

COLLECTION « LE SENS COMMUN »
créée par Pierre Bourdieu

ERVING GOFFMAN

ASILES

Avant de devenir professeur de sociologie à l'université de Berkeley, Erving Goffman s'est fait, trois années durant, l'ethnologue scrupuleux des malades mentaux internés dans les hôpitaux psychiatriques. Il présente dans *Asiles* une interprétation en profondeur de la vie hospitalière qui situe les pratiques thérapeutiques quotidiennes dans leur cadre le plus objectif, celui d'une « institution totalitaire », c'est-à-dire d'un établissement investi, comme la prison ou le camp de concentration par exemple, de la fonction ambiguë de neutraliser ou de réadapter à l'ordre social un type particulièrement inquiétant de déviants.

La tension, et souvent la contradiction, qui existe entre l'exigence thérapeutique et ces impératifs de sécurité et de contrôle social rend compte du mode conflictuel de l'existence asilaire et des malentendus de la vie quotidienne au sein de l'hôpital.

Par-delà les troubles de sa subjectivité, le malade mental est ainsi aliéné au second degré, parce que la maladie est institutionnalisée dans un espace social qui lui impose les déterminations majeures de la servitude.

ERVING
GOFFMAN

ASILES



PHOTO CARLA CERATI

AUX ÉDITIONS DE MINUIT

ISBN 978-2-7073-0083-6



9 782707 300836

23,50 €

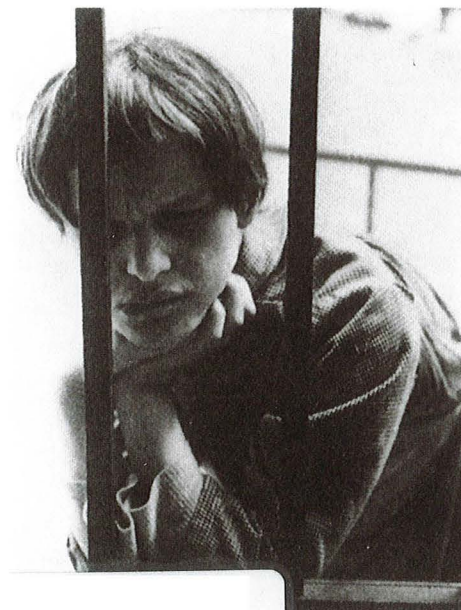
LE SENS COMMUN

erving goffman

asiles

études sur la condition sociale
des malades mentaux

présentation de robert castel



LES ÉDITIONS DE MINUIT

ERVING GOFFMAN

ASILES

OUVRAGES DE ERVING GOFFMAN
AUX ÉDITIONS DE MINUIT



ASILES, Études sur la condition sociale des malades mentaux, 1968

LA MISE EN SCÈNE DE LA VIE QUOTIDIENNE, 1973

1. La présentation de soi
2. Les relations en public

LES RITES D'INTERACTION, 1974

STIGMATE, Les usages sociaux des handicaps, 1975

FAÇONS DE PARLER, 1987

LES CADRES DE L'EXPÉRIENCE, 1991

ASILES

Études sur la condition sociale
des malades mentaux et autres reclus

TRADUCTION DE LILIANE ET CLAUDE LAINÉ
PRÉSENTATION, INDEX ET NOTES DE ROBERT CASTEL

Note concernant la traduction.

Le texte traduit par Liliane Lainé avec la collaboration de Robert Castel et de Claude Lainé est celui des éditions Anchor Books, Double day and Company, New York, 1961, qui rassemble quatre études écrites et publiées d'abord séparément. Cette formule imposait des répétitions, dont nous avons cru pouvoir supprimer un certain nombre avec l'autorisation de l'auteur. Nous avons également obtenu l'accord du Professeur Goffman pour alléger et adapter aux traditions françaises certains passages d'introduction et de transition. Pour faciliter la lecture, nous avons titré les principales subdivisions indiquées par un simple chiffre romain dans l'édition originale, et isolé par un sous-titre en italique les principales idées directrices des deux premières études. Nous remercions le Professeur Goffman d'avoir bien voulu lever pour nous quelques ambiguïtés de traduction.

LES ÉDITIONS DE MINUIT

Titre de l'édition originale :

ASYLUMS

PRÉSENTATION

Dans le domaine de la pathologie, on peut découper un premier groupe sémantique qui situe la maladie mentale et son étude dans la sphère de l'existence privée. La série fou-folie-délire-fantasme-autisme, etc. place au cœur de la subjectivité malade le lieu existentiel du déséquilibre psychique. Ce champ exige — et a sans doute trouvé avec la psychanalyse — une approche théorique spécifique, qui serait la science de l'activité fantasmatique en tant que telle. En dépit des jeux de mots que semble autoriser l'ambiguïté du concept d'aliénation, les données que permet de recueillir cette exploration de l'intériorité ne sont pas directement compatibles avec les exigences de l'objectivité sociologique. La « folie » devient objet de sociologie à travers l'étude des rationalisations collectives qu'elle suscite et des institutions que la société élabore pour s'en défendre. Mais il ne s'agit plus alors de se laisser fasciner par l'exotisme quotidien de la maladie mentale. Au contraire: il existe une affinité structurale entre pathos et pathologie qui bloque la démarche scientifique et s'impose à chaque fois qu'en dehors des cadres de référence de la psychiatrie ou de la psychanalyse on prend pour point de départ l'expérience de la maladie mentale constituée dans le vécu malade. On montrerait aisément que tout énoncé sur la folie élaboré sur la base d'une pareille intuition « phénoménologique » se contente de lier par des artifices rhétoriques les innombrables prénotions sur la maladie mentale.

Le paradoxe épistémologique.

Pour rompre avec la confusion du psychologique et du sociologique, du privé et du public, il faut opérer une coupure théorique qui substitue à la constellation sémantique de l'aliénation mentale celle de l'aliénation sociale:

© by Doubleday & Company, Inc.
© 1968 Traduction by LES ÉDITIONS DE MINUIT
www.leseditionsdeminuit.fr

ISBN / 978-2-7073-0083-6

l'interné remplace le fou comme le premier terme de la série interné-hospitalisé-asilisé-incarcéré-encaserné-cloî-tré-reclus, etc. L'intérêt porté à l'établissement social qui institutionnalise la maladie mentale, l'hôpital psychiatrique avec ses traditions, son organisation, son personnel et ses fonctions sociales, permet de mener l'analyse sur un plan nouveau, celui de l'objectivité sociale. Ce n'est qu'à la condition d'admettre la nécessité de ce déplacement théorique que l'on sera en mesure de saisir le sens de la gageure d'Asiles : un ouvrage concerné au premier chef par le problème de l'internement des aliénés paraît s'acharner à méconnaître la raison de leur isolement, leur maladie, pour traiter de l'institution hospitalière comme d'un établissement social quelconque spécialisé dans le gardiennage des hommes. Ce qui pourrait apparaître comme une fuite ou une défense devant la spécificité du vécu pathologique s'inscrit dans un projet conscient dont les mésaventures du confusionnisme préscientifique justifient déjà a contrario la position de principe ; on comprend aussi que la théorie proposée de l'hôpital doive se situer sur un plan d'emblée différent de celui des interprétations psychiatriques ou psychanalytiques les plus légitimes à un autre niveau.

Mais l'exigence du détour ne constitue encore qu'un des aspects du paradoxe de l'objectivité. La rupture avec la présence brute de la maladie mentale brise en même temps l'affinité de la pathologie et du pathos et tous les effets de dramatisation facile entretenus par le discours mondain sur la folie. La volonté de parler banalement du drame pour le donner simplement à voir tel qu'il est, cerné dans ses asiles, signifie que le tragique vrai cesse de constituer un prétexte à effusions sentimentales, morales, métaphysiques, religieuses, etc., pour exister désormais comme question réelle posée dans et par l'organisation sociale. Il ne faut donc pas s'y tromper : la neutralité du ton est à la mesure de la maîtrise de l'objet, aussi apparemment détachée, aussi profondément complice, et représente exactement le contraire de l'indifférence du conformisme objectiviste. L'objectivité est ici la forme scientifique de l'engagement, qui justifie son parti pris pour l'objet. Ainsi Asiles est écrit du point de vue des internés, à partir du cadre de référence qui leur est propre,

comme tout livre d'ethnologie qui rend justice à la culture étrangère en refusant de la défigurer par les indignations ou les rationalisations de l'ethnologue, est écrit du point de vue des indigènes.

Enfin, conséquence ultime du paradoxe de l'objectivité : dans la mesure où le malade mental n'épouse pas spontanément les vues de l'institution et s'affronte souvent au personnel hospitalier, le psychiatre, à première vue, peut pâtir de la décision de reconstruire pour lui-même le système des raisons qui font agir les patients. En rompant ainsi avec l'optique généralement adoptée par les représentants officiels de l'hôpital, Asiles ne ferait pourtant, au pire, que rétablir un certain équilibre, puisque les médecins et les administrateurs de l'hôpital disposent déjà de leurs propres discours justificateurs. Cependant, même s'il était vrai que le sociologue peut difficilement être en même temps « du côté » du « soignant » et du « soigné », du gardien et du gardé, du nanti et du dépossédé (comme l'ethnologue a grand-peine à épouser le point de vue du missionnaire ou de l'administrateur colonial en même temps que celui de l'indigène), le psychiatre que ne scandaliseraient pas ces analogies et qui accepterait la vérité de leur injustice dans le cadre de l'institution y trouverait son compte : le discours antagoniste mais complémentaire du sien qui explicite systématiquement toutes les justifications non pathologiques du comportement des malades reprend en charge la totalité des conditions au sein desquelles le thérapeute et le patient pourraient travailler solidairement à restaurer la santé. Quant à celui qui n'est ni psychiatre ni malade, il découvrira que le détour par les frontières du pathologique constitue la meilleure introduction à ce que les sociologues, désespérant d'y parvenir par des voies directes, abandonnent le plus souvent aux moralistes : la définition de la vie normale.

La reconstruction de l'objet.

La texture d'Asiles est donc faite essentiellement de la description prosaïque de l'existence à l'hôpital telle que la vivent les malades : comment ils mangent, dorment et

travaillent, intriguent pour humaniser leur environnement en se procurant de menus privilèges, comment se font et se défont les amitiés et les haines, se constituent les coteries et les clans dans la promiscuité des salles de séjour ou des équipes de travail, quels rapports, de la complicité précaire à l'antagonisme larvé, unissent et opposent les malades au personnel de l'hôpital. Bref, c'est la litanie obsédante de l'existence journalière des quartiers dans le temps figé de la détention, à peine rythmé par les quelques fêtes rituelles de l'institution, kermesses, bals, Noël des malades, soirées de charité, dérisoires comices dans ce que Flaubert appelle la litière du quotidien et dont on éprouve ici toute la monotone pesanteur.

Dans la mesure où il épouse le désordre apparent des conduites des patients, ce mode de récit risque de passer pour une forme d'empirisme, si l'on entend par là l'idéologie qui affirme partir des faits, croit en faire l'inventaire et prétend les interpréter sobrement en restant au niveau où ils se donnent. Pourtant la collecte scrupuleuse des données parcellaires ne suppose ici nulle adhésion au réel tel qu'il est naïvement vécu, tout au contraire: le pointillisme de l'observation représente la méthode adéquate pour rendre compte de la sérialisation de toutes les conduites sous l'effet des contraintes objectives de l'institution hospitalière. C'est l'organisation de la vie en hôpital qui exige cette description atomisante en lui offrant un objet atomisé, la multitude des conduites apparemment dénuées de sens, qu'il faut d'abord répertorier comme elles se présentent, par fragments brisés. Mais cette ethnologie pointilliste suppose la référence totalisante à l'institution, dans la mesure où seule la connaissance des contraintes institutionnelles est susceptible de rendre intelligible cette poussière de comportements. L'institution représente, de ce fait, l'unité réelle d'analyse. Elle impose d'abandonner le point de vue de l'objet donné (l'arbitraire apparent des conduites parcellaires) pour reconstruire la rationalité cachée de l'adaptation à un univers cohérent, celui d'un établissement social qui, en légiférant autoritairement sur tous les domaines de la conduite de l'interné, brise la souplesse des ajustements et l'enchaînement harmonieux des rôles de la vie normale et dérobe à toutes les initiatives leur sens autonome. L'«institution totalitaire»

constitue en fait le seul principe de totalisation pour ces totalités détotalisées que représentent les comportements des reclus.

L'institution totalitaire n'est donc pas seulement l'établissement hospitalier donné à l'observation avec son mode spécifique d'organisation, ses procédures de recrutement du personnel, ses traditions, ses pratiques et ses idéologies particulières. En tant qu'institution sociale, elle rassemble la plupart des traits structuraux qui caractérisent un groupe d'établissements spécialisés dans le gardiennage des hommes et le contrôle totalitaire de leur mode de vie: l'isolement par rapport au monde extérieur dans un espace clos, la promiscuité entre reclus, la prise en charge de l'ensemble des besoins des individus par l'établissement, l'observance obligée d'un règlement qui s'imisce dans l'intimité du sujet et programme tous les détails de l'existence quotidienne, l'irréversibilité des rôles de membre du personnel et de pensionnaire, la référence constante à une idéologie consacrée comme seul critère d'appréciation de tous les aspects de la conduite, etc., tous ces caractères conviennent à l'hôpital psychiatrique aussi bien qu'à la prison, au couvent, au cantonnement militaire ou au camp de concentration.

