, A., Le corps et ses images, in *Évolution psychiatrique*, 1964, 2, 181-216,
- Green, A., L'homme machinal, *Le Temps de la réflexion*, 1984, 5, 345-369.
- Grice, H. P., Logic and conversation, in P. Cole et J. Morgan (éd.), *Syntax and Semantic*, New York, Academic Press, 1975, 3, trad. franç. in *Communications*, 1979, 30.
- Griffin, J. H., *Black like me*, Boston, Houghton Mifflin, 1961.
- Halbwachs, M., *Les cadres sociaux de la mémoire*, Paris, PUF, 1925.
- Héritier, F., Symbolique de l'inceste et de sa prohibition, in M. Izard et P. Smith (éd.), *La fonction symbolique*, Paris, Gallimard, 1979.
- Herzlich, C., *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton, 1969.
- Herzlich, C., « La représentation sociale », chap. 9, in S. Moscovici (éd.), *Introduction à la psychologie sociale*, 1, Paris, Larousse, 1972.
- Hood, R. W., Dogmatism and opinions about mental illness, in *Psychological Reports*, 1973, 32, 1283-1290.
- Jalali, B., Jalali, M., Turner, F., Attitudes towards mental illness, *Journal of Nervous Mental Disorders*, 1978, 166, 692-700.
- Jankélévitch, W., *Traité des vertus. 2 : Les vertus et l'amour*, Paris, Bordas, 1970.
- Jodelet, D., Réflexions sur la notion de représentation sociale en psychologie sociale, in B. Schiele, C. Bélisle (éd.), *Les Représentations. Communication, information*, 1984, 6, 2, 3, 15-41.
- Jodelet, D., Représentations sociales : phénomènes, concept et théorie, in S. Moscovici (éd.), *Psychologie sociale*, Paris, PUF, 1984.

- Jodelet, D., *Civils et bredins. Rapport à la folie et représentations sociales de la maladie mentale*, thèse pour le doctorat d'État, Paris, EHESS, 1985.
- Jodelet, D., Malades du cerveau, malades des nerfs, in G. Bellelli (éd.), *La représentation sociale de la maladie mentale*, Naples, Liguori, 1987.
- Jodelet, D. (éd.), *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.
- Jodelet, F., *Naître au langage*, Paris, Klincksieck, 1979.
- Jodelet, M., *La conception de la peine chez Platon*, Rouen, Darnétal-lès-Rouen, 1926.
- Johnson-Laird, P. N., Wason, P. C. (éd.), *Thinking : Readings in cognitive science*, Cambridge, Cambridge University Press, 1977.
- Jones, E. E., *Ingratiation. A social psychological analysis*, New York, Meredith Publishing Company, 1964.
- Kaes, R., *Images de la culture chez les ouvriers français*, Paris, Éd. Cujas, 1968.
- Kaes, R., *L'appareil psychique groupal. Construction du groupe*, Paris, Dunod, 1976.
- Kaes, R., Éléments pour une psychanalyse des mentalités, *Bulletin de Psychologie*, 1980-1981, 34, 451-463.
- Katsching, H., Berner, P., Comment estimer les préjugés du public à l'égard de la maladie mentale, *Psychologie Médicale*, 1983, 15, 2329-2331.
- Kirk, S. A., The impact of labeling on rejection of the mentally ill : an experimental study, in *Journal of Health and Social Behavior*, 1974, 15, 2, 108-117.
- Lapierre, R. T., Attitudes versus actions, in *Social Forces*, 1937, 18, 230-237.
- Le Cerf, J.-F., Sébille, G., Dimensions sociales de la psychopathologie et de la psychiatrie, in *Revue française de Sociologie*, 1975, 16, 3, 380-417.
- Lévi-Strauss, C., Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss, in M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1950.
- Lévi-Strauss, *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1958.
- Lévi-Strauss, C., *La pensée sauvage*, Paris, Plon, 1961.
- Lévi-Strauss, C., *Les structures élémentaires de la parenté*, La Haye-Paris, Mouton, 1967.
- Lévy, A., *Les paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique*, Paris, Éd. Epi, 1969.
- Lévy-Leboyer, C., *Psychologie et environnement*, Paris, PUF, 1980.
- Linsky, A. S., Who shall be excluded : the influence of personal attributes in community reaction to the mentally ill, in *Social Psychiatry*, 1970, 5, 166-171.
