

« C'est du délire ! » Travailler en sociologie avec la parole de personnes atteintes de troubles mentaux graves

Nicolas Marquis

ERC – CASPER, UCLouvain

Ce chapitre a été écrit avec le soutien du Conseil européen de recherche (Grant Agreement n°850754)

I. Heurs et malheurs d'une recherche mobilisant la voix de patients en psychiatrie

La parole des acteurs historiquement dits « faibles » (Payet et al., 2008) occupe en sociologie bien plus importante aujourd'hui que par le passé. C'est en particulier le cas dans les travaux qui portent sur la psychiatrie et la santé mentale. Après plusieurs décennies durant lesquelles on retrouvait au centre de l'attention les épistémè et les structures (normatives) de la pensée de la folie (Foucault, Gauchet et Swain), le fonctionnement des organisations institutionnelles du soin (Goffman), les interactions au sein des équipes et les négociations avec d'autres acteurs ou bénéficiaires du soin (Strauss), la sociologie a progressivement pris à son tour le « patient's turn » que Roy Porter appelait de ses vœux pour l'histoire de la psychiatrie (1985). La montée en puissance, dès les années 1980, des récits de maladie (e.a. Kleinmann, 1988) ou de travaux ethnographiques portant sur les parcours et le vécu de patients (e.a. Estroff, 1981) constituent de bons témoins de cette nouvelle centralité. Cependant, comme l'écrivait Livia Velpry (2008), la « perspective du patient » reste, malgré son importante prévalence, un objet scientifique sous-problématisé.

Le présent chapitre prolonge une réflexion entamée dans Henckes et Marquis (2020) à propos des possibilités et impossibilités de récolter et traiter, dans une perspective de sciences sociales, le discours de personnes souffrant de troubles mentaux graves, qui manifestent ou ont manifesté ce que l'on appelle communément mais sans forcément comprendre à quoi cela renvoie, une forme de folie. J'y reviens, pour ce faire, sur une recherche de terrain menée entre 2014 à 2016 dans deux institutions psychiatriques en Belgique et en France. Celles-ci se donnent pour mission de réhabiliter les personnes souffrant de troubles mentaux à travers des séjours longs de 6 mois à 2 ans, lors desquels sont appliqués les principes psychodynamiques de la psychothérapie institutionnelle (Belgique) ou de la thérapie systémique (France). Il est important de dire quelques mots de la genèse de cette enquête.

L'enjeu de la recherche était de comprendre comment les destinataires des soins, connus sous de nombreuses appellations indigènes (patients, clients, résidents, usagers, personnes souffrant de troubles mentaux ou représentants de la diversité neuronale, voice-hearers, etc.) perçoivent et endossent les idées-valeurs d'une société de l'autonomie comme condition (Ehrenberg, 2010) alors qu'ils sont précisément caractérisés par une situation créant une distance à l'égard de ces idéaux. Une méthodologie qualitative s'imposait pour rencontrer les objectifs fixés. Dans le document décrivant le projet d'enquête, j'avais donc annoncé des observations et surtout quelques dizaines d'entretiens avec les patients – une soixantaine seront finalement réalisés au cours d'une année d'enquête de terrain.

Ce double choix d'angle d'attaque, par les patients et de méthodologie qualitative, a eu des conséquences dont je n'avais pas soupçonné l'existence en construisant le projet de cette recherche, puisque je n'avais jusqu'alors jamais mis les pieds dans une institution hébergeant des personnes atteintes de troubles du spectre de la psychose. Olivier Delaive, un ami sociologue travaillant depuis 15 ans en psychiatrie, à qui j'avais présenté mon projet m'avait décrit la méthode de l'entretien comme étant selon lui bien adapté aux « névrosés » mais beaucoup moins aux « psychotiques ». La confrontation avec la réalité de terrain semblait dans un premier temps lui avoir donné parfaitement raison. Au fur et à mesure de mes rencontres, j'ai progressivement nourri le sentiment d'avoir à faire à un matériau extrêmement fragile – par exemple parce que la parole était compliquée à faire sortir ou à déchiffrer, parce que je pouvais avoir l'impression que si je ne prenais garde, je pouvais tout à fait mettre des propos dans la bouche de certains de mes interlocuteurs qui se contenteraient de les répéter, peut-être pour que je les laisse tranquilles –, oscillant souvent entre le prosaïque – des personnes décrivant généralement des choses très quotidiennes, coupant souvent l'herbe sous le pied à mes tentatives de les conduire vers des formes d'élaboration ou répétant des éléments qu'ils avaient déjà été amenés à dire mille fois à mille soignants – et la mobilisation d'éléments auxquels il m'était difficile d'accéder – propos elliptiques, mises en cause d'évidences apparentes, évocation de menaces imminentes, et bien d'autres témoins d'un rapport au monde très particulier.

Il est intéressant de noter que ce projet de recherche, financé par une prestigieuse bourse post-doctorale européenne, n'a en réalité fait l'objet d'aucune évaluation ou question sur le plan de sa méthodologie. La lecture des rapports et les tractations qui ont suivi le démarrage de la recherche ont montré que les préoccupations des évaluateurs et du bailleur de fonds semblaient tourner exclusivement, si on bien sûr laisse de côté les traditionnelles attentes en termes de *groundbreaking aspects*, autour de la question plus juridique qu'éthique du « consentement éclairé » que je devais obtenir de la part des personnes rencontrées¹. Pour le reste, je présume que les évaluateurs avaient affublé de la même évidence que je l'avais moi-même fait l'opportunité de réaliser des entretiens avec des patients/résidents en psychiatrie, et peut-être étaient-ils renforcés dans cette conviction par l'idée qu'il est indiscutablement souhaitable, sur le plan moral, que la recherche participe à porter la voix des sans voix, et qu'il serait alors malvenu de critiquer ce choix à partir de considérations d'ordre méthodologique, sous peine de renforcer la stigmatisation dont ces personnes font déjà l'objet.

¹ Ce point nécessiterait une discussion à part. Ainsi que m'y contraignait le bailleur de fonds, j'ai dû obtenir l'accord de deux comités d'éthique (un pour la Belgique et un autre pour la France), qui me fournirent des recommandations contradictoires : le premier, qui appliquait un modèle médical, m'obligeant à prendre une police d'assurance pour les éventuels dégâts que je causerais aux patients en les interviewant et me contraignant à faire signer des feuilles de consentement à toutes les personnes, l'autre, plus sensible aux dimensions ethnographiques, m'exhortant à ne pas utiliser de mécanisme de consentement par écrit et à préférer l'enregistrement de l'accord de la personne. Finalement, si j'ai bien sûr stipulé en début d'entretien l'objet de la recherche, le cadre de l'entretien et les droits du répondant et ai enregistré leur consentement, je n'ai procédé que deux fois à la signature d'un formulaire de consentement éclairé. Ce furent deux expériences négatives où ce dispositif formel, très mystérieux voire menaçant pour les répondants, savait encore un peu plus un échange déjà fragile. Il m'est apparu que si les dossiers éthiques des recherches demandent, à juste titre, un travail d'identification des « potential harms and distresses » que les enquêtes font courir à ceux qui y participent, nous manquons de réflexion sur le côté performatif d'un processus éthique formalisé au point qu'il passe par la signature d'un contrat, non seulement sur la qualité des données ainsi récoltées, mais aussi paradoxalement quant aux « potential harms and distresses » que ceci occasionne pour la personne concernée, en particulier lorsque celle-ci est en situation de vulnérabilité.