Parler d'institution totalitaire à propos de l'hôpital psychiatrique suppose donc que l'on puisse briser la particularité d'une configuration culturelle spécifique pour définir des invariants communs à un type général d'organisation sociale; il faut ensuite pouvoir regrouper ces invariants pour construire un modèle théorique au sein duquel chaque établissement représente un type empirique de groupement; on peut alors découvrir, en deçà de la forme particulière que revêt chacune de ces organisations, la présence de contraintes objectives identiques qui commandent l'équilibre des pouvoirs, la circulation des informations et le type de rapports obligés entre les membres.

Épreuves et enjeux.

Si l'on accepte de se placer à ce point de vue, les justifications autorisées à travers lesquelles les représentants

officiels d'une institution prétendent faire la théorie de leur pratique, sans être nécessairement fausses, doivent être rapportées à l'ensemble des conditions qui déterminent la structure objective de l'institution. Le médecin parle de guérison, le père-abbé de salut, l'administrateur de prison de sécurité, l'officier de discipline, le gardien de camp de concentration d'épuration, etc. Ces idéologies particulières masquent les ressemblances entre les fonctions sociales assumées par ces différents établissements et risquent ainsi de rendre aveugle aux identités profondes. En revanche, la découverte d'homologies structurales entre l'organisation objective des soins donnés aux malades mentaux, les techniques d'entraînement des militaires, les précautions de sécurité dans les prisons ou les exercices de piété religieuse dans les couvents, fournit un fil conducteur pour dégager une rationalité des comportements qui ne doit rien à leur signification manifeste ni aux rationalisations de leurs porte-paroles. Les différentes institutions se laissent alors ordonner selon un continuum objectif en tant qu'elles brodent des variations plus ou moins importantes sur les thèmes communs de l'isolement et du contrôle totalitaire de l'individu. Les techniques, les tactiques et les stratégies particulières pour neutraliser, changer ou réduire à merci les reclus en découlent.

Une pareille méthode représente donc exactement le contraire d'un empirisme dans la mesure où le modèle théorique commence par briser les rapports immédiats d'opposition ou de ressemblance entre les faits pour en reconstruire l'organisation rationnelle selon la logique cachée qui les rassemble. Cependant, si l'interprétation est cherchée à la distance maximale des faits donnés et des rationalisations immédiates, elle représente néanmoins le vrai niveau de théorisation qui convient aux données empiriques, car c'est seulement de ce point de vue que tous les faits, tels qu'ils ont été décrits et répertoriés, s'ordonnent dans un ensemble systématique. De même que chez Spinoza la découverte de la vérité d'une donnée sensible quelconque, comme la perception du soleil à deux cents pas, exige le détour par une théorie de la physique dont la garantie n'est pas qu'elle ressemble au fait, mais qu'elle organise en une totalité cohérente, selon une même loi, un ensemble de faits qui ne se ressemblent

pas davantage entre eux, de même ici la cohérence des pratiques hospitalières est cherchée au niveau de la reconstruction systématique de leur signification à partir d'une théorie générale des fonctions sociales assumées par tout un ensemble d'établissements apparemment hétérogènes les uns par rapport aux autres. Les lois générales d'organisation données dans le concept d'institution totalitaire procurent donc le principe d'une distanciation théorique grâce à laquelle on ne risque pas de confondre les fonctions objectives d'une institution avec les rationalisations que ses porte-parole officiels en donnent; elles replacent, selon la judicieuse distinction de Wright Mills, les épreuves concrètement vécues par les agents sociaux dans le cadre des enjeux objectifs qui commandent leur drame; elles rendent inutile, enfin, le recours à un appareillage statistique pour dépasser les limites de la monographie et accéder au stade de l'objectivité scientifique: la «bonne analyse», ici, n'est ni celle qui épuise la multitude indéfinie des faits empiriques, ni celle qui mesure une marge quantitative d'erreur en fonction de l'idéal de la rationalité mathématique. C'est celle qui ordonne sans résidu l'ensemble des faits significatifs selon un modèle construit et impose ainsi un nouvel ordre rationnel, plus simple et plus cohérent, pour expliquer les conduites réelles des agents sociaux¹.

1. C'est pourquoi, s'il faut transporter certaines des analyses d'*Asiles* pour les adapter à la situation des hôpitaux psychiatriques français, on ne saurait minimiser la vertu critique de l'ouvrage en alléguant qu'il décrit la situation de la psychiatrie aux États-Unis. Certes, la psychiatrie publique américaine (celle qui est pratiquée dans les hôpitaux d'État) a, et à juste titre semble-t-il, une plus mauvaise réputation que la psychiatrie publique française. Mais d'une part *Central Hospital* est, en dépit de son gigantisme, un établissement organisé en fonction de principes libéraux et doté de ressources matérielles et médicales que pourraient envier bien des services français. Surtout, une pareille objection méconnaîtrait profondément la portée de la méthode d'*Asiles*: il ne s'agit pas de se demander si telle ou telle pratique (le déshabillage des malades à l'admission, l'électro-choc, l'ergothérapie, etc.) a cours ou non ici ou là; il s'agit de saisir le principe d'intelligibilité qui ordonne la cohérence de pratiques dont aucune, dans sa particularité empirique, n'est nécessaire, mais dont l'ensemble conspire à réaliser la même fonction objective.

L'approche sociologique de l'hôpital.

À partir de ces catégories d'analyse, l'organisation de la vie hospitalière apparaît commandée par un certain nombre de coupures, et des oppositions proprement sociologiques (structurales et objectives) remplacent l'opposition (psychologique et, pour une part, subjective) de la maladie et de la santé.

La première coupure se définit par rapport au monde extérieur. L'isolement écologique et humain de l'hôpital le constitue en microcosme social au sein duquel l'existence est vécue en négatif par rapport à la vie normale, dans une durée vide encadrée par la rupture de l'avant et de l'après, de l'admission et de la sortie.

La coupure interne entre le personnel et les malades transpose et reprend au sein même de l'établissement cette opposition du dehors et du dedans et fournit le principe dynamique de la vie sociale dans l'institution : le personnel représente les normes, les mythes et les pouvoirs de la vie normale pour des sujets définis par l'abolition de tous les privilèges d'une existence libre. Le « soignant » par rapport au « soigné », c'est aussi l'homme libre par rapport au prisonnier, le nanti par rapport au pauvre, le savant par rapport à l'ignorant, celui qui détient une position sociale définie par son travail à l'hôpital, tandis que l'absence de statut autonome caractérise la situation de malade, celui qui existe dans sa propre durée et agit en fonction de ses propres décisions, alors que le malade vit dans une temporalité figée et n'a aucune initiative personnelle, etc. Toutes ces dimensions viennent surdéterminer le rapport thérapeutique qui se détache sur le fond d'un conflit entre deux groupes antagonistes revêtant tous les attributs objectifs d'une lutte de classes puisque d'un seul côté se trouvent monopolisés le savoir, le pouvoir et la liberté et, de l'autre, l'ignorance, la dépossession de soi et la dépendance. L'aliénation du malade prend ici un sens nouveau : il est aliéné au second degré par la maladie parce que la maladie est institutionnalisée dans un espace social dont toutes les caractéristiques lui imposent les déterminations majeures de la servitude.

Cette coupure est telle enfin qu'elle fige le dynamisme de la vie hospitalière. Dans ce milieu clos les conflits ne sont source de changement que dans les limites très étroites de jeu entre les structures rigides de l'institution. L'asilation exemplifie ce processus spécial d'adaptation à un univers clausttral où le compromis de l'homme et de l'institution dans un temps immobile réalise la symbiose passive de l'initiative et de la répétition : la réussite des expédients journaliers et les conquêtes de détail qui améliorent le statut précaire du malade supposent l'intériorisation de la contrainte, si bien que la meilleure adaptation à ce milieu telle qu'on l'observe chez de vieux hospitalisés équivaut à l'impuissance à vivre dans tout autre milieu. Mais qu'il accepte la loi de l'institution ou qu'il se révolte contre elle, le malade tourne toujours dans le cercle défini par le règlement, dans un univers qui secrète ses propres signes de réussite, ses symboles de prestige, ses voies de promotion interne, et même la marge de déviance autorisée par rapport à des normes immuables. La rébellion est stérilisée dans son principe par l'établissement qui réinterprète selon sa propre logique toute velléité d'autonomie et impute à la pathologie du patient tous les comportements qui ne se plient pas à ses normes. L'échec de la révolte n'est que l'envers de l'échec inscrit au cœur de la réussite de l'adaptation que représente l'« installation » dans l'établissement. Cette figure limite de la pathologie asilaire permet de lire la vérité de l'hôpital comme milieu anti-thérapeutique. L'intériorisation complète de la répression, ou la servitude devenue nature, est la conséquence paradoxale de la socialisation institutionnelle lorsqu'elle est menée à son terme.

Le discours psychiatrique sur l'hôpital.

Il convient cependant de ne pas esquiver la difficulté fondamentale sur laquelle débouche inévitablement une pareille interprétation : l'hôpital, même psychiatrique, est aussi un milieu où l'on soigne et où assez souvent même on guérit des malades. Quel est dès lors le rapport entre l'interprétation de l'hôpital comme institution totalitaire

et la version qu'en donnent ses représentants officiels, les médecins et les administrateurs de la santé mentale ?

Les psychiatres proposent, comme il est normal, une interprétation de l'établissement en fonction de leur souci thérapeutique et toutes les structures manifestes ou latentes de l'institution, toutes les conduites qui s'y déroulent, peuvent être pensées comme des auxiliaires ou des obstacles du point de vue de la guérison. Une pareille version présente à son tour un certain nombre de caractéristiques objectives.

Premièrement, elle tend à assimiler l'institution à un réseau de rapports symboliques de l'ordre d'un langage. Parler de « discours psychiatrique », c'est exprimer le caractère dominant de la pratique psychiatrique moderne, telle du moins qu'elle prétend être ou voudrait être : dans l'optique médicale, l'hôpital tend littéralement à devenir un lieu où l'on parle, c'est-à-dire le cadre dans lequel on propose aux malades un certain langage dont l'acceptation conditionne la guérison, et où l'on fait jouer des rapports symboliques en vue de restructurer l'organisation fantasmatique du sujet malade. La prolifération actuelle des réunions dans les services ne fait qu'institutionnaliser cette perception de l'hôpital comme milieu thérapeutique par le verbe ou par des équivalents fonctionnels du verbe².

2. Cette tendance est surtout accusée, en France, dans ce courant moderne dit de « psychothérapie institutionnelle » sur lequel nous reviendrons. Cf. par exemple Jean Oury : « Quelques problèmes théoriques de médecine institutionnelle », *Recherches*, septembre 1967, p. 218 ; « Le Collectif, en effet, se présente comme étant également un ensemble de signes ; il est parlant (...). Du fait qu'il y a là un ensemble de personnes qui vivent, il y a quelque chose de l'ordre du langage. C'est dans ce sens que nous avons parlé de l'existence dans un Collectif d'un système clos comme un langage, un système signifiant. (...) Nous comparons souvent l'institution à un poème » (p. 222). J. Oury ajoute pourtant : « Dire cela n'exclut pas, bien au contraire la dimension socio-économique de ce qui est mis en place pour faire fonctionner le Collectif. Tout ce qui sera articulé dans la suite dépend foncièrement d'une certaine praxis : celle de la production. Car une Institution psychiatrique ou autre n'échappe pas à ces lois. Suivant l'architectonie de ces rapports de production, nous pouvons préjuger de la possibilité d'agir ou non au niveau du matériau réel que sont les systèmes fantasmatiques » (p. 217). Toute la question cependant est de savoir — nous y reviendrons — si toutes ces dimensions peuvent s'inscrire dans le même « arrimage symbolique ».

Deuxièmement, construits autour de l'opposition de la maladie et de la santé, les concepts opératoires de ce discours ont une origine et une portée psychologique et ils visent une fin directement pratique, la guérison ou la rémission de la maladie. Aussi, même lorsque la réalité de l'institution est prise en compte, comme à travers les expressions de « psychothérapie institutionnelle », « pathologie institutionnelle », « transfert et contre-transfert institutionnels », « identification à l'institution », etc., ses tenants tendent à assimiler sa structure objective globale à un collectif de soins.

Troisièmement, par rapport à la conscience que les malades eux-mêmes peuvent prendre de leur situation, c'est le seul langage à la fois savant et englobant : il bénéficie des seules garanties de scientificité reconnues dans le milieu médical et toutes les pratiques, même les plus insignifiantes en apparence, peuvent être réinterprétées en fonction de ses critères : la manière de fumer une cigarette ou de disposer son couvert peut avoir autant de valeur diagnostique qu'une tentative de meurtre ou de suicide.