- Lorenz, K., *L'agression*, Paris, Flammarion, 1969.
- Lyketos, G. C., L'attitude du public face aux maladies mentales, in *Psychologie médicale*, 1983, 15, 2403-2404.

- Maget, M., *Guide d'étude directe des comportements culturels*, Paris, CNRS, 1962.
- Maisonneuve, J., *Psychosociologie des affinités*, Paris, PUF, 1968.
- Mandler, J. M., Représentation, in J. H. Flavell et E. M. Markman (éd.), *Cognitive development*, New York, Wiley, 1983.
- Marle, R., L'encyclique *Mysterium Fidei*, in *Études*, 1965, 544-558.
- Mauss, M., *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1950.
- Michelat, G., Simon, M., *Classes, religion et comportements politiques*, Paris, Éditions Sociales, 1977.
- Miles, A., *The mentally ill in contemporary society*, Oxford, Martin Robertson, 1981.
- Miller, G. A., Practical and lexical knowledge, in E. Rosch et B. B. Lloyd (éd.), *Cognition and categorisation*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1978.
- Minsky, M., Frame-system theory, in P. N. Johnson-Laird, P. C. Wason (éd.), *Thinking : Readings in cognitive science*, Cambridge, Cambridge University Press, 1977.
- Morin, E., *La rumeur d'Orléans*, Paris, Seuil, 1969.
- Morvan, S., *Représentations des situations de handicap et d'inadaptation chez les éducateurs spécialisés, les assistants de service social et les enseignants spécialisés en formation*, Paris, PUF, Publications du CTNERHI, 1988.
- Moscovici, S., *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 1961, 1976.
- Moscovici, S., Préface à D. Jodelet, J. Viet, P. Besnard, *La psychologie sociale : une discipline en mouvement*, Paris-La Haye, Mouton, 1970.
- Moscovici, S., *L'âge des foules*, Paris, Fayard, 1981.
- Moscovici, S., On social representations, in J. P. Forgas (éd.), *Social cognition*, Londres, Academic Press, 1981.
- Moscovici, S., The coming era of representations, in J. P. Codol, Leyens, *Cognitive approaches to social behavior*, The Hague, Nijhoff, 1982.
- Moscovici, S., « Le domaine de la psychologie sociale », introduction à S. Moscovici (éd.), *La psychologie sociale*, Paris, PUF, 1984.
- Moscovici, S., The phenomenon of social representations, in R. Farr et S. Moscovici (éd.), *Social Representations*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984.
- Nadel, S., *La théorie de la structure sociale*, Paris, Éd. de Minuit, 1970.
- Nunnally, J. C., *Popular conceptions of mental health*, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1961.
- Park, R. E., *Race and culture*, Glencoe, The Free Press, 1950.
- Pélicier, Y., Aperçus généraux de la psychologie des transplantés, in *Concours médical*, 1964, 86.

- Phillips, D. L., Rejection : a possible consequence of seeking help for mental disorders, in S. P. Spitzer et N. N. Denzin, *The mental patient*, New York, McGraw-Hill, 1968.
- Piaget, J., *Introduction à l'épistémologie génétique*, Paris, PUF, 1950.
- Piaget, J., Le rôle de l'imitation dans la formation de la représentation, in *Évolution psychiatrique*, 1962, 27, 141-150.
- Piaget, J., Pensée égocentrique et pensée sociocentrique, in *Cahiers Vilfredo Pareto*, 1976, 14, 148-160.
- Poirier, J., Problèmes d'ethnologie économique, in J. Poirier, *Ethnologie générale*, Paris, Gallimard, 1968.
- Polanyi, M., *The tacit dimension*, Garden City, Doubleday, 1966.
- Rabbie, J. M. Horwitz, M., Arousal of in group-out group bias by a chance win or loss, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 1969, 269-277, trad. franç. : L'effet discriminatoire entre groupes en fonction d'une réussite ou d'un échec au hasard, in W. Doise (éd.), *Expériences entre groupes*, Paris, Mouton, 1979.
- Rabkin, J. G., Public attitudes towards mental illness : a review of the literature, in *Psychological Bulletin*, 1972, 77, 153-171.
- Rabkin, J. G., Who is called mentally ill : Public and professional views, *Journal of Community Psychology*, 1979, 7, 253-258.