II. Normalisation ou valorisation : deux écueils pour une sociologie face à la folie

Comme le montre la genèse du projet de recherche, le retour d'une sociologie de l'expérience et le contexte de valorisation de la parole des acteurs sans voix ont fait de celle-ci un bien doté sinon d'une évidence, d'une valeur scientifique non négligeable. Cependant, le fait que cette parole soit dans le même temps affublée d'un prestige moral encore plus important tend à rendre plus compliquée encore la problématisation de ses conditions de production. Deux écueils au moins menacent le travail des sciences sociales face au discours de personnes souffrant de troubles mentaux.

Le premier écueil est discuté dans Henckes et Marquis (2020). Il consiste à faire, à l'égard de cette parole, comme si de rien n'était. Autrement dit, il s'agit, pour reprendre les termes de Livia Velpry qui inscrit ses précédents travaux dans cette perspective, de considérer « que les actions et les paroles de la personne étiquetée malade mentale relèvent du régime d'interprétation général » en posant une identité entre malades et non malades (2008 : 33). Il y a de très nombreuses bonnes raisons d'emprunter cette piste, ne fut-ce que parce que toute alternative obligerait probablement à s'en remettre à d'autres discours experts sur la folie, comme ceux de la psychiatrie, ce qui aurait pour conséquence de mettre en question l'idée même d'une perspective sociologique sur la psychiatrie, traditionnellement empreinte d'un minimum de constructivisme à l'égard des savoirs et étiquettes psy. Mais il reste que le sociologue ou anthropologue qui se frotte à la conduite d'entretien avec des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves risque d'expérimenter des surprises, voire des glissements ou des béances créant des incertitudes sur le statut de la parole et plus globalement de l'interaction en train de se produire (voir, pour des exemples, Velpry, 2008 : 230, Corrin, 1990 : 180 ou *infra*), par rapport auxquels nous n'avons pas vraiment d'outils pour répondre si ce n'est la conviction, ici problématique, que les choses ne restent incompréhensibles que si le modèle analytique censé en rendre compte n'est pas suffisamment bon.

La littérature psychopathologique sur la psychose regorge de qualificatifs et d'explications à propos de telles séquences, comme par exemple la « double comptabilité », qualifiant le fait qu'une personne tienne à son délire sans pour autant toujours se comporter en tenant compte de celui-ci. Décrit par de nombreux auteurs (de Bleuler à Sass en passant par Jaspers, Minkowski ou Binswanger, voir Poupart et al, 2021)) ce phénomène se révèle bien embêtant pour le sociologue qui, tenant pour acquis le fait que ses interlocuteurs agissent en fonction de ce qui semble important pour eux, applique sans le savoir la thèse de D. Davidson selon laquelle nous n'attribuons des croyances à des tiers que parce que nous présuppose que ce qu'il dit ou fait obéit à certaines normes de rationalité (Frèrejoutan, 2020).

L'écueil opposé consiste non pas à banaliser mais à magnifier les écarts perçus à la norme ou l'habitude dans les propos ou les comportements des personnes souffrants de troubles mentaux graves. Je dois, en toute honnêteté, confesser avoir risqué d'y tomber lors des premiers mois de la recherche. Informés par des perspectives psychodynamiques, les membres des équipes et les stagiaires que j'ai rencontrés m'ont fortement encouragé dans cette lecture en parlant très bien et très volontiers de ces affaires de transfert et de contre-transfert, des sirènes de la psychose qui poussent des intervenants trop bien intentionnés à s'y noyer, de ces paroles folles qui, sans l'air d'y toucher, font s'écrouler comme un château de cartes le travail ou le sens patiemment tissé par les interlocuteurs. On ne ressortirait pas indemne d'un séjour, d'un travail ou d'une enquête en psychiatrie. Certains soignants interrogés allaient même, comme Marcel Sassolas (2009), jusqu'à prétendre que ce n'est qu'en se laissant toucher, investir par la folie qu'on peut espérer y comprendre quelque chose et *a fortiori* rentrer dans une disposition thérapeutique à son égard – et peut-être, par extension y comprendre quelque chose dans une disposition de recherche.

Pour ma part, sans aller si loin, je ne peux et ne veux pas cacher la sympathie ressentie pour de nombreuses personnes rencontrées. Il ne s'agit pas tant d'attirance que d'intérêt réellement authentique pour le fascinant mélange de délire et de clairvoyance sur les conventions sociales, d'espoirs parfois dingues et sans doute vains que ne semblent pourtant pas atteindre un regard sans concession sur leurs propres chances comme sur la vacuité de beaucoup de choses. La psychose et le délire, même à bas bruit, tendent un miroir à celui qui s'y frotte pour essayer d'en dire quelque chose et lui renvoie des questions sur l'essence même de son entreprise, non seulement professionnelle mais aussi plus fondamentalement personnelle. Le tout, sans intentionnalité et sans effort – il n'y a rien d'héroïque là-dedans – mais aussi, semble-t-il, sans devoir forcément aller jusqu'à tirer toutes les conséquences de l'état personnel, social, économique sanitaire, objectivement assez lamentable dans lequel nombre de patients se trouvent. Il y a aussi quelque chose de profondément authentique et touchant sur la fragilité universelle de la condition humaine, l'immédiate proximité d'une altérité, d'une façon d'être au monde qui rend celui qui l'endosse seigneur d'un monde qu'il est seul à maîtriser (même s'il y est persécuté), et par contre vulnérable au moindre accroc dans le monde que nous partageons ou croyons partager.

Il y a enfin quelque chose de fascinant dans la coexistence à l'intérieur de la double comptabilité caractérisant le discours des personnes, d'éléments très banals voire trop factuels, puis d'autres éléments convoquant des dimensions, des préoccupations orthogonales aux attendus. Un peu à la façon de l'écriture fantastique, tout *semble* normal dans la discussion, jusqu'à ce qu'un élément inattendu et parfois inquiétant ouvre une brèche dans le tissu serré de la confiance, et oblige à relire toute une séquence qui jusqu'ici ne posait pas problème. On se rend alors compte qu'il n'y a rien en dessous de ce que nous tenons habituellement pour acquis, pas de filet de sécurité. Cette étrangeté fait osciller entre l'impression de ne pas se comprendre du tout, et puis parfois de se comprendre trop bien, entre l'impression qu'il n'y a rien à comprendre dans ces propos, et celle qu'il faut interpréter plus loin pour en saisir la portée qui n'est pas directement accessible.