C'est aussi, au sein de l'hôpital, le seul discours puissant. Il commande la répartition du pouvoir parmi le personnel — la place dans la hiérarchie hospitalière est directement fonction du savoir qu'il représente — et des gratifications parmi les malades : les menus privilèges, les affectations dans les quartiers, enfin et surtout le souverain bien, la sortie, sont octroyés en fonction de ses appréciations.

Enfin, il se donne pour un langage universel, tout en restant quasi monopolisé par les responsables officiels de l'organisation : il est tenu sur le malade, en principe pour lui, mais, sauf exceptions très rares, jamais par lui. Dès lors l'essentiel des efforts dépensés par les psychiatres, tels qu'ils apparaissent à travers la plupart des initiatives thérapeutiques modernes, consiste à essayer d'annuler les tendances aristocratiques et totalitaires enfermées dans leur propre discours. La sincérité de ces efforts ne doit cependant pas dissimuler qu'ils se heurtent à deux obstacles fondamentaux. Si le médecin essaie de recourir au dialogue, à tous les niveaux, pour surmonter cette difficulté, son statut institutionnel lui donne le pouvoir de peser au moins autant sur le destin du malade par ce

qu'il fait au niveau de décisions administratives que parce qu'il dit dans ses rapports informels avec le personnel ou les malades³. Surtout il est, tout bien considéré, plus facile de lutter contre les caractères régressifs de l'institution hospitalière sous la forme objective qu'ils prennent à travers une hiérarchie rigide, une organisation de l'existence quotidienne sur le modèle de la caserne, l'opposition du personnel administratif aux initiatives de l'équipe médicale, etc., que contre la manifestation la plus subtile d'un rapport biaisé à la vérité qu'impose la présence même du psychiatre, et dont celui-ci ne peut s'abstraire complètement sans nier son rôle. Le rapport malade-médecin actualise un cas particulier de la relation de service, qui met en présence un «client» et un «spécialiste», c'est-à-dire un ignorant et un savant. Mais la science du savant porte ici sur le client lui-même, elle veut être savoir de l'ignorant et de son ignorance et rien, semble-t-il, ne peut annuler cette dénivellation⁴.

En allant jusqu'aux frontières de l'injustice, on se risquerait à dire que le psychiatre est toujours — c'est-à-dire dans chaque acte thérapeutique — en danger de se trouver dans la situation de l'ethnologue pré-scientifique en face de l'indigène : son «écoute» du malade doit se défendre de prêter à l'interlocuteur ses propres rationalisations au lieu de reconstruire une «culture» du malade qui ne doit rien, d'abord, aux hypothèses de la psychiatrie ou de la psychanalyse. L'ethnocentrisme de classe de nombre

3. En témoigne cette anecdote exemplaire d'une malade demandant au médecin, après une réunion «informelle» où l'on a librement débattu de la «pathologie institutionnelle» : «Docteur, quand m'accorderez-vous ma sortie?»

4. On pourrait se demander dans quelle mesure la psychanalyse ou certaines formes de psychothérapie sont susceptibles de modifier ce type de rapport. De toute façon, elles ne touchent qu'une proportion très faible des malades hospitalisés. Mais, surtout, il est probable que la distance instituée par le savoir psychiatrique entre le médecin et le malade demeure constante et a même tendance à se creuser lorsque l'on passe de la douche du XIX^e siècle à l'électro-choc du XX^e et aux formes les plus modernes de psychothérapie. C'est une raison très sérieuse de penser que la valeur des analyses d'*Asiles* ne peut être mise en cause par les éventuelles différences (à la vérité très faibles) que l'on pourrait observer entre les techniques thérapeutiques qui ont cours dans les hôpitaux américains et dans les hôpitaux français.

de médecins, d'autant plus agissant qu'il reste presque toujours inconscient, vient fréquemment redoubler la difficulté : manquant du minimum de complicité nécessaire pour participer sans condescendance aux références «populaires» qui sont celles de la majorité des malades des hôpitaux comme de la plupart des infirmiers, il leur arrive de «décrypter» avant même d'avoir reçu pour lui-même et simplement décodé le message du patient.

La «culture» du malade.

Dresser en face de cette version médicale une théorie de l'hôpital comme institution totalitaire, c'est premièrement se donner le moyen d'équilibrer une interprétation fonctionnaliste de la vie hospitalière à partir d'une finalité unique, la santé, par une analyse en termes de conflits, d'antagonismes et de contradictions ; c'est ensuite découvrir la raison de l'ambiguïté fondamentale des conduites dans la dualité des fonctions hospitalières, et c'est finalement dénoncer le malentendu comme la racine cachée de l'existence asilaire.

Toute conduite devient en effet susceptible d'une lecture selon deux grilles différentes d'interprétation, qui ont chacune leur propre cohérence et leurs propres critères de scientificité. Soit la pratique fréquente dans les hôpitaux de fouiller les ordures à la recherche de quelque déchet utilisable, ou le refus de parler aux autres malades ou au personnel, ou ces nombreux petits scandales qui détériorent le statut du malade au sein de l'hôpital et retardent fréquemment sa sortie, etc. Il existe évidemment une ou plusieurs versions médicales pour interpréter chacune de ces pratiques comme autant de symptômes d'un état pathologique. Mais ces conduites — que l'on observe aussi dans les camps de concentration, les prisons, chez certains militaires ou religieux en rupture de caserne ou de couvent, etc. — peuvent aussi bien s'interpréter par référence aux conditions d'existence aménagées par l'institution, avec, entre autres, la situation de pénurie dans laquelle se trouve placé le malade, la nécessité qu'il éprouve fréquemment de se défendre contre l'image dégradante de lui-même que lui renvoie l'hôpital, sa peur de se voir

relégué, à la sortie, dans une situation infamante d'ancien malade pire encore peut-être que celle de malade dans un milieu protégé, etc. À la limite, de tels comportements peuvent représenter le mode d'adaptation le plus rationnel compte tenu de l'ensemble des conditions objectives du milieu dans lequel ils s'exercent.

L'existence de plusieurs grilles d'interprétation pour une même conduite ne revêt aucun caractère exceptionnel et deux versions d'un même fait peuvent fort bien demeurer antagonistes sans être contradictoires. Cependant le conflit des interprétations est ici dramatisé parce qu'elles entrent nécessairement en concurrence dans la vie asilaire et que leur rivalité place les rapports sociaux concrets à l'hôpital sous le signe de l'affrontement ouvert ou larvé et du malentendu. Le médecin, en effet, ne peut réaliser sa tâche thérapeutique qu'en faisant reconnaître son interprétation de l'état du malade par le malade lui-même, tandis que l'intériorisation de cette version médicale représente pour le patient la démission de sa prétention à se comprendre lui-même à partir de son propre système de référence : s'accepter comme malade, c'est se résigner à manifester des symptômes au lieu de produire des actes, et renoncer à toute autre justification de sa conduite que celles qu'ils signifient dans le système sémiologique de la psychiatrie ou de la psychanalyse.

Faire la sociologie de l'hôpital, c'est donc en premier lieu restituer aux conduites des malades le sens spontané que l'interprétation psychiatrique commence par leur dérober ; c'est prêter une voix au malade lui-même et, comme en psychanalyse, remplir les blancs laissés par le patient dans ses paroles et dans ses actes. Mais ici le système des raisons implicites dévoilées par la théorie renvoie à la culture propre du malade telle qu'il l'a héritée de son milieu social et à l'ensemble des conditions objectives dans lesquelles il se trouve actuellement placé. À la lumière d'une théorie générale de l'adaptation aux organisations sociales, la plupart des conduites des internés apparaissent comme des réponses adéquates à la problématique objective de la survie du moi dans une situation sociologique réelle. En supposant une rationalité aux plus humbles comportements des malades, le sociologue fait au sens commun un crédit qui se trouve payé de retour :

lorsqu'on prend en compte la totalité de ses raisons d'agir, le malade est toujours moins fou qu'il n'apparaît dans le système des raisons médicales, comme l'ignorant est toujours moins stupide qu'il ne semble à l'homme cultivé si l'on interprète sa conduite à partir de sa propre culture, au lieu d'y voir de simples manquements à la rationalité savante. Ici les contraintes de l'institution hospitalière sont assez prégnantes pour réhabiliter, sous la dure loi du principe de réalité ramené à ses exigences impitoyables, les prosaïques expédients qui forment, par la force des choses, l'essentiel de cet usage populaire de la rationalité : la débrouillardise qui investit les fins de l'institution pour en faire des moyens de la réalisation de ses propres fins, la fronde calculée, la lucidité modeste, la révolte prudente, la tolérance amusée à l'égard de la prétention des savants et des puissants, vertus à demi résignées seulement de ceux qui subissent, tous ces usages modérés de l'intelligence sont le fait d'hommes apparemment démunis devant une légitimité imposée du dehors, qui luttent avec leurs seules ressources pour survivre, sauvegarder un minimum de liberté et de dignité et glisser leur volonté de bonheur dans les failles d'une organisation qui n'est pas faite pour eux. Le « mauvais esprit » des chambrées, des prisons, des internats, des fabriques, des usines de montage à la chaîne, et aussi des malades, c'est une certaine revanche de l'humanité brimée qui se défend par le refus contre l'unilatéralité des idéologies dominantes.

La naïveté savante.

Mais la sociologie — ou plutôt une certaine sociologie, dont on trouve dans Asiles une illustration exemplaire — ne se contente pas d'équilibrer les prétentions totalitaires des discours savants. En sauvant tout ce qui, dans la conduite des malades, n'est pas justiciable d'une interprétation en termes de pathologie, elle amorce, au sein de l'hôpital, un retournement dont la portée théorique est considérable. Ces deux versions de la vie hospitalière ne sont pas en effet sur le même plan. Dans la mesure où les malades parviennent tant bien que mal à mettre en œuvre un système de défenses qui est celui de tous

les dépossédés en situation de faire face à la pénurie des moyens matériels et à l'inhumanité d'une organisation tyrannique de leur existence, le sens de toutes les conduites hospitalières se trouve décentré par rapport aux buts que pose et que se propose l'institution. Les fins du sujet sont fonction des fins que l'organisation prétend lui imposer, mais aussi des intérêts des malades dont l'établissement ne tient pas compte ou qu'il réprime, et que le malade réussit à satisfaire indirectement en réinterprétant selon sa propre logique les normes officielles. Ainsi il «jouera le jeu» de l'ergothérapie pour échapper à l'ambiance déprimante du quartier, il participera au psychodrame pour se procurer des occasions de rencontres hétéro-sexuelles, ou il ira à une conférence pour être assis confortablement et fumer en paix. Mais cette ambiguïté des conduites, qui est à l'origine d'un nombre infini de malentendus, non seulement réfute la prétention unilatérale du discours psychiatrique, mais dévoile ce que l'on pourrait appeler sa naïveté savante, l'oubli de certains des déterminismes réels qui structurent la vie hospitalière et garantissent les conditions objectives sans lesquelles un pareil langage ne peut être tenu.

L'interprétation uniquement psychiatrique de la structure hospitalière apparaît donc comme une variante adaptée à ce milieu particulier des explications de la psychologie sociale dont les limites et les faiblesses se révèlent aussitôt qu'elle s'enferme dans ses prémisses psychologisantes : construite alors sur l'oubli de l'histoire, la méconnaissance des déterminismes objectifs et des fonctions assumées par l'institution dans la société globale, elle découpe dans la totalité institutionnelle un niveau d'approche pragmatique, légitime mais limité (le point de vue de la maladie et de la guérison), et prétend reconstruire à partir de cette abstraction une théorie globale de l'institution hospitalière. En dépit de son vocabulaire savant, elle reste ainsi une idéologie de la pratique immédiate et c'est elle qui représente le véritable empirisme en ne marquant aucune distance par rapport à ce qui est censé se faire au niveau de la doctrine officielle de l'hôpital et en prenant son objet comme donné d'avance dans le cadre intersubjectif des rapports humains, au lieu de le reconstruire socialement et historiquement en fonction

de l'ensemble des conditions objectives qui déterminent ce type de relations face à face.

La distance entre les deux versions possibles de l'existence asilaire apparaît encore plus grande lorsqu'on prend en compte les conditions sociologiques de l'adhésion au langage médical. Le personnel participe d'autant plus à ce langage qu'il a davantage partie liée avec les intérêts de l'institution, c'est-à-dire qu'il est plus haut placé dans la hiérarchie professionnelle, qui recouvre à peu près la hiérarchie sociale. Ainsi les infirmiers des équipes ordinaires se trouvent beaucoup plus proches que les médecins des interprétations spontanées que les malades eux-mêmes donnent de leur conduite. Dans la mesure où ces infirmiers sont aussi les plus au fait des conditions quotidiennes de la vie des malades, l'idéologie médicale risque, à défaut de vigilance constante, de se trouver d'autant plus assurée d'elle-même qu'elle prend davantage de distances à l'égard de la situation sociale réelle des malades pour se donner comme discours autonome⁵. On comprend dès lors que le reproche de naïveté puisse s'inverser dialectiquement ou, plus exactement, en fonction de la position occupée dans la structure socio-hospitalière. Ainsi l'interprétation la plus subtilement psychanalytique d'un comportement risque toujours de paraître naïve à un sujet parfaitement conscient de certaines de ses motivations commandées par une situation objective ignorée du médecin. Dès lors, s'il avait lu Freud, le malade le plus fruste serait sans doute le mieux placé pour rappeler l'une des grandes leçons du fondateur de la psychanalyse, à savoir que les lapsus de la rationalité inconsciente se lisent toujours à travers les failles de l'adaptation quotidienne, et que c'est une maxime de paresse d'avancer une interprétation psychanalytique avant d'avoir fait un inventaire aussi complet que possible du système des raisons manifestes.