- Radcliffe-Brown, R., *Taboo*, Cambridge, The University Press, 1939.
- Ramognino, N., Questions sur l'usage de la notion de représentation en sociologie, in C. Bélisle et B. Schiele (éd.), *Les savoirs dans les pratiques quotidiennes*, Lyon, CNRS 1984.
- Rapport de la Commission sur l'attitude de la société à l'égard des maladies mentales, Quatrièmes Journées de la Santé mentale, in *Hygiène mentale*, 1959, 1, 39-40.
- Redfield, *The little Community*, Chicago, The University of Chicago Press, 1955.
- Renan, E., *Souvenirs d'enfance et de jeunesse*, Paris, Calmann-Lévy, 1967 (1883).
- Robert, P., Faugeron, C., *La justice et son public. Les représentations sociales du système pénal*, Paris, Masson, 1978.
- Robert, P., Lambert, T., Faugeron, C., *Image du viol collectif et reconstruction d'objet*, Paris, Masson, 1976.
- Rokeach, M., *The open and closed mind*, New York, Basic Books, 1960.
- Roosens, E., *Des fous dans la ville ? Gheel et sa thérapie séculaire*, Paris, PUF, 1977.
- Saint-Claire, L., Turner, J. C., The role of demand characteristics in the social categorization paradigm, in *European Journal of Social Psychology*, 1982, 12, 307-314.
- Sapir, E., *Anthropologie*, Paris, Éd. de Minuit, 1967.
- Schaff, A., *Introduction à la sémantique*, Paris, Anthropos, 1968.

- Schank, R. C., Abelson, R. P., Scripts, plans and knowledge, in P. N. Johnson-Laird et P. C. Wason (éd.), *Thinking: Readings in cognitive science*, Cambridge, Cambridge University Press, 1977.
- Scheff, T. F., *Mental illness and social processes*, New York, Evanston, 1967.
- Schutz, A., Collected Papers, I. *The problem of social reality*, in M. Natanson (éd.), The Hague, Nijhoff, 1962.
- Searle, J. R., *Intentionality. An essay in the philosophy of mind*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983.
- Sherif, M., *In common. Predicament. Social psychology of intergroup conflict and cooperation*, Boston, Houghton Mifflin, 1966, trad. franç. : *Des tensions intergroupes aux conflits internationaux*, Paris, ESF, 1971.
- Sperber, D., *Le savoir des anthropologues*, Paris, Hermann, 1982.
- Srole, L., *Mental health in the metropolis: the midtown Manhattan study*, New York, McGraw-Hill, 1962.
- Star, S. A., *The public's ideas about mental illness*, Chicago, National Opinion Research Center, 1955.
- Strauss, A., Schatzman, L., et al., *Psychiatric ideologies and institutions*, New York, The Free Press of Glencoe, 1964.
- Szasz, T., *Le mythe de la maladie mentale*, Paris, Payot, 1975.
- Tajfel, H., La catégorisation sociale, in S. Moscovici (éd.), *Introduction à la psychologie sociale*, Paris, Larousse, 1972.
- Tajfel, H., *Human groups and social categories*, Cambridge, Cambridge University Press, 1981.
- Tajfel, H., *The social dimension*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984.
- Turner, J. C., Social identification and psychological group formation, in H. Tajfeld (éd.), *The social dimension*, 2, Cambridge, Cambridge University Press, 1984.
- Vié, J., Le placement familial des aliénés et des psychopathes. Sa portée médicale et sociale, in *Annales médico-psychologiques*, 1940, II, 1 ; 1941, I, 1, 2, 3, 4, 5.
- Wallon, H., *De l'acte à la pensée*, Paris, Flammarion, 1942.
- Wattie, B., L'attitude envers le malade mental reflétée dans le réseau médico-hospitalier canadien, in *Psychologie médicale*, 1983, 15, 2397-2401.
- Wittgenstein, L., *Philosophical investigations*, Oxford, Blackwell, 1953, trad. franç. : *Recherches philosophiques*, Paris, Gallimard, 1961.
- Wittgenstein, L., *Tractatus logico-philosophicus*, Paris, Gallimard, 1961.
- Yarrow, M., Schwartz, C., Murphy, H., Deasy, L., The psychological meaning of mental illness in the family, in *Journal of Social Issues*, 1955, 11, 12-24.