Pourtant, face au discours de personnes souffrant de troubles mentaux graves, faire comme si on était face à un « tout autre chose » éventuellement magnifique n'est pas plus pertinent que d'utiliser aveuglément un régime d'interprétation général et ce pour au moins deux raisons.

Dans la théorie de la psychose particulièrement intéressante notamment grâce à une description fine et vivante du rapport du psychotique à son délire, le psychanalyste Darian Leader rappelle une évidence bien nécessaire : « Most of the time, a schizophrenic subject will talk like everyone else, and it is only at certain moments that this will change » (2001 : 103). La réalité empirique de cette proposition est implacable, ce qui constitue la première raison. L'immense majorité des propos des personnes souffrantes comme la quasi-totalité des échanges auxquelles j'ai pu assister lors de mes observations sont en effet parfaitement et trivialement compréhensibles. Bien sûr, ils peuvent être lourdement teintés par la vie en institution, par les effets des prises de médicaments ou d'autres substances, par des stratégies interactionnelles parfois difficiles à détecter au premier abord, mais on ne songerait pas un seul instant à y déceler quelque chose comme de la folie. Cependant, une brèche, voire un basculement *peuvent* toujours intervenir, ne fut-ce que parce que cela est déjà arrivé au moins une fois, lors de crises ou de décompensations précédentes, mais plus fréquemment parce que cela s'est produit dans les semaines qui ont précédé. La plupart du temps, ces basculements n'ont rien d'explosif, et c'est d'ailleurs parfois après coup, lors de la confrontation avec d'autres éléments de réalité, que les propos tenus ou l'interaction vécue acquièrent un caractère d'étrangeté (voir pour un exemple Marquis, 2022 sur le cas de David). Quoi qu'il en soit, souffrir de troubles de l'ordre de la psychose semble être une condition à la fois intermittente, car elle ne se manifeste qu'à certains moments, et pourtant ininterrompue, car elle *peut* toujours revenir. Mais que fait-on des propos ou des expériences,

banales, normales, directement compréhensibles qui ne rentrent *pas* dans la description du syndrome, et qui peuvent nous en apprendre beaucoup ? Il ne semble y avoir aucune raison de les disqualifier systématiquement sous le seul prétexte de la possibilité d'un basculement ou de l'occurrence de propos qu'on ne comprend pas.

La deuxième raison est que, dans l'immense majorité des cas, les recherches de sciences sociales qui mobilisent la parole des personnes en psychiatrie (voir, par exemple les travaux actuels autour du rétablissement ou autour de la contrainte (Linder et Marion-Veyron, 2020, Linder, 2023, mais aussi les travaux de Delphine Moreau, Benoît Eyraud, Jean-Sébastien Eidelimann, etc.), ne s'intéressent justement pas à la folie en tant que telle (si ce n'est éventuellement comme une construction sociale, historique ou interactionnelle), ou au discours éventuellement fou pour lui-même. On se situe ici dans une optique opposée à celles de nombreux cliniciens de la folie attentifs à détecter les symptômes ou les formes de ce rapport au monde troublé (voir, par exemple, dans une perspective phénoménologique, Englebert et Valentiny, 2017), qui auront plutôt tendance à considérer comme du bruit ce qui est au cœur des recherches de sciences sociales. Comme dans la recherche sur laquelle se base ce chapitre, l'enjeu est de comprendre comment ces personnes au statut particulier vivent, expérimentent ou élaborent à partir de différents aspects du monde partagé (ses normes, le fonctionnement de ses institutions, etc.) *mais pas en raison de leur hypothétique folie*. L'enjeu peut aussi être de chercher à améliorer cette relation. Comprendre et critiquer sont deux tâches techniquement première et seconde (Lemieux, 2007), tout à fait adéquate sur les plans scientifique et éthique et pour lesquels les sociologues sont bien mieux armés.

Il me semble donc que l'on peut résumer la situation de la façon suivante. S'il y a bien, pour un travail de sciences sociales, une pertinence non seulement morale mais aussi scientifique à prendre au sérieux le discours des personnes souffrantes de troubles mentaux et à en rendre raison sans le réduire dans une perspective déflationniste à ce qui le menace, la question du statut non pas de la parole en général mais de tel ou tel propos en particulier reste un caillou dans la chaussure du chercheur soucieux de produire une juste analyse, entre sur- et sous-interprétation. Cette difficulté prend pratiquement forme dans la question suivante : un entretien avec une personne souffrant de troubles mentaux équivaut-il, et comment, à n'importe quel autre entretien ? Y a-t-il quelque chose qui différencie cet entretien avec, par exemple, ceux conduits auprès de lecteurs de développement personnel parfaitement intégrés socialement (sachant que, pour avoir expérimenté les deux configurations, je peux attester du fait que les seconds produisent parfois des propos bien plus étranges que les premiers) ?

III. De la place spécifique de l'enquêteur dans une recherche en psychiatrie

On aura deviné que ce chapitre cherche à défendre une réponse nuancée à cette question épineuse, complexe, voire insoluble. Dans la suite de celui-ci, je voudrais contribuer à la réflexion à partir d'un aspect très précis : la façon dont le fait d'obtenir des entretiens est, au même titre qu'une partie certaine de la nature de ces propos qui y sont proférés, dépendant de la place que l'on trouve et que l'on se voit attribuée comme enquêteur sur un terrain de longue durée institutionnel de durée relativement longue. La vie quotidienne des institutions, on la trouble et on la transforme en l'intégrant et en l'observant. Pour l'enquêteur, il s'agit moins de se faire une place, que de s'en voir attribuer une, tant par l'équipe que par les patients : qui es-tu, qu'est-ce que tu fais là, *whose side are you on*, et aussi qu'est-ce que tu me veux, qu'est-ce que tu nous veux, à la fin.