5. Même dans le corps médical proprement dit, on peut se demander si les théories les plus savantes sont toujours élaborées par les praticiens les plus engagés dans l'expérience hospitalière. On observe souvent, au contraire, une tendance à prendre le bon sens du «vieux psychiatre classique» — qui enveloppe une profonde connaissance sociologique spontanée de l'institution — pour de l'inculture médicale ou de l'incurie théorique.

Le « beau nom d'asile ».

La présentation d'un tel type idéal de discours psychiatrique pourrait passer pour injuste si elle n'avait pour but de signaler une tentation totalitaire d'autant plus dangereuse qu'elle se contente de systématiser les conditions d'une pratique légitime. En dénonçant le risque que court la théorie la plus savante de la pratique hospitalière de devenir aussi la plus idéologique, c'est-à-dire celle qui autorise la plus grande distorsion entre les comportements effectifs et leurs rationalisations, une pareille méthode invite à prendre conscience de l'importance primordiale d'une autre fonction assumée par l'hôpital, et qui ne doit rien au souci thérapeutique. Cette dualité des finalités de l'hôpital commande en effet l'antagonisme des discours qui coexistent en son sein, explique l'ambiguïté des pratiques et se trouve à l'origine de tous les malentendus. Casimir Pinel l'exprimait dès 1861 avec une parfaite clarté : « Ce n'est point de gaieté de cœur que l'on songe à isoler un aliéné; nécessité vaut loi. La calamité est dans la folie, non dans la mesure. Guérir s'il est possible, prévenir de dangereux écarts, tel est le devoir imposé par les lois de l'humanité et de la préservation sociale⁶. »

Cette référence à un psychiatre du XIX^e siècle n'est pas arbitraire si l'on veut comprendre dans la ligne d'Asiles la tentative de reconstruction complète de cet objet sociologique qu'est l'hôpital psychiatrique. L'histoire de l'institution confirme les résultats de l'analyse sociologique en montrant comment a été mise en place une structure complexe dont l'articulation délicate demeure la clef des apories de la situation actuelle. L'hôpital psychiatrique s'est constitué au XIX^e siècle — sous le « beau nom d'asile », disait Esquirol — comme une tentative de synthèse entre cette double exigence sociale de guérir des malades et de neutraliser des déviants « dangereux pour eux-mêmes et pour autrui ». La conjonction concertée d'une institution, l'asile, espace social neutralisé au sein duquel peut se

6. Casimir Pinel, « De l'isolement des aliénés », *Journal de médecine mentale*, t. I, 1861, p. 181 (il ne s'agit évidemment pas du « libérateur des aliénés » de l'époque révolutionnaire mais de son neveu, psychiatre directeur d'un asile privé dans le second tiers du XIX^e siècle).

réinstaurer par la discipline un ordre nouveau annulant le désordre de la folie, d'un personnage, le psychiatre, dont l'autorité réalise la synthèse de la bienveillance et de la loi, et d'une définition sociale de la maladie mentale en termes essentiellement moraux, anomie perturbatrice de l'ordre, a permis à la plupart des contemporains — tout au moins à la plupart des psychiatres — de se dissimuler la profondeur de l'antagonisme. La réussite apparente de l'asile, la politique progressiste d'assistance aux malades mentaux poursuivie dans le second tiers du XIX^e siècle suscitent un optimisme, qui n'est pas toujours exempt de remords, mais dont on trouve de larges échos dans la littérature psychiatrique de l'époque : « Quant à nous, notre tâche est à peu près accomplie. Nos idées, semées sur toute la terre, n'ont plus qu'à fructifier. Qu'elles aillent, escortées par la charité et l'intelligence, porter à tous les peuples notre amour du beau, du bon, du bien (...) J'ai visité une grande partie de nos Asiles de France, et j'en suis toujours revenu meilleur. Je me propose de les voir tous dans le même but : celui d'éclairer mon jugement, de réjouir mon cœur et d'améliorer le sort des malades que la providence m'a confiés⁷. »

Il serait trop long de suivre les raisons pour lesquelles cette synthèse s'est progressivement dégradée avec la conception de l'ordre social qui la sous-tendait. Mais si la sensibilité devant l'hôpital s'est considérablement modifiée jusqu'à conduire à une inversion radicale de la représentation que les psychiatres se font de l'« asile », ce qui était en question lors de l'« invention » de ce type d'établissement commande encore tous les jours le divorce permanent, ou du moins la tension constante, entre l'activité thérapeutique et les exigences de sécurité et de sauvegarde sociales dont a hérité l'hôpital. Ce qui a seulement changé pour le psychiatre, c'est que le remords de son rôle de gardien de l'ordre moral en même temps que de thérapeute remplace désormais la bonne conscience du devoir accompli.

7. Dr Berthier, médecin-chef de l'asile de Bourg-en-Bresse, « Excursions scientifiques dans les asiles d'aliénés », *Journal de médecine mentale*, t. I, 1861, p. 320.

Contradictions thérapeutiques et contradictions sociologiques.

Les psychiatres sont les mieux placés pour éprouver le poids de cette contradiction et il est significatif que la lucidité de leur prise de conscience soit à la mesure de leur capacité d'accéder à une perception historique et sociologique des fonctions de l'hôpital. C'est, en ce qui concerne la France, le mérite du groupe qui est à l'origine de la « psychothérapie institutionnelle » d'avoir formulé le problème avec une parfaite clarté en soulignant l'immense distance qui sépare l'idéal de l'hôpital comme « milieu thérapeutique » des pratiques réelles commandées non seulement par la pénurie des moyens matériels et humains, mais aussi par les insuffisances de la législation relative aux malades mentaux, par l'héritage des structures carcérales et par les contraintes que les représentations sociales de la maladie mentale font peser sur le malade, le médecin et l'hôpital. Cette critique débouche, en particulier, sur la tentative pour utiliser à des fins thérapeutiques l'institution hospitalière envisagée dans ses dimensions sociales aussi bien que psychologiques. Les structures de l'établissement doivent s'articuler dans une praxis totale dont le but demeure le recouvrement de la santé : « L'hôpital jouerait du point de vue thérapeutique un rôle analogue à celui du psychanalyste. Il serait l'objet d'investissements successifs de ces conflits ; et la dialectique de la guérison passerait, pour ainsi dire, dans ce laminoir de transferts et de projections que la structure sociale de l'hôpital pourrait permettre⁸. »

8. F. Tosquelles, « La Société vécue par les malades psychiques », *Esprit*, déc. 1952, p. 901. (Souligné par nous.) Pour se faire une idée plus précise de ce courant, on pourra consulter les articles de L. Bonnafé, G. Daumezon, Ph. Koechlin, L. Le Guillant, P. Sivadon, F. Tosquelles, etc., et la thèse de Ph. Paumelle, « Essai de traitement collectif du quartier des agités », 1952. G. Daumezon, qui a proposé le terme de psychothérapie institutionnelle, est le premier à avoir tenté la théorie de cette pratique. Cf. surtout « Les Fondements d'une psychothérapie collective », *Évolution psychiatrique*, 1948, 3, et « La Psychothérapie institutionnelle française contemporaine » (avec Ph. Koechlin), *Anais Portugueses de Psiquiatria*, vol. 4, n° 4, déc. 1952. On lira également avec intérêt G. Daumezon, « La Vie collective du malade mental », *Encyclopédie française*, t. XIV, 14, 7-13, qui constitue comme une version abrégée (et antérieure) d'Asiles

On ne peut mieux comprendre le sens et l'originalité d'Asiles qu'en situant cette entreprise par rapport aux courants de la pensée psychiatrique qui sont conscients du même héritage⁹. Si l'on retrouve dans les deux cas la même attention aux caractéristiques qui définissent l'hôpital comme institution objective et, aux dimensions psychologiques du vécu des malades, la spécificité d'Asiles consiste à penser la dialectique de l'institution comme irréductible à la « dialectique de la guérison ». Mais la conscience de cette irréductibilité dévoile en même temps l'enjeu véritable des antagonismes observables au sein de l'hôpital. En dernière analyse en effet — c'est-à-dire

et procure les principaux repères pour l'adaptation des thèses d'Erving Goffman à la situation française. Il serait essentiel pour notre propos de distinguer deux moments dans l'histoire pourtant courte de la « psychothérapie institutionnelle ». Les positions des fondateurs sont très proches de la formulation sociologique du problème, à cette réserve près que leurs analyses demeurent commandées par le souci thérapeutique. On peut se demander si certains des théoriciens les plus récents de ce courant, surtout influencés par les hypothèses de la psychanalyse, de la psychosociologie des groupes, voire de la linguistique structurale, n'ont pas tendance à réinterpréter les déterminismes institutionnels dans une perspective plus étroitement psychosociologique, illustrant ainsi la variante la plus moderne de ce que j'ai appelé ici le « discours psychiatrique ». Mais il est difficile, dans ces limites, de ne pas courir le risque d'être injuste. Sur les tendances les plus récentes de la « psychothérapie institutionnelle », on pourra consulter divers articles de J. Ayme, H. Chaigneau, R. Gentis, G. Michaud, J. Oury, Ph. Paumelle, C. Poncin, H. Torrubia, F. Tosquelles, etc., ainsi que la revue *Psychothérapie institutionnelle*, dirigée par F. Tosquelles et la revue de la Fédération des groupes d'études et de recherches institutionnelles, *Recherches*. On peut dans une certaine mesure rapprocher de ces tentatives les travaux anglo-saxons sur les « communautés thérapeutiques », cf. M. Jones, *The Therapeutic Community*, Basic Books, New York, 1953 et D. Cooper, *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, Tavistock Publication, Londres, 1967. Pour une bibliographie plus complète sur ce point, cf. M. A. Woodbury, « L'équipe thérapeutique », numéro spécial de *L'Information psychiatrique*, déc. 1966.

9. Il s'agit bien évidemment d'une filiation logique et non d'une influence directe. Mais, pour inviter le lecteur français à l'effort de recontextualisation nécessaire, il a paru plus judicieux de proposer ces coordonnées plutôt que celles de la tradition de la sociologie américaine des maladies mentales (on trouvera dans les notes et dans l'index toute les références de l'auteur à sa propre tradition). Ici les références françaises, très partielles, renvoient nécessairement à des articles de médecins puisqu'il n'existe guère en France d'études sociologiques des hôpitaux psychiatriques.

pour l'analyse qui se fonde sur une théorie générale des organisations sociales — les difficultés de la pratique thérapeutique se comprennent à partir du divorce fondamental qui existe entre l'institution totalitaire et la société globale, la tension entre la perspective médicale et les motivations dominantes des malades ne représentant qu'une application particulière à un milieu particulier de cette coupure objective¹⁰. Ce qui demeure irréductible dans le clivage entre personnel et reclus n'est autre chose que la ligne de partage, passant au sein même de l'hôpital, entre l'établissement carcéral et la vie normale. Dès lors, ces deux groupes s'affrontent en dépit du projet thérapeutique qui devrait les rendre complices — et arrive à les réunir dans l'exacte mesure où l'hôpital représente en même temps un milieu thérapeutique — parce que chacun d'entre eux a tendance à se polariser autour d'une des fonctions antagonistes de l'institution.

Pas plus que l'administrateur d'une prison moderne n'a le droit de s'étonner de la propension des prisonniers à voir dans leur détention un rejet et une punition plutôt qu'un moyen d'amendement, le médecin, même s'il peut et doit professionnellement épouser la justification la plus noble de sa pratique, ne peut donc éviter que les malades organisent l'essentiel de leur existence comme une riposte à une situation carcérale qui leur est imposée¹¹. S'il est

10. C'est sans doute pourquoi, à côté des tentatives de la « psychothérapie institutionnelle » pour reprendre globalement en charge l'institution hospitalière comme collectif de soins, l'autre grande tendance de la psychiatrie moderne s'efforce de faire éclater l'hôpital en petites unités insérées dans la collectivité sociale (hôpitaux de jour, hôpitaux de nuit, dispensaires, ateliers protégés, organisation des soins à domicile, etc.). La « sectorisation » des hôpitaux et l'extension de la politique de la « porte ouverte » vont également dans ce sens. Il est hautement significatif de noter, dans la ligne de l'évolution historique esquissée ci-dessus, qu'au XIX^e siècle les psychiatres sont en revanche quasi unanimes à prêcher les vertus de l'isolement et de l'internement contre les « préjugés » des familles.