A. Se voir attribuer une place par l'équipe soignante

La place est d'abord attribuée par l'équipe et ses responsables, avec qui on a négocié l'accès. Entrent ici en considération les espoirs et les craintes qu'ils logent dans le fait d'être observés, étudiés. De façon générale, les craintes tournaient autour du fait que les soignants ne cernaient pas toujours de quoi et pourquoi je prenne des notes, pourquoi je considérais certains éléments comme « intéressants », et quelle attitude j'allais développer à l'égard de ce qu'ils considéraient comme leur cuisine interne et ses faiblesses. Les espoirs tournaient autour du fait que mon travail pourrait aider à ce que le leur soit mieux reconnu. Au-delà de ce point consensuel, j'ai été malgré moi entraîné dans les tensions que connaissaient alors tant l'institution française, où elles me semblaient massives, et l'institution belge, où elles étaient encore à un stade larvaire lors de mon passage (elles ont tout de même entraîné plus tard la démission du directeur). Les lignes sismiques étaient multiples : entre responsables de la santé financière de l'institution et responsables de la santé mentale des patients, entre acteurs médicaux et para-médicaux, entre personnel du jour et de la nuit, entre jeunes et vieux, entre tenants de différentes approches thérapeutiques, entre ceux revendiquant l'héritage du projet de l'institution et ceux qui le considèrent comme un carcan chimérique et conservateur, entre ceux qui disent qu'il faut être compréhensifs par rapport aux patients et ceux qui disent que les patients n'ont pas besoin qu'on les comprenne mais qu'on leur donne des outils pour aider leur réintégration dans la société, et *last but not least*, entre personnes qui se considèrent mutuellement comme inadéquates. Au début de mon terrain dans l'institution française, j'ai par exemple été présenté par un membre du personnel à un autre comme étant « enfin quelqu'un qui a un cerveau – pas comme certains qui travaillent ici. On se comprend et on va bien s'entendre. » Olivier Delaive, mon ami sociologue travaillant comme éducateur en psychiatrie avait utilisé une expression qui m'était restée pour décrire la situation à laquelle je devais m'attendre : comme tout nouvel arrivant, je représenterais dans ce contexte de la « chair fraîche ». Il sous-entendait « pour les patients (psychotiques) ». La suite du chapitre montre combien cette expression, certes crue, correspond à ce que j'ai pu expérimenter, mais il faut signaler que cela a été tout aussi vrai pour les équipes.

B. Se voir attribuer une place par les patients

Comment cet enjeu se manifeste-t-il par rapport aux patients ? Il faut ici distinguer deux aspects. Le premier, proche de ce que j'ai pu décrire pour les soignants, concerne mon rôle dans le système actanciel de la société et de l'institution. Le second concerne la place que les patients m'attribuent dans « leur » monde, c'est-à-dire dans un système de représentations que je ne maîtrise pas.

1. Une place dans un système social de positions dans et hors de l'entretien

Un certain nombre de patients, en particulier ceux qui ont déjà un parcours kilométrique en psychiatrie, s'attendent, par effet de l'habitude, à ce qu'on s'intéresse à eux, qu'on cherche à discuter avec eux, qu'on fasse des entretiens, qu'on leur demande comment ils vont, qu'on leur donne des conseils, qu'on leur « triture la tête » (Igor (F)²), etc. Lorsque je fais un deuxième entretien avec Florent (B) à la fin de son séjour, près de 6 mois après le premier entretien, il justifie le fait de ne pas se souvenir du premier par le fait que « des entretiens, j'en ai fait des tonnes, tu sais ». Soignants, autres intervenants, stagiaires, étudiants, et puis maintenant sociologue, tout le monde a des questions pour lui. Puisqu'ils évoluent dans un monde perclus de soin et de thérapie, les patients ont aussi l'habitude que ceux qui s'intéressent à eux soient soit des personnes qui sont là pour se former à l'intervention, soit le plus souvent des professionnels qui cherchent, de façon plus ou moins efficace, à les *aider* et à les *évaluer*, tout en maîtrisant une zone d'incertitude parfois considérable à leur égard. Par conséquent, les interactions dans lesquelles les patients sont entraînés ont très souvent des conséquences, désirables

² « (F) » concerne les patients interviewés dans l'institution française, « (B) » les résidents de la communauté thérapeutique belge.

ou non, pour eux. C'est donc clairement en cohérence avec ce qu'ils voient et vivent d'habitude que la plupart des patients ou leur proche m'ont d'abord identifié, et le fait d'être arrivé via l'équipe, parfois présenté aux patients ou mobilisé par celle-ci dans les interactions avec eux a évidemment contribué à cet état de fait.

Dans ce contexte où tous les chemins mènent au thérapeutique, il fut en effet très compliqué pour moi, dans un certain nombre de cas, de faire saisir à la personne interviewée que l'entretien que je lui proposais était autre chose qu'un entretien *clinique*. La conséquence en est que les patients semblaient parfois adopter, malgré mes explications, l'attitude qu'ils estiment être attendues dans un tel entretien clinique. Lorsque je demande à Christelle (F) de me décrire son quotidien dans l'institution, elle considère que mes questions sont d'emblée évaluatives et cherche des façons de « bien répondre » (pour utiliser une expression maintes fois entendue) :

NM : Et vous sortez parfois [de l'institution] ?

Christelle : Oui, je sais il faudrait que je sorte, pour faire de la marche, pour pouvoir maigrir, mais j'y pense pas, j'y pense pas...

Cette posture de patient dans l'entretien se caractérise aussi par une attente d'efficacité de la part de l'interlocuteur, ou à tout le moins d'éléments de réponse que celui-ci fournirait à partir de l'expertise qu'on lui prête ou tout simplement parce que c'est un autre être humain dont on aimerait avoir le point de vue. Ce genre de situation d'indifférenciation due au système de pertinence dans lequel évoluent les répondants, l'ampleur de la confusion des rôles où patients (et soignants aussi parfois) entraînent l'enquêteur ou le prennent à partie ne sont généralement même pas imaginées par des protocoles éthiques dans lesquelles la précaution attendue est de « renvoyer les patients vers une personne compétente » - sauf qu'ici c'est votre avis ou votre jugement qu'on veut, et que les patients n'ont que faire d'être « renvoyés vers des personnes compétentes » avec lesquelles elles interagissent déjà à longueur de temps.

Bousna (F) : Je me dis, « en stage, il faut que tu sois gentille, que tu montres bien, que tu fais l'esprit d'équipe »... D'ailleurs, je veux que vous me répondiez sur cette question : quand vous entendez qu'on vous dit « ah, votre apprentissage ça a été super et tout, ça s'est bien passé », et que vous vous dites « ah tiens, enfin,... », et après qu'on vous appelle pour vous dire « non, vous êtes pas stable »...

NM : Je sais pas, ça doit être dur.

Parler avec moi d'autonomie pouvait aussi devenir une piste pour montrer que, contrairement à ce que penseraient certains membres de l'équipe, on a *vraiment* envie d'être autonome, comme pour ce patient de l'institution française qui, tout en ayant refusé un entretien m'invitait, cigarette à l'appui, à venir fumer à l'extérieur avec lui « pour discuter » en me disant : « Moi vous savez, j'ai 35 ans et j'ai vraiment envie de m'en sortir. J'ai vraiment envie vous savez, l'autonomie tout ça, j'y aspire. Mais le travail ça me fait peur, parce que j'ai des problèmes de santé, et les gens [faisant référence à l'équipe] ils sont pas toujours très conscients. Ils acceptent pas qu'on a des difficultés. ».