11. Il faudrait certes nuancer cette analyse en distinguant les différents types de placements (« d'office » et « libres »), les voies différentes que peut prendre la pression de l'entourage pour motiver la « décision » de l'internement, les diverses modalités de la « demande thérapeutique », etc. Mais il semble bien que, lorsqu'elle survient, la prise de conscience de la situation d'interné efface la plupart de ces différences. Celles-ci reviennent pour l'essentiel à différer le moment auquel intervient cette

vrai, comme le dit Sartre¹², qu'une société décide de ses malades comme elle décide de ses morts, on ne saurait méconnaître le rôle idéologique ambigu du psychiatre et de son discours dans l'opération, puisqu'ils interviennent non seulement pour organiser (le plus souvent dans un sens libéral) la vie à l'intérieur de l'hôpital, mais aussi tout au long du processus qui conduit à l'internement. Rien que cette ambiguïté n'échappe pas au psychiatre, le malade est cependant le mieux placé pour percevoir, souvent après coup, la fonction que la société fait jouer à ce type de spécialistes dans le processus de ségrégation qu'elle institue. On ne saurait donc s'étonner si celui qui la subit répond parfois par la révolte et presque toujours par des formes plus larvées d'opposition lorsqu'il prend conscience de la finalité réelle de la série d'opérations qui l'a mené là où il se trouve, et du rôle du médecin dans leur déroulement. Que le malade ait généralement « besoin » d'être soigné n'exclut pas le fait qu'il puisse se sentir en même temps mystifié, car ce que fait une institution totalitaire a toujours un sens objectif plus impitoyable que ce qu'elle avoue rechercher par l'intermédiaire de ses idéologues officiels. Aussi n'en voit-on aucune qui puisse économiser ce divorce entre ses pratiques réelles et ses prétentions, sauf peut-être les institutions religieuses, mais l'exception aurait valeur de contre-épreuve : si les couvents réussissent réellement à instituer une vie sociale nouvelle à partir d'une idéologie commune et communément partagée, c'est à la condition d'avoir coupé radicalement les ponts avec la vie extérieure et d'avoir, à l'intérieur, complètement « tué le vieil homme » pour reconstruire, sur la base de cette double absence, une toute autre forme de socialisation.

On serait en droit de se demander si pareil projet est effectivement réalisable. Mais dans la mesure où ils essaient de l'incarner, les couvents offrent le triste privilège de pousser jusqu'au bout la logique de l'institution

prise de conscience dans la carrière du malade mental, les patients les plus « coopérants » au début risquant de se trouver dans la situation de nombreux tuberculeux qui entrent de leur plein gré au sanatorium, mais se révoltent bientôt contre la longueur du séjour et les tracasseries du règlement.

12. *Critique de la raison dialectique*, Paris, Gallimard, p. 70, note.

totalitaire. Ils montrent que la vocation profonde des établissements de ce type est de réaliser les conditions de la « mort au monde », c'est-à-dire la contre-organisation concertée et systématique qui nie l'organisation d'une vie sociale humaine. Sous la diversité des rationalisations profanes ou religieuses subsiste une commune volonté de détruire la vie : mort volontaire, s'il s'agit de vocation religieuse dans les couvents, mort par ostracisme, par l'exclusion sociale du déviant criminel, malade ou politiquement dangereux dans les prisons, les hôpitaux psychiatriques et les camps de concentration, sans parler de formes plus mineures d'isolement, la mort temporaire pour apprendre à donner la mort dans les casernes, pour l'assimilation de la culture dans les internats, pour l'accumulation de l'argent dans certains camps de travail, etc., l'institution totalitaire représente toujours la figure monstrueuse de l'inhumanité. Mais, organisée sous la forme d'une existence sociale hyper-rationalisée, elle caricature la vie sociale normale en identifiant l'homme au projet unilatéral qu'elle s'emploie à faire triompher par tous les moyens.

L'expérimentation totalitaire.

Si ces remarques constituent des extrapolations par rapport à la problématique explicite d'Asiles, dans la mesure où elles sont justifiées, elles permettent de découvrir la dernière clef pour lire l'ouvrage, et la plus importante. Au-delà d'une sociologie de l'hôpital psychiatrique ou même des institutions totalitaires — et en dépit de la richesse de sa contribution à ces sujets — l'œuvre cherche fondamentalement à démontrer la nécessité du détour par certaines formations sociales pathologiques pour définir les conditions de la santé sociale, de l'existence normale, de la vie libre et de la sociabilité réelle.

L'institution totalitaire est en effet à la fois un modèle réduit, une épure et une caricature de la société globale. Modèle réduit, ce microcosme rassemble toutes les conditions de la sociabilité, il assure en un certain sens tous les besoins fondamentaux de l'homme puisque celui-ci y survit physiquement et même, tant bien que mal,

affectivement. Épuration : tout y est simplifié, programmé, réduit au squelette d'une organisation rationalisée ; il n'est point besoin d'utopie futuriste pour anticiper le triomphe d'une société technocratique parfaite, elle existe depuis des millénaires un peu dans les marges de la collectivité, avec les camps d'exilés, les couvents, les campus militaires, les léproseries. Caricature : l'objectivité s'y donne sous sa forme nue, ramenée au pur noyau de nécessité qui définit en dernière analyse une société de l'ordre, polarisée autour d'une unique fonction, celle de se perpétuer elle-même en se cristallisant sur sa propre finalité¹³.

Dès lors le recours aux institutions totalitaires permet une véritable expérimentation sociologique. On a peut-être trop vite dit que les sciences humaines n'étaient pas des sciences expérimentales. C'est sans doute exact si l'on entend par expérimentation une véritable abstraction sur le vivant qui, appliquée telle quelle à l'homme, tuerait son objet ou se heurterait à des obstacles moraux insurmontables. Mais l'histoire ne s'est pas embarrassée de scrupules moraux pour élaborer des formes d'existence réelles plus parfaites et plus monstrueuses que celles que l'on pourrait construire en laboratoire. De véritables situations expérimentales existent donc en fait et représentent, si on peut oser l'expression, des abstractions concrètes : la rêverie sociologique qui voudrait faire de l'existence un

13. Ceci ne contredit pas la dualité de fonctions dont l'existence conditionne, on l'a vu, la vie concrète au sein de l'institution. Il y a dualisme, et par suite antagonisme, parce que le reclus importe dans l'institution totalitaire peu ou beaucoup de sa « culture » antérieure. Grâce à ce qui demeure d'humanité dans le reclus, l'institution totalitaire échoue toujours — sauf peut-être dans les couvents — à incarner parfaitement sa propre caricature. Ces caractères rendraient compte également du type particulier de « vacance » que l'on observe dans les institutions totalitaires. Tout en pesant impitoyablement sur les temps forts de la vie du reclus (au réveil, pour les appels, le repas, les visites d'inspection, les corvées, etc.) le règlement laisse de grandes plages de pseudo-liberté abandonnées au désœuvrement, à l'oisiveté, à l'ennui, mais aussi parfois au loisir, à la réflexion, à l'amitié. L'étude de cette temporalité spéciale, sous la double modalité contrastée de la rigidité et du laxisme, mériterait à elle seule une analyse particulière. Il semble que de nombreux reclus font l'expérience de l'enrégimentement total tout en éprouvant le sentiment qu'ils n'ont jamais été aussi libres auparavant. Cette expérience paradoxale commande une ambivalence très spéciale à l'égard de l'institution en général, et devant le problème de la « sortie » en particulier.

laboratoire découvre son fantasme réalisé sous la forme du cauchemar des institutions totalitaires. Une pareille simplification méthodologique incarnée dans les faits donne directement à lire une figure tronquée de la vie normale et permet ainsi de définir a contrario les conditions complètes de la normalité. Alors que dans l'existence concrète les hommes baignent dans ces conditions et ne les isolent pas plus que l'air qu'ils respirent, la tératologie sociale cultivée en vase clos dans ces milieux privilégiés projette le négatif qui permet de prendre conscience, à travers leur absence, des couleurs de la vie. Les analyses d'Asiles donnent ainsi le contre-point des thèses de *The Presentation of Self in Everyday Life*¹⁴.

L'expérimentation simplificatrice qu'autorise l'observation des institutions totalitaires porte à la fois sur l'objectivité sociale et le moi qui la subit. Elle permet, à partir d'une représentation de ces deux pôles de l'existence sociale ramenés à leur texture la plus simple, de définir avec le maximum de clarté le mécanisme de leur interrelation, le processus de la socialisation. Face à la tentative d'organisation complète de l'existence à partir d'un règlement unique qui légifère sans contrepois reconnu et sans jeu autorisé, l'autre pôle représenterait le moi dépouillé, réduit à la manière dont il serait façonné en fonction de ces exigences de l'institution. Dans la mesure où les institutions totalitaires parviennent à imposer cette figure-limite d'une personnalité complètement prise au piège de l'objectivité, elles permettent de mettre entre parenthèses les différentes appartenances du moi aux divers contextes sociaux et ne laissent subsister que la causalité quasi pure d'un seul groupe d'appartenance. Cette méthode représente sans doute la meilleure contribution à une critique radicale de la psychologie : de même que l'on chercherait en vain le cœur de l'oignon sous la dernière peau, l'intériorité s'évanouit sous le dernier modelage, rabattue sur la dimension unique du rôle imposé par l'institution totalitaire¹⁵.

14. E. Goffman, *The Presentation of Self in Everyday Life*, New York, Anchor Books, 1959.

15. Il faut faire ici deux réserves. D'une part — comme lorsqu'on parle de l'unifonctionnalité de l'institution totalitaire —, l'unilatéralité d'un rôle ne peut jamais être manifestée en toute rigueur puisque, si elle correspond

Introduction à la vie normale.

Dans la mesure où l'institution totalitaire réalise une image approchée du conditionnement du moi par un seul groupe d'appartenance, elle permet de définir a contrario les exigences d'une socialisation plus complète, c'est-à-dire les conditions sociales nécessaires au développement d'une personnalité concrète. À première vue, l'analyse paraît déboucher sur une justification de l'idéologie libérale par l'apologie du pluralisme institutionnel et de la multiplicité des rôles qu'elle semble impliquer. La liberté personnelle s'inscrit en effet dans les marges de jeu que laissent entre elles les institutions différentes : le moi commence à exister pour lui-même dans la mesure où il accède à une gamme de plus en plus étendue de rôles, et il y parvient lorsqu'il participe à une vie sociale diversifiée. On pourrait ainsi esquisser une typologie des modes de socialisation. À partir de la limite du modelage de tous les aspects de la personnalité par un but unique, la personnalité accède à des formes de plus en plus riches d'organisation lorsqu'elle se trouve engagée dans des configurations culturelles différentes en interrelation, chacune ne réalisant qu'une partie des fonctions dont la totalisation constitue la vie sociale à un moment donné. Ce serait donc seulement

au vœu de l'institution, le reclus résiste à l'identification en mobilisant toutes les ressources que lui procure sa culture antérieure; cependant, le degré de perfection auquel est poussé ce processus de dépouillement du moi mesure la «réussite» de l'institution totalitaire, c'est-à-dire le degré auquel elle parvient à incarner sa représentation unilatérale de la vie humaine. D'autre part, Erving Goffman accorde une certaine importance à un pouvoir de distanciation et de refus qui aurait son siège dans le moi lui-même. On trouvera dans *The Presentation of Self in Everyday Life* une théorie plus complète de la personnalité en fonction de l'environnement social. On a parfois reproché à cette théorie de s'attacher trop exclusivement à la position du moi dans des situations rigides et de sous-estimer le rôle du changement et de la dynamique sociale. Cette propension pourrait rendre compte du choix des institutions totalitaires comme objet privilégié d'analyse, mais elle ne saurait entacher l'étude de ces milieux qui se caractérisent précisément par leur rigidité. On trouvera une analyse critique de la théorie de la personnalité développée dans *The Presentation of Self in Everyday Life* par B. Glaser et A. Strauss, dans «Awareness Contexts and Social Interaction», *American Sociological Review*, 29 oct. 1964, pp. 669-679. Ajoutons enfin qu'en raison du niveau où elles se situent, ces analyses ne peuvent aborder le problème des structures psychiques inconscientes.

le pluralisme des organisations qui pourrait neutraliser la tendance de chacune à l'hégémonie : toute institution est totalitaire par vocation profonde. Le totalitarisme, loin de représenter une monstruosité extraordinaire, n'est que l'accomplissement unilatéral de n'importe quelle fonction sociale. On peut dès lors définir positivement les conditions de la normalité et de la santé sociale par le système des contre-forces nécessaires pour équilibrer la tendance cancérogène inscrite dans la logique de toute forme particulière d'organisation de l'existence humaine, telle qu'elle se donne à voir à travers la sociologie des institutions totalitaires.