Ma place ne concernait pas que mon rapport à l'équipe, mais aussi aux autres patients, dans le contexte d'un important contrôle écologique par les semblables, sans doute caractéristique de toutes les institutions où des gens mangent, logent et vivent très proches les uns des autres. J'ai pu y observer que, pour certains patients, échanger avec moi dans les lieux communs et, *a fortiori* participer à un entretien (avoir une discussion soustraite au regard ou à l'oreille de tous) pouvait devenir une ressource utilisée pour se différencier, voire se distinguer. Au début de son entretien, Camille (B) m'avait demandé de tout garder pour moi, de ne surtout rien partager avec les autres résidents, et même de ne pas dire qu'on avait eu cette discussion. Cependant, une fois redescendu vers les fauteuils des lieux communs, c'est lui-même qui, à ma grande surprise, annonce tout sourire (ce qui était rare) à la cantonade qu'il

a fait un entretien avec moi, et en réponse aux habituelles questions « ça a été ? », dit d'un air un peu mystérieux que c'était « vraiment bien, vraiment intéressant ». Angélique (B) et Karol (B) m'avaient quant à elle demandé de faire cet entretien respectivement dans le jardin et dans les fauteuils des lieux communs – tout en insistant auprès des autres patients qui, deux fois ne sont pas coutume, demandaient à participer à cette conversation qui devait leur sembler intéressante, que ce n'était pas possible parce que c'était « privé ».

Les contacts avec moi étaient parfois utilisés par les uns pour différencier leur situation de celles d'autres personnes dans l'institution ou ailleurs. Lors d'un tour en ville que j'avais été faire avec Hagen (B) et David (B), ceux-ci avaient lourdement insisté sur la difficulté de vivre en institution « 24h/24 avec des fous » et sur ma chance de pouvoir la quitter à tout moment. Comme bien d'autres, ils développent l'idée que se retrouver avec des « vrais fous » est nocif pour eux, car ils risquent d'être contaminés, « tirés vers le bas », et qu'ils doivent prendre beaucoup de précautions pour ne communiquer qu'avec ceux qui ne sont pas complètement allumés. Simon (B) me dit qu'il y en a « ici qui sont vraiment arrangés ». Johnny (B) parle de comparses « beaucoup plus dégradés » que lui. Bousna me dit, au cours de l'entretien : « Attendez, c'est pas pour être méchant, mais il y en a quand même plein qui sont vachement perchés ici. ».

Annie décrit ainsi la relation compliquée qu'elle entretient avec Steeve, avec qui elle passe pourtant le plus clair de son temps :

Annie (F) : Mais Steeve, il a des gros problèmes lui, je sais pas comment expliquer, mais les docteurs lui ont dit que lui il était vraiment schizophrène. La schizophrénie, ça prend tellement de forme, moi aussi je l'ai [...]. Mais pour Steeve, je pense qu'ils doivent avoir raison, en tous cas il a quelque chose, parce que quand on lui dit « pourquoi tu trempe ton pain dans ton lait, t'en mets beaucoup trop de pain dans ton lait, ça dégouline partout après. T'as qu'à en mettre en petit peu, tu manges, et puis t'en mets encore un petit peu, quoi, logique » Ben il change pas. Il dit « oui », mais alors comme il croit en Dieu, je lui dis « Dieu [...] il est d'accord pour qu'on s'améliore quand quelqu'un dit des choses, il est d'accord avec ça ». Mais Steeve il changera rien du tout. Il y a ça et il y a d'autres trucs.

De façon générale, « délire » est un mot que j'ai souvent entendu dans la bouche de patient lorsqu'il s'agissait de parler d'autres patients, mais bien plus rarement d'eux-mêmes ou alors seulement pour évoquer un passé qu'ils objectivent désormais. Pour qualifier certaines de leurs représentations ou certains de leurs actes, ils mobilisent moins le registre de la folie que celui de la maladie ou de l'exceptionnelle bizarrerie, en reprenant parfois des termes entendus d'autres acteurs. Guillaume (B) parle de ses voix comme de « comportements singuliers », David de « difficultés psychosociales », Clément (B) dit qu'il doit combattre de grandes forces quand il est « un peu envahi », Kevin (B) parle à tout le monde de son « travail » (lors duquel il sauve le monde). Igor (F), Nicolas (B) et Amandine (F) évoquent tous trois de « petites bêtises » qui les ont amenés en psychiatrie (la dernière ayant mis le feu à sa maison).

Enfin, nos interactions de personne à personne ont inévitablement conduit à ce que me soit attribué une place dans un système de positions sociales plus large que celui de l'institution, au regard de la leur. Dans l'institution belge, j'avais le même âge que la plupart des résidents. Alors forcément, au fur et à mesure des échanges, intervenaient des propos comparant le fait que « je suis déjà à l'université » alors que Fabrice (B) est, me dit-il « encore dans quelques problèmes ». J'ai eu de nombreuses interactions similaires dans l'institution française, où beaucoup montraient un intérêt par rapport aux sciences humaines :

Patient inconnu dans le couloir (F) : Et qu'est-ce que vous faites comme travail ?

Je suis sociologue

Ah ouais ! Ben moi je suis juste patient, j'arrive pas à faire autre chose.

Autre patient inconnu dans le couloir (F) : Vous êtes sociologue ? Ah c'est super, moi aussi j'ai voulu faire de la sociologie, mais pour le moment, j'ai décidé de mettre mes projets professionnels entre parenthèses pour me recentrer sur moi

Dame rencontrée le premier jour (F) : « Ah vous êtes professeur, bravo, pour votre âge c'est bien, vous avez l'air jeune. Moi j'ai 53 ans et je suis ici depuis plus de 6 mois, je vais devoir partir. »

Ces interactions, dans lesquelles ils me semblaient se voir renvoyés à leur propre déclassement, pouvaient aussi concerner d'autres aspects que la sphère professionnelle. Lors d'un début de soirée dans l'institution française lors duquel je « trainais » dans les couloirs à l'étage, je suis hélé par le « chef de bande ». J'avais surnommé dans mes notes ce patient (j'ai appris plus tard qu'il s'appelait Vincent (F)) du fait de son look de bad boy qui m'impressionnait, mais aussi parce qu'il s'affichait son couple avec une autre patiente de façon ostentatoire, et qu'il était toujours accompagné d'une cour de quelques autres patients. Jusqu'alors, il m'avait plutôt ignoré. Cette fois, il m'invite à m'asseoir parmi eux pour écouter la musique. S'ensuit un processus de questionnement et de comparaison. Est-ce que j'ai des enfants ? Oui, lui aussi. Combien ? Un, comme lui, sauf que lui c'est un garçon. Est-ce que je la vois souvent ? Oui, et lui pas beaucoup, parce que son garçon est placé. Mais même s'il ne peut pas bien s'en occuper, me dit-il, il est tout le temps avec lui car il a tatoué son nom sur son bras, qu'il me montre en retroussant sa manche. Est-ce que moi je suis tatoué ? non. Il conclut, avec un air qui semble témoigner un soulagement : « alors ça c'est un truc que tu peux pas connaître, avoir ton enfant dans la peau ».