Cependant, en radicalisant l'approche, on découvre son impact profondément critique dans le cadre même de la société dont elle paraît en première approximation épouser les valeurs : les catégories qui valent pour l'analyse des institutions totalitaires sont aussi celles qui rendent le mieux compte de l'existence sociale dans une communauté pluraliste et « libérale ». Les antagonismes, tels qu'ils se manifestent au grand jour lorsqu'une organisation unique de l'existence tente d'imposer sa réglementation, sont de même nature que les conflits latents, les tensions mutuellement annulées entre les différentes institutions qui, dans la vie normale, se neutralisent dans leur lutte pour l'hégémonie. La contradiction est la racine cachée du consensus social et le compromis précaire la forme que prend sa trompeuse stabilité. Le modèle de l'institution totalitaire a donc la portée méthodologique la plus générale, non seulement parce qu'il permet de prendre conscience de la négativité dissimulée par le finalisme fonctionnaliste qui préside souvent à l'étude des organisations, mais surtout parce qu'il invite à une relecture critique des théories classiques de la socialisation. On ne peut parler directement de la socialisation, si ce n'est de la manière la plus superficielle, en termes d'ajustement, de consensus, d'harmonie pré-établie entre le sujet et ses groupes d'appartenance etc., lorsque l'on s'attache exclusivement aux situations ordinaires : l'adaptation aux cadres sociaux paraît aller de soi si l'on s'en tient aux équilibres de surface et aux compromis entre forces antagonistes. Ce sont les ratages dans la socialisation, les états de crise ou de révolution, ou encore l'installation du conflit comme

loi de la vie sociale à partir de coupures institutionnalisées entre les groupes et les classes, qui révèlent les mécanismes fondamentaux présidant à l'organisation de la vie collective.

On comprend ainsi que l'hôpital psychiatrique représente pour l'analyse sociologique un milieu pathogène privilégié, non pas tant parce qu'on y rencontre des malades mentaux, que parce qu'il s'agit d'une institution totalitaire. On ne saurait en effet, sans s'engager dans des apories insurmontables, confondre pathologie individuelle et pathologie institutionnelle : il y a un tragique de la dépersonnalisation, de l'embrigadement des hommes et de la planification bureaucratique de leurs désirs et de leurs besoins, qui ne doit rien à la maladie mentale. L'affirmer, ce n'est pas reculer devant le vertige spécifique de la folie, mais dépasser le confusionnisme d'où naît le pathos. Il faut au contraire aller jusqu'au bout de la dissociation pour ressaisir, après l'avoir reconstruite par ce détour, la vérité objective de l'hôpital sur laquelle le sociologue et le psychiatre s'accorderont : si dans le groupe des institutions totalitaires l'hôpital psychiatrique représente une variante spécifique, et spécialement tragique, c'est précisément parce que l'aliénation mentale n'est pas identique à l'aliénation sociale. L'aliénation asilaire est le produit de l'addition ou de la multiplication de ces deux figures de la négativité. Dans ce milieu clos, prisonnier de son héritage historique, deux pathologies antagonistes s'entretiennent mutuellement : par ce qui lui reste de conscience de sa liberté, l'interné s'affronte au médecin et à l'institution carcérale en un combat souvent injuste mais nécessaire, car il représente sa seule défense contre l'aliénation asilaire ; mais, par ce fait même, malade, il s'interdit le meilleur recours contre son aliénation privée, la confiance non moins nécessaire envers le thérapeute et l'établissement thérapeutique. Il n'est sans doute pas de piège mieux monté, ni de rôle plus pathétiquement contradictoire, sauf peut-être celui du psychiatre lorsqu'il éprouve que chacune des alternatives de ce conflit insoluble s'investit sur l'une des figures de son double personnage de représentant de l'institution totalitaire et de thérapeute.

Robert CASTEL.

PRÉFACE

Invité du *Laboratory of Socio-Environmental Studies* (dépendant du *National Institute of Mental Health*, Bethesda, Maryland) de l'automne de 1954 à la fin de 1957, j'ai eu l'occasion de procéder pendant ces trois années à de brèves études sur le comportement en salle de malades internés dans les instituts nationaux (*National Institutes of Health Clinical Center*). Enquêtant à l'hôpital Ste-Elisabeth de Washington en 1955-56, j'ai fréquenté pendant un an cet établissement fédéral qui compte plus de sept mille malades, originaires, pour les trois quarts, du district de Columbia. Une bourse du *N. I. M. H.* et l'appui du *Center for the Integration of Social Science Theory* (Berkeley, University of California) m'ont donné la possibilité de disposer d'un délai supplémentaire pour ordonner et rédiger mes observations.

Au cours de mon stage à Ste-Elisabeth, je me suis attaché à étudier d'aussi près que possible la façon dont le malade vivait subjectivement ses rapports avec l'environnement hospitalier. Officiellement, j'étais l'assistant du directeur et lorsqu'on me demandait les véritables raisons de ma présence, je ne dissimulais pas que j'étais là pour étudier la vie de la communauté et l'organisation des loisirs; passant ainsi mon temps avec les malades, j'évitais d'entrer en contact avec le personnel hospitalier et de me montrer avec une clef de l'établissement. Je ne passais pas la nuit dans les salles et la direction de l'hôpital était au fait de mes desseins.

Je pensais, et je pense encore, qu'il n'est pas de groupe — qu'il s'agisse de prisonniers, de primitifs, d'équipages de navires ou de malades — où ne se développe une vie propre, qui devient significative, sensée et normale dès qu'on la connaît de l'intérieur; c'est même un excellent moyen de pénétrer ces univers que de se soumettre au cycle des contingences qui marquent l'existence quotidienne de ceux qui y vivent.

Les limites de ma méthode et des modalités de son application sont évidentes: je ne me suis permis à aucun moment de prendre parti si peu que ce fût et, l'eussé-je fait, mon champ d'action, la diversité de mes activités, et par là l'ampleur de mon information en auraient été réduits d'autant. Me donnant pour objet l'étude ethnographique de certains aspects particuliers de la vie sociale des malades, je n'ai pas employé les moyens habituels de mesure et de contrôle. J'étais convaincu que les difficultés du rôle et la perte de temps qu'eût entraînée la recherche de la preuve statistique de quelques assertions m'eussent empêché de recueillir des informations sur le contexte et l'organisation de la vie du malade. Ma méthode connaît encore d'autres limites. Un groupe tend à avoir du monde une vision rassurante qui procure à ses membres une image justificatrice de leur situation et infamante pour ceux qui restent en dehors, en l'occurrence les médecins, les infirmières, les surveillants et les familles. Dès lors, décrire fidèlement la situation du malade, c'est nécessairement en proposer une vue partielle. Pour ma défense, je dirai qu'en cédant à cette partialité on rétablit au moins l'équilibre puisque presque tous les ouvrages spécialisés relatifs aux malades mentaux présentent le point de vue du psychiatre qui est, socialement parlant, totalement opposé. En outre, je tiens à dire que mon point de vue reflète sans doute trop fidèlement celui d'un individu du sexe masculin issu des classes moyennes: peut-être ai-je souffert par procuration de conditions de vie dont les malades appartenant aux classes inférieures s'accommodaient sans trop de difficulté. Enfin, à la différence de certains malades, je suis arrivé à l'hôpital sans grand respect pour la psychiatrie, ni pour les organismes qui se satisfont de la manière dont elle est communément pratiquée.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance toute particulière à l'égard des organismes qui m'ont patronné. L'autorisation de prendre pour objet d'étude l'hôpital de Ste-Elisabeth me fut accordée grâce au directeur médical de l'établissement (*first assistant physician*)* qui

* *First Assistant Physician*: le médecin du rang le plus élevé qui consacre la totalité de son activité professionnelle aux soins médicaux;

était à l'époque le docteur Jay Hoffman, décédé depuis. Il admit que, sous réserve d'un droit de critique dont il serait fait usage avant la publication de l'ouvrage, l'hôpital ne serait habilité à exercer aucune censure sur le texte, ce droit étant réservé au N. I. M. H. de Bethesda. Il accepta que mes observations concernant personnellement un membre du personnel ou un malade ne fussent rapportées ni à lui-même ni à quiconque, et admit qu'en tant qu'observateur je n'aurais pas à intervenir dans le déroulement des faits dont je pourrais être le témoin. Il accepta de m'ouvrir toutes les portes de l'hôpital et, tout au long de mon étude, il le fit à chaque fois que je le lui demandai, avec une amabilité, une diligence et une efficacité que je ne pourrai jamais oublier. Plus tard, quand le docteur Winifred Overholser, directeur de l'hôpital (*superintendent*)* eut l'obligeance de revoir mon manuscrit, il lui apporta des corrections précieuses concernant de grosses erreurs matérielles, et me fit en même temps d'utiles suggestions qui m'ont aidé à expliciter mon point de vue et ma méthode. Durant cette étude, le *Laboratory of Socio-Environmental Studies*, alors dirigé par son fondateur, John Clausen, me procura un salaire, l'aide d'un secrétariat, l'appui d'une critique collective et des encouragements pour étudier l'hôpital d'un point de vue sociologique et non parapsychiatrique. Quant au droit de censure que possédaient le laboratoire et son organisme apparenté, le N. I. M. H., il ne fut exercé que pour m'inviter à remplacer un ou deux adjectifs jugés discourtois.

Je voudrais souligner que cette liberté de mener une recherche désintéressée me fut accordée pour étudier une institution gouvernementale, et fut financée par une autre institution gouvernementale, l'une et l'autre devant agir dans le climat assez délicat de Washington, et cela à une époque où certaines universités de ce pays, bastions

le *Superintendent* (ci-dessous) est le directeur en titre de l'hôpital. Bien qu'il ait reçu une formation médicale, l'essentiel de son activité dans un grand hôpital est d'ordre administratif et représentatif, et la responsabilité médicale de l'établissement est en fait assumée par le *First Assistant Physician*. (N. d. T.).

traditionnels de la libre recherche, auraient fait preuve de plus de réserve pour soutenir mes efforts. À cet égard, il me faut remercier les psychiatres et les sociologues attachés au gouvernement pour leur ouverture d'esprit et leur bienveillance.

Erving GOFFMAN
Berkeley, California, 1961.

INTRODUCTION

On peut définir une institution totalitaire (*total institution*)* comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées. Les prisons constituent un bon exemple de ce type d'institutions, mais nombre de leurs traits caractéristiques se retrouvent dans des collectivités dont les membres n'ont pas contrevenu aux lois. Cet ouvrage traite des institutions totalitaires en général, et des hôpitaux psychiatriques en particulier. Le centre de cette étude est l'univers du reclus (*inmate*)**, et non celui du personnel d'encadrement, son objectif majeur étant d'élaborer une théorie sociologique de la structure du moi (*self*).

Chacune des quatre études de ce livre devait, lorsqu'elle a été écrite, se suffire à elle-même et les deux premières ont été publiées séparément. Dans la mesure où elles visaient toutes le même objet — la situation du reclus — il y aura nécessairement quelques répétitions.

* Pris dans son sens premier («qui englobe ou prétend englober la totalité des éléments d'un ensemble donné», P. Robert, *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, t. VI, p. 769) ce terme traduit exactement le sens de «total» dans *total institution*. (Cf. la définition suggérée dans cette introduction ou au ch. I du premier essai «Les caractéristiques des institutions totalitaires».) On voudra bien ne pas se fixer exclusivement sur les connotations les plus modernes du concept, qui ne sont pourtant pas étrangères au sens primitif; faute de quoi on n'aurait d'autre recours que de démarquer simplement l'expression anglaise: institution totale. (N. d. T.)

** «Reclus»: il n'existe pas en français d'équivalent du mot *inmate* employé par l'auteur pour désigner à la fois les personnes enfermées dans un hôpital psychiatrique, une prison, un couvent, une école, un navire de guerre ou de commerce, une caserne, etc. En choisissant le terme de «reclus», on a voulu mettre l'accent sur l'isolement de ces personnes dans un univers claustal qui constitue l'aspect essentiel de leur commune situation. (N. d. T.)

Il reste que chaque étude aborde le problème selon une approche sociologique spécifique qui a peu de rapport avec celle des autres articles.

Cette méthode d'exposition peut sembler fastidieuse mais elle permet de conduire dans chaque essai l'étude analytique et comparative du thème principal bien au-delà de ce que permettrait la rédaction de chapitres différents d'un ouvrage homogène. J'invoque pour ma défense la situation présente de la sociologie. Je pense qu'à l'heure actuelle l'usage le plus adéquat des concepts sociologiques consiste à les saisir au niveau même de leur meilleure application, puis à explorer le champ complet de leurs implications et les contraindre de cette façon à livrer tous leurs sens. Ainsi vaut-il mieux sans doute donner à chacun des enfants d'une famille des vêtements bien ajustés plutôt que les grouper sous une tente unique où, si spacieuse soit-elle, ils grelotteraient tous.

La première étude, «Les Caractéristiques des institutions totalitaires» contient un exposé général des rapports sociaux dans ces établissements, essentiellement appuyé sur deux exemples typiques de réclusion involontaire: les hôpitaux psychiatriques et les prisons. On y trouvera esquissés les thèmes développés en détail dans les études suivantes et leur situation dans l'ensemble. Dans la seconde, «La Carrière morale du malade mental», sont examinés les effets de l'admission dans l'institution sur le système des rapports sociaux antérieurs à la réclusion. La troisième qui a pour titre «La Vie clandestine d'une institution publique» concerne le type de rapports que le reclus est censé entretenir avec l'univers carcéral et en particulier les moyens par lesquels il parvient à garder une certaine distance par rapport au rôle qu'on prétend lui faire jouer. La dernière, intitulée «Le Schéma médical type et l'hospitalisation des malades mentaux» fixe à nouveau l'attention sur le personnel d'encadrement pour envisager, dans le cadre des hôpitaux psychiatriques, le rôle de l'optique médicale dans la présentation au malade des éléments de sa situation.

1. LES CARACTÉRISTIQUES DES INSTITUTIONS TOTALITAIRES¹

1. On trouvera une version abrégée de cet essai dans le *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*, Walter Reed Army Institute of Research, Washington D.C., 15-17 avril 1957, pp. 43-84. La présente version est extraite de *The Prison*, édité par Donald R. Cressey, 1961, Holt, Rinehart et Winston, Inc.

INTRODUCTION DES INSTITUTIONS TOTALITAIRES EN GÉNÉRAL

I. LES DIFFÉRENTS TYPES D'INSTITUTIONS.*

Les organismes sociaux — appelés communément institutions — sont des lieux (pièces, appartements, immeubles, ateliers) où une activité particulière se poursuit régulièrement. La sociologie ne dispose à leur égard d'aucun moyen spécifique de classification. Certains, comme la Gare Centrale, pourvu que l'on s'y conduise déceimment, sont ouverts au tout venant; d'autres, comme l'*Union League Club*, club chic de New York, ou le laboratoire atomique de Los Alamos, soumettent les entrants à une sélection sévère. Les uns, magasins ou bureaux de poste, par exemple, disposent d'un personnel attitré pour servir le flot ininterrompu des clients; d'autres, foyers ou usines, rassemblent une population moins mobile. Certaines institutions fournissent un cadre à des activités qui définissent la position sociale de l'individu, indépendamment du zèle ou de l'indifférence qu'il y manifeste. D'autres, au contraire, ne sont que le cadre d'activités libres et gratuites, pratiquées en dehors du temps consacré à des tâches plus sérieuses. Cet ouvrage distingue un autre type d'institutions, qui forment une catégorie naturelle et féconde puisque ses éléments ont un si grand nombre de caractères en commun que pour en connaître un seul il serait bon d'examiner tous les autres.

II. LES DIFFÉRENTS TYPES D'INSTITUTIONS TOTALITAIRES.

Toute institution accapare une part du temps et des intérêts de ceux qui en font partie et leur procure une sorte d'univers spécifique qui tend à les envelopper.

* Tous les sous-titres, de quelque niveau qu'ils soient, ont été introduits par le responsable de l'édition française afin de faciliter la lecture. (N. d. T.)

Mais parmi les différentes institutions de nos sociétés occidentales, certaines poussent cette tendance à un degré incomparablement plus contraignant que les autres. Signe de leur caractère enveloppant ou totalitaire, les barrières qu'elles dressent aux échanges sociaux avec l'extérieur, ainsi qu'aux entrées et aux sorties, et qui sont souvent concrétisées par des obstacles matériels : portes verrouillées, hauts murs, barbelés, falaises, étendues d'eau, forêts ou landes. Ce sont ces établissements que j'appelle « institutions totalitaires » et dont je me propose de dégager les caractères généraux².

On peut schématiquement classer en cinq groupes les institutions totalitaires propres à nos sociétés. Ce sont, en premier lieu, les organismes qui se proposent de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de subvenir à leurs besoins et inoffensives : foyers pour aveugles, vieillards, orphelins et indigents ; en second lieu, les établissements dont la fonction est de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire : sanatoriums, hôpitaux psychiatriques et léproseries. Un troisième type d'institutions totalitaires est destiné à protéger la communauté contre des menaces qualifiées d'intentionnelles, sans que l'intérêt des personnes séquestrées soit le premier but visé : prisons, établissements pénitentiaires, camps de prisonniers et camps de concentration. Quatrièmement, les institutions qui répondent au dessein de créer les meilleures conditions pour la réalisation d'une tâche

2. La notion d'institution totalitaire est apparue à plusieurs reprises dans la littérature sociologique sous des appellations différentes, et certaines des caractéristiques de la catégorie ont déjà été mises en évidence, notamment par Howard Rowland, dans un article remarquable, mais peu connu : « Segregated Communities and Mental Health », *Mental Health Publication of the American Association for the Advancement of Science*, n° 9, édité par F. R. Moulton, 1939. Un exposé préliminaire des thèses de cet essai figure dans *Croup Processes*, actes de la troisième conférence (1956) édité par Bertram Schaffner, New York, Josiah Macy, Jr Foundation, 1957. Le terme de *Total* a été également employé dans la présente acception par Amitai Etzioni « The Organizational Structure of "Closed" Educational Institutions in Israël », *Harvard Educational Review*, XXVII, 1957, p. 115.

donnée et qui justifient leur existence par ces seules considérations utilitaires : casernes, navires, internats, camps de travail, forts coloniaux et, pour ceux qui en occupent les communs, grandes maisons. Enfin, les établissements qui ont pour but d'assurer une retraite hors du monde même si, en fait, on les utilise fréquemment pour former des religieux : abbayes, monastères, couvents et autres communautés religieuses. Imprécis et incomplet, cet inventaire des institutions totalitaires ne se présente pas comme un principe d'analyse : il vise uniquement à donner de la catégorie une définition purement nominale et générique, capable de constituer un point de départ concret. En donnant ainsi cette définition préalable des institutions totalitaires, j'espère être en mesure d'exposer les caractères généraux du genre sans verser dans la tautologie.

Avant de tenter de dégager de cette liste d'établissements un profil général, je voudrais signaler une difficulté d'ordre conceptuel : aucun des traits que je vais décrire ne s'applique aux seules institutions totalitaires et aucun ne se trouve partagé au même titre par chacune. Le signe distinctif des institutions totalitaires est que chacune d'elles présente, avec une intensité particulière, plusieurs des caractéristiques qui définissent le type. Lorsqu'il sera question de « caractères communs », cette expression aura donc un sens restrictif mais logiquement défendable. Cette manière de procéder permet en même temps de recourir à la méthode idéal-typique en dégageant les traits communs, avec l'espoir de mettre plus tard en lumière les différences spécifiques.

III. VIE RECLUSE ET VIE NORMALE.

C'est une caractéristique fondamentale des sociétés modernes que l'individu dorme, se distraie et travaille en des endroits différents, avec des partenaires différents, sous des autorités différentes, sans que cette diversité d'appartenances relève d'un plan d'ensemble. Les institutions totalitaires, au contraire, brisent les frontières qui séparent ordinairement ces trois champs d'activité ; c'est même là une de leurs caractéristiques essentielles.

En premier lieu, placés sous une seule et même autorité, tous les aspects de l'existence s'inscrivent dans le même cadre ; ensuite, chaque phase de l'activité quotidienne se déroule, pour chaque participant, en relation de promiscuité totale avec un grand nombre d'autres personnes, soumises aux mêmes traitements et aux mêmes obligations ; troisièmement, toutes ces périodes d'activité sont réglées selon un programme strict, en sorte que toute tâche s'enchaîne avec la suivante à un moment déterminé à l'avance, conformément à un plan imposé d'en haut par un système explicite de règlements dont l'application est assurée par une équipe administrative. Les différentes activités ainsi imposées sont enfin regroupées selon un plan unique et rationnel, consciemment conçu pour répondre au but officiel de l'institution.

Pris séparément, ces caractères se rencontrent ailleurs que dans les institutions totalitaires. C'est ainsi qu'il est de plus en plus fréquent de voir les grands établissements de commerce, d'industrie et d'enseignement mettre à la disposition de leurs membres des cantines et leur procurer des distractions pour meubler leurs loisirs. Cependant, l'usage de ces commodités nouvelles dépend en bien des cas d'une libre décision et l'on veille avec un soin particulier à ce qu'elles échappent au contrôle de la direction. De même, si les femmes au foyer ou les familles paysannes limitent l'essentiel de leurs activités à un seul et même espace clos, elles ne sont pas pour autant embrigadées dans une collectivité, et elles échappent, pour accomplir l'ensemble de leurs tâches quotidiennes, au contact immédiat d'une foule composée d'autres personnes semblables.

Le caractère essentiel des institutions totalitaires est qu'elles appliquent à l'homme un traitement collectif conforme à un système d'organisation bureaucratique qui prend en charge tous ses besoins, quelles que soient en l'occurrence la nécessité ou l'efficacité de ce système. Il en découle un certain nombre de conséquences importantes.

Lorsque les individus sont manipulés en groupes, ils sont généralement placés sous la responsabilité d'un personnel dont la tâche principale n'est pas de diriger ou de contrôler périodiquement le travail — cas fréquent dans les relations employeurs-employés — mais plutôt

de surveiller, c'est-à-dire de veiller à ce que chacun accomplisse la tâche qui lui a été impartie dans des conditions telles que toute infraction commise par un individu paraisse perpétuellement offerte aux regards par le contraste qu'elle offre avec le comportement des autres. L'important n'est pas ici la disproportion pourtant évidente au premier abord entre le nombre des surveillés et celui des surveillants, mais le fait que ces deux groupes forment un couple indissociable.

Les institutions totalitaires établissent un fossé infranchissable entre le groupe restreint des dirigeants et la masse des personnes dirigées, que nous appellerons pour plus de facilité « reclus ». Les reclus vivent ordinairement à l'intérieur de l'établissement et entretiennent avec le monde extérieur des rapports limités ; par contre, du fait qu'il n'effectue le plus souvent qu'un service quotidien de huit heures, le personnel d'encadrement demeure socialement intégré au monde extérieur³. Chaque groupe tend à se faire de l'autre une image étroite, stéréotypée et hostile, le personnel se représentant le plus souvent les reclus comme des êtres repliés sur eux-mêmes, revendicatifs et déloyaux, tandis que le personnel paraît aux reclus condescendant, tyrannique et mesquin. Alors que le personnel a tendance à se croire supérieur et à ne jamais douter de son bon droit, les reclus ont tendance à se sentir inférieurs, faibles, déçus et coupables⁴.

Les échanges entre ces deux groupes sont des plus restreints. La distance qui les sépare est immense et la plupart du temps imposée par l'institution. Même lorsque des propos s'échangent à travers les barrières,

3. Le caractère dichotomique des institutions totalitaires m'a été indiqué par Gregory Bateson, et apparaît dans un certain nombre d'écrits. Cf. par exemple, Lloyd E. Ohlin, *Sociology and the Field of Corrections*, New York, Russel Sage Foundation, 1956, p. 14-20. Dans les cas où le personnel doit aussi résider à l'intérieur de l'institution, il n'est pas surprenant qu'il se plaigne d'endurer des rigueurs toutes particulières et qu'il sente, à un degré qu'il n'aurait pas soupçonné, combien son statut est lié à la vie qu'il mène à l'intérieur. Cf. le rapport de Jane Cassel, « The Marine Radioman's Struggle for Status » *American Journal of Sociology*, LXII, 1957, p. 359.

4. Pour la situation dans les prisons, cf. S. Kirson Weinberg, « Aspects of the Prison's social structure », *American Journal of Sociology*, XLVII, 1942, p. 717-26.

c'est toujours sur un ton particulier, comme le montre cette relation romancée d'un séjour réel dans un hôpital psychiatrique :

«Voilà, dit Miss Hart tandis qu'elles traversaient la salle commune, Miss Davis dit que c'est vous qui faites tout. Ne vous en faites pas pour cela, faites-le seulement, et ça ira bien.

Dès qu'elle entendit ce nom, Virginie sut où était le danger, dans la chambre n° 1 : Miss Davis. Est-ce l'infirmière en chef ?

Et comment ! murmura Miss Hart, puis elle éleva la voix. Les infirmières agissaient toutes comme si les malades étaient incapables de comprendre quoi que ce fût si l'on ne criait pas. Fréquemment, elles disaient d'une voix normale des choses que les femmes n'étaient pas censées entendre. Si elles n'avaient pas été infirmières on aurait dit souvent qu'elles parlaient toutes seules. C'est une personne très compétente et très capable, Miss Davis, annonça Miss Hart⁵... »

Bien que certains rapports entre reclus et personnel de surveillance soient inévitables, l'une des fonctions du gardien est de filtrer les rapports du reclus avec les échelons supérieurs du personnel, comme en témoigne ce passage extrait d'une étude des hôpitaux psychiatriques :

«Étant donné l'insistance que mettent nombre de malades à vouloir parler au docteur lors de ses visites, les infirmiers doivent servir d'intermédiaires entre malades et médecin, pour éviter que ce dernier ne soit submergé. Au 30, il semblait généralement admis que les malades sans symptômes physiques et placés dans les deux catégories les moins favorisées n'eussent jamais le droit de parler au médecin, à moins que le docteur Baker n'en exprimât lui-même le désir. Ce groupe d'entêtés, de rouspéteurs pleins d'illusions — appelés dans l'argot des infirmiers « chancres », « plaies », « ours mal léchés », — essayaient souvent de court-circuiter la médiation de l'infirmier mais, en ce cas, ils se faisaient traiter sans aménité⁶. »

5. Mary Jane Ward, *The Snake Pit*, New York, New American Library, 1955, p. 72.

6. Ivan Belknap, *Human Problems of a State Mental Hospital*, New York, Mc Graw-Hill, 1956, p. 177.

La barrière qui fait obstacle aux conversations s'oppose aussi efficacement à la transmission des informations, et spécialement de celles qui concernent les intentions du personnel à l'égard des reclus. Ceux-ci sont systématiquement tenus dans l'ignorance des décisions qui les concernent. Que les motifs proclamés soient d'ordre militaire — lorsque par exemple on dissimule aux recrues la destination de leurs déplacements — ou d'ordre médical — lorsqu'on cache aux tuberculeux la nature de leur mal, les traitements envisagés et la durée approximative de leur séjour à l'hôpital⁷ — de telles pratiques créent un fossé entre les reclus et le personnel d'encadrement dont elles affermissent l'emprise.