Je pense qu'il est important de mentionner ces différences de statut social, car, quoi que je mette comme énergie pour être naturel et sympathique, elles sont indépassables. En interrogeant les patients sur leur vie future, ce qu'il mettait derrière l'idée d'une autonomie que certains appelaient de leurs vœux, je pouvais tout à fait participer à une situation où, sans le vouloir, je me donnais ou étais donné en modèle, car la banalité normale de mon existence pouvait constituer à leurs yeux ce qu'ils espéraient (ou se sentaient tenus de désirer) tout en étant peut-être difficilement accessible. Qui plus est, comme le bourgeois de Bourdieu, je faisais mine d'être proche de leur monde institutionnel et de m'y sentir à l'aise, alors que je pouvais en sortir à tout instant. C'est à cela que me renvoie Simon (B) :

NM : Et quand tu disais j'aimerais bien être en flat pour être plus autonome, ça veut dire quoi pour toi autonome ?

Simon (B) : Autonome ? Gérer mes médicaments tout seul, gérer mon alimentation tout seul, gérer mes toilettes, enfin je veux dire, ma propreté, mes soins tout seul. Gérer heu, plein de trucs, ben comme la vie quoi, comme ce que tu fais toi quoi.

2. Une place dans un système psychique ?

La question de la place attribuée dans un système actanciel n'est pas la seule à laquelle j'ai été confrontée. On a vu que, pour les ressources théoriques psychodynamiques mobilisées par les équipes des deux institutions, qu'un soignant donne de lui-même est une condition *sine qua non* de l'existence d'une clinique des troubles psychiques graves. En quoi cela consiste-t-il ? Principalement accepter d'être l'objet des projections (amour, haine, persécution, etc.) de ce patient qui, selon les termes de Sassolas (2009), vit un assèchement de sa vie psychique afin d'échapper au danger plus grand encore de l'effondrement. Dans la même veine, Leader, l'un des rares lacaniens à penser qu'il existe une clinique psychanalytique de la psychose, écrit : « The key here is a sensitivity to the patient's speech and to the logic of the world that they inhabit. Being the bad, hated part of their world may allow those feelings to be shifted away from somewhere else and may be one step in a long process of change. The

therapist's accepting to be hated may be precisely what allows the patient to return to life." (2008 : 312).

Je ne suis pas compétent pour discuter de la pertinence thérapeutique de cette posture. Mais il me semble en tous cas que la même question se pose pour les interactions sollicitées par le chercheur. Celui-ci ne vise certainement pas à soigner qui que ce soit, mais son travail d'enquête partage avec le dispositif thérapeutique au moins un point commun : si l'interlocuteur ne joue pas un minimum le jeu, autrement dit s'il n'investit pas un minimum le dispositif thérapeutique ou d'enquête, cela ne va pas fonctionner et on ne pourra pas en dire grand-chose, sauf à courir le risque de parler à sa place (Henckes et Marquis, 2020).

Pour peu que l'on prenne au sérieux ces éléments de théorie de la psychose, on est forcé de considérer qu'il n'y a pas de raison que le chercheur ne soit pas, au même titre que le soignant, l'objet de projection de la part du patient. On peut évidemment rétorquer à partir de la littérature méthodologique de sciences sociales que cela ne concerne pas seulement les patients, mais tout individu que l'on interviewe : la désirabilité sociale infecte potentiellement toute récolte de données (Marquis, 2015). C'est bien vrai, mais les caractéristiques particulières des pathologies mentales graves nous font ici rentrer dans une autre dimension, puisque ces dernières sont précisément caractérisées par des perturbations de l'intentionnalité (Ehrenberg, Lovell, 2001) et occupent à ce titre une position tout à fait particulière dans les disciplines qui en traitent (Velpy, 2008).

Dans une critique agréablement caustique de la recherche « mainstream » en psychiatrie, Leader insiste encore sur les effets de dispositifs d'enquête mal pensés, compte tenu de l'hypersensibilité des patients psychotiques tant au signifiant qu'au contexte : « As Gregory Bateson pointed out, the psychotic subject is especially aware of metalinguistic processes : if someone says something, there is not only a consideration of the 'content' of what is said, but also, significantly, there will be a question, 'You are saying this to me now, but why are you saying it?' [...] Given this sensitivity, what would be more natural than to ask this question in the test situation : 'You have taken me to a special room and are sitting there with a notepad or tape recorder and are asking me what a table is or what life is. What do you really want?' » (2012 : 101). L'entretien sociologique ou même la conversation informelle sont, eux aussi, des dispositifs qui suscitent des interprétations. On est donc obligé de s'interroger sur la place que l'on y prend ou que l'on se voit assignée dans ce que Louis Sass (2010) nomme « un monde vu de l'œil de l'esprit », dans lequel il est possible que soit attribué à mes demandes d'interactions des significations inaccessibles pour d'autres que ceux qui les créent.

Des refus formels à mes demandes d'entretien, j'en ai essuyé une dizaine, parfois pour des raisons auxquelles je m'attendais (j'ai déjà raconté ça mille fois, je vois pas à quoi ça sert, je suis pas bien), parfois pour des motifs qui m'étaient moins accessibles (« je crois pas, parce que je n'aurais pas grand-chose à vous raconter », me dit Christelle (F) avec qui j'ai finalement eu un entretien de 2h durant lesquelles j'aurai du mal à placer un mot, « parce que je suis fort occupé », me dit Hagen (B) qui ne cesse pourtant de se plaindre de l'ennui). Beaucoup plus nombreux étaient les cas où, en réalité, je ne savais pas très bien si la personne m'avait dit oui ou non : ah oui peut-être, pourquoi pas, c'est intéressant, je te dirai plus tard, là ça ne va pas mais on verra plus tard, après les fêtes de fin d'année ça ira,... Ces « plutôt non » ressemblaient à des reports *sine die* de la décision ou de la réalisation de l'entretien. D'autres « plutôt oui » n'étaient pas suivis d'effet : entretiens où j'ai l'impression que la personne fait ça à défaut de mieux, pour avoir la paix ou en se montrant complètement désinvestie, oublis du rendez-vous, absences, reports encore. A la fin de mon terrain dans l'institution française, j'ai deux fois fait le trajet de Belgique expressément pour des entretiens où les patients ne sont pas venus au rendez-vous. J'ai vu au loin l'un d'entre eux lancer à la cantonade (moi y compris) « bonnes fêtes à tous et à l'année prochaine ! » – on était fin décembre 2015 –, et je suis resté les bras ballants. Cela me

semble souligner, si c'était encore nécessaire, la fragilité ou de l'irréalité d'un « consentement informé » qui prendrait la forme d'un « oui je le veux ! » clair et net. La nature de l'engagement des personnes reste floue jusqu'à la fin de l'entretien (probablement autant que ma demande), et faire signer des papiers n'arrange rien.

De façon générale, il s'est souvent écoulé des jours, voire des semaines ou parfois des mois entre la première proposition d'entretien et le moment où cet entretien a eu effectivement lieu. Entre les deux, les retournements de situations étaient fréquents. Je voudrais faire ici l'hypothèse, risquée pour un sociologue, que ceux-ci tenaient précisément à l'évolution de ma place dans le système psychique (ou système de représentations personnelles) des patients. Je n'ai en tous cas pas trouvé de meilleur qualificatif pour évoquer ces éléments sur lesquels je n'avais aucune maîtrise. Un entretien refusé (parce jugé comme menaçant ou envahissant) à un moment pouvait finalement être accepté, voire même proposé par le patient plus tard. C'est pourquoi, plutôt que de considérer les « non » comme définitif, j'ai pris le parti d'attendre. Souvent, ça n'a rien changé. Emmeric (B), par exemple, est resté dans l'évitement jusqu'à la fin de mon terrain. Mais pour d'autres, comme sans crier gare, le refus est devenu une demande.

Ces retournements se sont exprimés de façon très claire lors de mes interactions avec Karol (B), une jeune patiente de l'institution belge, décrite par les membres de l'équipes alternativement comme « la plus intelligente », la plus « folle », et aussi la plus « peste » de tous les résidents. A la différence de la plupart d'entre eux, Karol est en effet très expressive, et parfois explosive. Il lui arrive fréquemment de débarquer dans le bureau des soignants pour leur intimer l'ordre de demander à tel autre résident (pas toujours le même, ça peut aussi arriver avec des membres de l'équipe) d'« arrêter tout de suite ce qu'il est en train de faire ». Karol dit qu'elle sent que l'âme d'autres patients entrent en collusion avec la sienne, lui sucer son énergie, et que « ça va péter ». On la prend au sérieux car Karol en est déjà venue aux mains avec d'autres résidents. « Quand c'est comme ça, je n'ai pas le choix », m'expliquera-t-elle plus tard, j'ai eu des voix qui venaient d'en haut ' salope, salope, ils te bouffent ! ' alors j'ai frappé une fois David et une autre fois Kevin. L'équipe a eu une mauvaise image de moi, mais ils ne voient pas que je peux pas faire autrement. » Karol est en effet régulièrement exclue durant quelques jours pour manquement aux règles de la communauté, et finira par voir son séjour interrompu pour une violente rixe avec ses parents dans l'enceinte de l'institution. Elle est aussi flamboyante, colore souvent ses cheveux et s'habille de façon extravagante, en se maquillant ou changeant de tenue plusieurs fois par jour. Dans l'institution, elle passe souvent d'un pas pressé, claque des portes, souffle pour montrer son exaspération.

Durant les premiers mois que j'ai passés dans l'institution, Karol évolue entre l'ignorance dédaigneuse et quelque chose qui se rapprochait d'une forme d'afféterie à mon égard. Je me tenais plutôt à carreau car, comme Vincent (le « chef de bande » de l'institution française), elle m'impressionnait. Le contact s'est noué quand elle a appris que j'étais sociologue. Elle-même avait débuté des études en anthropologie avant que le cannabis ne lui « pète la tête ». Après, sont intervenues des disputes familiales, et 10 ans de psychiatrie, « l'enfer total ». Elle évoque cela un beau jour, lors d'une conversation dans les divans, au milieu d'autres patients, et me dit qu'elle m'en parlera si je veux, mais en privé. Je saute évidemment sur l'occasion et lui propose un entretien. Nous convenons d'un rendez-vous la semaine suivante, auquel elle ne viendra pas. Plusieurs fois de suite, elle demande de reporter. A la dernière date prévue, c'est à mon tour d'être absent, car je suis aux funérailles d'une amie. La semaine d'après, alors qu'elle descend les escaliers et me croise dans le couloir au moment où je passe la porte de la Communauté thérapeutique, elle se dirige vers moi et en réponse à mes excuses bredouillées, dit d'une voix suffisamment forte pour être entendue par les soignants présents dans le bureau d'accueil : « ah, tu es là cette fois-ci, j'ai attendu la fois passée. Mais je ne veux plus faire

d'entretien, ça ne m'intéresse plus ». S'en est suivie une pénible période de quelques semaines durant laquelle, selon l'expression d'un éducateur, Karol me « battait froid » (« ça va passer », rajoute-t-il de façon prémonitoire) : elle ne perdait jamais une occasion de m'humilier face à d'autres personnes, en particulier les soignants. En cuisine, durant la préparation du repas, elle soufflait en disant que j'étais inutile, s'exclamant « mais qu'il est bête celui-là » dès que j'ouvrais la bouche. Elle quittait parfois le salon de façon fracassante quand j'y entrais. C'était désagréable à un point tel que mes déplacements dans l'institution commençaient à tenir compte de sa présence.

Un jour, sans que j'aie pu observer de signes avant-coureurs, elle m'accoste dans le jardin avec un grand sourire. Elle me dit (j'ai retranscrit de mémoire) : « Cette nuit, j'ai rêvé de toi. Il y avait eu une catastrophe nucléaire ou un truc comme ça, il faisait super froid, et on était tous les deux les seuls survivants, parce qu'on s'était réfugiés dans la crypte de la chapelle Sixtine, comme dans le Da Vinci Code. Et on a beaucoup parlé, je me rappelle plus de quoi, mais c'était super bien. » Après quoi elle me propose de faire l'entretien tout de suite, au vu et au su de tous dans le salon. Celui-ci, qui sera analysé ailleurs, a duré 1h30, dans une atmosphère chaleureuse qui tranchait avec tout ce que j'avais connu jusque là. Karol s'y est révélée aussi réflexive que délirante, me parlant de façon très convaincante tant des âmes logées dans les différents endroits de son corps que de sa conscience et compréhension de l'incompréhension de l'équipe soignante. Endossant le rôle de la parfaite patiente du rétablissement, elle a également développé un discours très construit sur le fait qu'elle ne voulait pas guérir de sa maladie, mais vivre grâce à celle-ci. Lui enlever rendre son existence « morne et inutile ». A la fin de l'entretien, elle me dira : « ah bon, c'est déjà fini ? ». Depuis lors, et jusqu'à son exclusion définitive pour violence envers des personnes venues lui rendre visite, elle n'aura de cesse de me répéter que je suis l'un des seuls à la comprendre.

Il y a eu bien d'autres situations qui s'apparentaient à celle-ci, sans être pour autant aussi fleuries. Je pense à Jean-Marc (B), un jeune homme à l'air toujours narquois et parlant toujours très proche du visage des autres qui, à ma proposition d'entretien, a répondu – je n'ai jamais su sur quel ton – que c'était d'accord, mais qu'il voulait d'abord toucher mes grains de beauté pour voir si c'était contagieux. Devant le mouvement de recul que je n'ai pu empêcher, il rigole : « Oh désolé, mais je suis schizophrène tu sais. Est-ce qu'on peut alors au moins voir si je suis plus grand ou plus petit que toi ? ». Je pense aussi à Camille (B) que j'ai déjà évoqué plus haut. Il avait accepté le principe de l'entretien mais m'a répété à plusieurs reprises : « on le fera tranquillement, quand j'ai le temps, j'aime pas être brusqué », alors qu'il passait le plus clair de son temps en silence dans les divans à n'être occupé à rien que je puisse décrire. Puis, un jour, au terme d'un repas communautaire, il se lève de sa table et se plante devant moi : « c'est bon, maintenant j'ai le temps ». Je pense enfin à toutes ces situations qui tiennent sans doute de l'anecdote, mais où je crois qu'a pu se jouer ma place : partager des souvenirs d'enfance sur des jeux vidéos, être descendu en ville avec un résident en empruntant un autre chemin que celui qu'il connaissait, avoir ramené de chez moi des sachets de thé, croiser par hasard un résident dans le train, écouter du heavy metal sur de vieilles cassettes audio qui m'avaient été prêtées, ou encore, dans cette interaction à la sortie du réfectoire avec Bousna (F) avoir eu un mot (généreusement) jugé bon :

Bousna (F) : J'en peux plus de ce taf [elle fait la plonge dans une entreprise de travail adapté], ça me casse trop. Je vous jure, j'ai mal au dos comme jamais.

NM : vous en avez « plein le dos », quoi.

Bousna (F) : ah oui, c'est ça, c'est EXACTEMENT ça, j'en ai plein le dos, ah merci, vous au moins vous me comprenez. L'éducatrice elle voit pas que je fais tout pour m'en sortir.

IV. Discussion

Tous les éléments qui viennent d'être évoqués semblent avoir, sans que l'on sache toujours comment ou pourquoi, fait une différence. Il y en a certainement eu d'autres, que je n'ai pas repéré, comme ceux qui ont poussé Angélique (B) à me dire qu'elle avait « une connexion spéciale avec moi ». Ces situations se rapproche à mon avis de celle évoquée par Jeanne Favret-Saada dans son travail d'enquête sur la sorcellerie. Pour dépasser les « récits exemplaires » de la sorcellerie, ces histoires toute prêtes que l'on servait de façon désimpliquée aux étrangers parmi lesquels les anthropologues, Jeanne Favret-Saada explique comment il est indispensable pour l'enquêteur d'« être pris », autrement dit de se voir assigner une place dans un système (et je rajoute : tant social que psychique) : « c'est à un sujet *supposé pouvoir* (un sorcier, un désenvoûteur) ou *ne pas pouvoir* (une victime, un ensorcelé) que l'on s'adresse lorsqu'on parle à l'ethnographe » (1977 : 29).

Ce que montre l'anthropologue est que l'acte de parole (avec un soignant ou avec un chercheur) s'inscrit toujours dans un système de pertinence particulier. L'enjeu, pour le chercheur, est de cerner de façon suffisamment précise ce système de pertinence pour interpréter au plus juste les données récoltées. Or, le caractère accessible de celui-ci peut se révéler très variable. Lorsqu'il s'agit d'un système de pertinence que l'on peut qualifier de social parce qu'il est partagé par un ensemble de personnes, fût-il restreint à l'échelle d'un village, d'une institution de soins ou d'une famille, on a coutume de penser qu'une immersion suffisamment longue permettra d'en découvrir les aspects.

Mais est-ce le cas pour des dimensions qui semblent plutôt tenir à l'équation d'une (seule) personne ? Le fait de se voir attribué une place dans un système psychique, n'est pas évidemment propre aux entretiens avec les patients en psychiatrie. Tout le monde peut se méfier des questions d'un chercheur ou au contraire se sentir transportés par elles, tout le monde peut chercher à être transparent ou au contraire produire consciemment ou non un compte-rendu intéressé de son rapport au monde, tout le monde peut avoir peur d'être mal compris ou au contraire s'en désintéresser complètement. Il reste que, comme j'ai essayé de le montrer dans ce chapitre, la question de la position que l'on se voit attribuer dans un système psychique ou de représentations personnelles semble exacerbée dans le cas des personnes souffrant de troubles mentaux graves et ce pour deux raisons au moins : d'une part, son intensité beaucoup plus importante que dans la plupart de autres entretiens (et partant de là, les conséquences sur les données récoltées, sans parler des aspects éthiques que cela engage évidemment), et d'autre part le fait que ce système de pertinence puisse être moins accessible si la personne voit le monde « de l'œil de l'esprit ». Cet enjeu de la place n'épuise nullement la discussion et les enjeux autour de la spécificité ou non d'entretiens sociologique avec des personnes souffrant de troubles psychiques graves. Elle permet cependant de l'aborder autrement qu'à travers la question, très glissante, de la correspondance des propos à une réalité partagée.

Bibliographie

- Corin, E., 1990. "Facts and Meanings in Psychiatry. An Anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14(2), 153-188.
- Ehrenberg, A. et Lovell, A., 2001. *Maladie mentale en mutation (La): Psychiatrie et société*. Odile Jacob.
- Englebert, J. et Valentiny, C., 2017. *Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité*. De Boeck Supérieur.
- Estroff, S. E., 1981. *Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American community*. Univ of California Press.
- Favret-Saada, J., 1977. *Les mots, la mort, les sorts*. Gallimard.

- Poupart, F., Bouscail, M., Gozé, T., 2021. "Le délire est-il 'inconséquent'?", *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(5), 452-454. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.03.013>.
- Kleinman, A., 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.
- Leader, D., 2011. *What is madness?*. Penguin UK.
- Lemieux, C., 2007. "À quoi sert l'analyse des controverses?", *Mil neuf cent*, 1, 191-212.
- Linder, A. et Marion-Veyron, R., 2020. "Partager la décision thérapeutique dans des cliniques contraintes?", *Sciences sociales et santé*, 38(2), 41-66.
- Linder, A., 2023. "De l'idéal du rétablissement à l'expérience de l'aller-mieux. Contribution à une sociologie de la santé mentale et de ses transformations contemporaines", thèse pour le doctorat en sociologie, Université de Lausanne.
- Marquis, N., 2015. "Allowing for social desirability in reception studies: The case of self-help book readers", *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de méthodologie sociologique*, 127(1), 58-71.
- Frèrejouan, M., 2020. "Délire, croyance et non-sens", *Philonsorbonne*, 14, 179-202.
- Henckes, N. et Marquis, N., 2020. "Ce que (faire) parler veut dire. Enjeux méthodologiques et épistémologiques des récits de maladie en psychiatrie", *Anthropologie & Santé* [Online], 20. URL: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/5821>.
- Payet, J.-P., Giuliani, F. E. et Laforgue, D. (dir.), 2008. *La Voix des acteurs faibles de l'indignité à la reconnaissance*. PUR.
- Porter, R., 1985. "The Patient's View: Doing Medical History From Below", *Theory and Society*, 14(2), 175-198.
- Sass, L. A., 2010. *Les Paradoxes du délire Schreber, Wittgenstein et l'esprit schizophrénique*. Ithaque.
- Sassolas, M., 2009. *La psychose à rebrousse-poil*. Eres.
- Velpry, L., 2008. "The patient's view: issues of theory and practice", *Cult Med Psychiatry*, 32(2), 238-258. <https://doi.org/10.1007/s11013-008-9086-2>.
- Velpry, L., 2008. *Le Quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. Armand Colin.