Toutes ces limitations de contacts entretiennent l'image stéréotypée et antagoniste que chaque groupe se forme de l'autre⁸. Deux univers sociaux et culturels se constituent côte à côte, avec quelques points de contact officiels, mais sans interpénétration. Il est significatif que, tant pour les reclus que pour le personnel, l'institution au sens complet du terme (locaux et raison sociale) soit propriété du personnel, si bien que, lorsque l'un ou l'autre groupe parle des vues et des intérêts de l'institution, il entend par là, comme je le fais également ici, les vues et les préoccupations du personnel.

Le fossé qui existe entre le personnel et les reclus est l'une des conséquences majeures du maniement bureaucratique d'importantes masses de gens. La seconde de ces conséquences concerne le travail. Dans la vie courante, l'autorité que possède le lieu de travail prend fin lorsque le travailleur perçoit son salaire ; l'utilisation qu'il en fait au sein de sa famille et pour ses loisirs est son affaire personnelle, et cette liberté cantonne l'emprise de la vie professionnelle dans des limites strictes. Mais planifier

7. Dans sa monographie consacrée au Sanatorium, qui doit paraître prochainement, Julius A. Roth nous livre un dossier précieux à cet égard. Cf. le chapitre : « Information and the Control of Treatment ». Cet ouvrage promet d'apparaître comme l'étude-type d'une institution totalitaire. On peut trouver un exposé préliminaire de ses théories dans les articles de J. A. Roth : « What Is an Activity? », etc., XIV, automne 1956, p. 54-56 et « Ritual and Magic in the Control of Contagion », *American Sociological Review*, XXII, 1957, p. 310-14.

8. Avancé par Ohlin, *op. cit.*, p. 20.

la journée entière du reclus c'est aussi nécessairement prendre en charge tous ses besoins. Quelle que soit la motivation au travail, cette stimulation n'aura pas dans ces conditions la signification structurale qui est la sienne dans la vie normale. Il faudra trouver de nouvelles motivations et de nouvelles attitudes à l'égard du travail ; c'est là une des données de base qui s'imposent aux reclus et à ceux qui doivent les inciter à travailler. On leur demande parfois si peu de travail que, peu habitués à organiser leurs loisirs, ils souffrent d'un ennui extrême. Le travail peut être exécuté sur un rythme très lent et s'intégrer dans un système de rétributions dérisoires, souvent dispensées solennellement — ration hebdomadaire de tabac ou cadeaux de Noël — qui incitent certains malades à poursuivre leur tâche. En d'autres circonstances, on exige bien plus qu'une journée complète de dur labeur, non point avec promesse de récompense, mais sous la menace de châtements corporels.

Dans certaines institutions totalitaires, camps forestiers ou navires de commerce par exemple, la pratique des économies forcées remet à plus tard les relations que l'argent permet normalement d'entretenir avec le monde, l'institution prenant en charge la totalité des besoins et la rétribution n'étant remise que lorsque le travail est achevé, c'est-à-dire lorsque les reclus quittent les lieux de travail. D'autres institutions pratiquent une sorte d'esclavage : le temps du reclus est totalement à la disposition du personnel et la conception que l'on a de soi-même, le sens de sa personnalité et de la propriété n'ont plus le moindre rapport avec le travail comme le montre T. E. Lawrence en décrivant un centre d'entraînement de la R. A. F. :

« Lorsque nous nous trouvons de corvée avec des hommes qui viennent de finir leurs classes, ils choquent notre sens moral par leur insouciance : "Vous êtes idiots, vous, les bleus, de vous crever au travail", disent-ils. Faut-il voir là les effets de notre ardeur toute nouvelle, ou ce qui subsiste en nous de nos habitudes civiles ? La R. A. F. en effet nous paiera vingt-quatre heures sur vingt-quatre sur la base d'un penny et demi de l'heure. Elle nous paie pour travailler, elle nous paie pour manger, elle nous paie pour dormir : toute cette monnaie s'accumule ; impossible, par conséquent, de valoriser un travail en

le faisant bien. Il faut le faire durer aussi longtemps que possible, car ensuite, ce n'est pas le coin d'un feu qui nous attend, mais un autre travail⁹... »

Qu'il ait trop ou trop peu de travail, l'individu qui, à l'extérieur, manifestait du goût pour sa tâche se laisse démoraliser par les méthodes de l'institution totalitaire. La pratique, courante dans les hôpitaux psychiatriques, de « trouver une poire » et de lui faire faire le travail en échange d'une menue pièce de monnaie à dépenser à la cantine est révélatrice de cette démoralisation. Parmi les personnes qui agissent ainsi, parfois sur le mode du défi, il en est qui, à l'extérieur, estimeraient de tels procédés indignes d'eux. À partir de la tendance propre au monde auquel ils appartiennent de rechercher toujours le gain, les membres du personnel tiennent ces pratiques de mendicité pour un symptôme et une preuve supplémentaire de la maladie mentale des internés.

Les institutions totalitaires sont donc incompatibles avec cette structure de base de notre société qu'est le rapport travail-salaire. Elles sont également incompatibles avec une autre structure fondamentale : la famille. On oppose parfois la vie de famille à la vie solitaire, mais il serait en réalité plus juste de l'opposer à la vie communautaire car ceux qui mangent et dorment sur le lieu de travail, avec un groupe de compagnons de travail, peuvent difficilement avoir une vie de famille authentique. Par contre, en maintenant à l'extérieur leurs liens familiaux, les membres du personnel demeurent généralement intégrés à la communauté extérieure et échappent à la tendance enveloppante de l'institution totalitaire. Qu'au sein de la société la fonction d'une institution totalitaire soit positive ou négative, elle est néanmoins toujours efficace, et cette efficacité dépend partiellement du degré de rupture qu'elle provoque avec l'univers familial, virtuel ou réel, de ses membres¹⁰. Inversement, instituer des liens familiaux, c'est se

9. T. E. Lawrence, *The Mint*, Londres, Jonathan Cape, 1955, p. 40 ; traduction française, *La Matrice*, Paris, Gallimard, 1955.

10. On peut citer ici le cas marginal, mais fort intéressant, du *Kibboutz* israélien. Cf. Melford E. Spiro, *Kibbutz, Venture in Utopia*, Cambridge, Harvard University Press, 1956, et A. Etzioni, *op. cit.*

donner la garantie objective que la logique de l'institution totalitaire sera contre-carrée. L'incompatibilité entre ces deux formes d'organisation devrait nous renseigner d'une façon plus générale sur les fonctions sociales assumées par chacune d'elles.

L'institution totalitaire est un mixte social, à la fois communauté résidentielle et organisation réglementée. En cela réside son intérêt sociologique spécifique. Mais il y a d'autres raisons de s'intéresser à ces établissements qui sont, dans nos types de société, des foyers de coercition destinés à modifier la personnalité: chacun d'eux réalise l'expérience naturelle des possibilités d'une action sur le moi.

Il s'agit maintenant, après avoir dessiné quelques-uns des traits spécifiques des institutions totalitaires, de les étudier du point de vue du reclus et du point de vue du personnel d'encadrement avant d'esquisser les rapports entre ces deux perspectives.

L'UNIVERS DU RECLUS

I. UN CHANGEMENT CULTUREL.

Les reclus se caractérisent par le fait qu'ils entrent à l'institution avec une « culture importée » (*presenting culture*) * héritée de leur univers familial, c'est-à-dire un genre de vie et un ensemble d'activités jugées valables jusqu'au moment de l'admission. C'est pourquoi les orphelinats et foyers pour enfants abandonnés ne sont pas des institutions totalitaires, sauf dans la mesure où, relié au monde extérieur par le jeu de quelque phénomène d'osmose culturelle, l'orphelin parvient à faire son apprentissage social, alors même qu'il est systématiquement coupé de ce monde. Stable ou non, l'organisation personnelle de la recrue faisait jusque-là partie d'un ensemble plus large intégré à son environnement social et constituait un lot d'expériences qui justifiait la représentation acceptable que l'individu se faisait de lui-même, lui permettant de faire face aux conflits, aux agressions et aux échecs par nombre de défenses laissées à son initiative.

On voit que les institutions totalitaires ne sauraient substituer leur seul type de culture à cet ensemble déjà constitué. Nous avons affaire à un processus plus limité que celui de l'acculturation ou de l'assimilation. Si certains changements culturels se produisent néanmoins, c'est plutôt par la suppression de la possibilité d'actualiser certains comportements, et l'ignorance totale des modifications récemment intervenues dans le milieu extérieur. Ainsi, si le séjour du reclus se prolonge, il

* *Presenting culture*: expression intraduisible construite sur le modèle de l'expression psychiatrique américaine de *presenting symptoms*: l'ensemble des symptômes que le malade « offre » au psychiatre dès le premier contact. (N. d. T.)

peut se produire ce que l'on a appelé une « déculturation » (*disculturation*)¹¹ au sens d'une « désadaptation » qui rend l'intéressé temporairement incapable de faire face à certaines situations de la vie quotidienne, s'il doit à nouveau les affronter.

Les expressions « être enfermé » ou « être dedans » ne prennent toute leur signification pour le reclus que par rapport à celles de « sortir » ou d'« aller dehors ». En ce sens, les institutions totalitaires ne cherchent pas vraiment à imposer leur forme de culture. Elles créent et maintiennent un mode particulier de tension entre l'univers domestique et l'univers de l'institution et utilisent cette tension constante comme un levier utile pour le maniement des hommes.

II. LES TECHNIQUES DE MORTIFICATION.

Le nouvel arrivant entre à l'établissement avec une représentation de lui-même qui lui est procurée par certaines dispositions permanentes de son environnement domestique. Dès l'admission, il est immédiatement dépouillé du soutien que lui assuraient ces conditions, en même temps que commence pour lui, selon les termes accrédités dans certaines de nos plus vieilles institutions totalitaires, une série d'humiliations, de dégradations, de mortifications et de profanations de sa personnalité. Cette personnalité est systématiquement mortifiée, même si cela se déroule souvent selon un processus non intentionnel. C'est le début de certains changements radicaux dans la *carrière morale* du nouveau venu, carrière marquée par une modification progressive des certitudes qu'il nourrit à son propre sujet et au sujet d'autres personnes qui importent à ses yeux.

11. Terme employé par Robert Sommer : « Patients Who Grow Old in a Mental Hospital », *Geriatrics*, XIV, 1959, p. 586-87. Le terme *desocialization* parfois utilisé dans ce contexte, semble trop fort puisqu'il implique la perte des aptitudes fondamentales à communiquer et à coopérer.

Les procédés utilisés pour mortifier la personnalité sont à peu près les mêmes dans toutes les institutions totalitaires¹²; l'analyse de ces procédés peut permettre de dégager les dispositions que les établissements ordinaires doivent assurer à leurs membres pour qu'ils gardent leur personnalité antérieure.

L'isolement.

La barrière interposée entre le reclus et le monde extérieur constitue la première amputation que subit la personnalité. Dans la vie courante, l'enchaînement concerté des rôles de l'individu, tant dans le cycle de sa vie personnelle que dans le cercle des activités quotidiennes fréquemment répétées, donne l'assurance qu'aucun des rôles assumés par l'individu ne viendra entraver le processus ni se confondre avec un autre rôle. L'appartenance à une institution totalitaire, par contre, brise automatiquement cette volonté d'enchaînement jusque dans son principe puisque l'individu est coupé du monde vingt-quatre heures sur vingt-quatre et parfois pendant des années; il se trouve dès lors dépossédé de ses rôles. Dans de nombreuses institutions totalitaires, le reclus est d'emblée totalement privé du droit de recevoir des visites ou de celui d'en rendre, ce qui a pour effet d'assurer une rupture profonde avec les rôles antérieurs et de faire mesurer l'ampleur de la dépossession du statut ancien. Témoin, ce rapport sur la vie d'un cadet dans une école militaire :

« Cette rupture nette avec le passé doit être menée à son terme en un temps relativement court. Pendant deux mois, par conséquent, l'élève-officier n'est autorisé ni à quitter la base, ni à fréquenter d'autres personnes que des cadets. Cet isolement total contribue à forger, au lieu d'une collection hétérogène de personnes de haute ou basse condition, un groupe homogène d'aspirants. Les uniformes sont distribués

12. On trouvera une description de ces procédés dans Gresham M. Sykes, *The Society of Captives*, Princeton, Princeton University Press, 1958, ch. IV : « The Pains of Imprisonment », p. 63-83.

dès le premier jour et les discussions portant sur la famille ou la fortune sont proscrites. Bien que la solde du cadet soit très basse, il lui est interdit de recevoir de l'argent. Le rôle du cadet doit supplanter les autres rôles que l'individu s'était accoutumé à jouer. Il ne reste que peu d'indices susceptibles de révéler la position qu'il occupait dans le monde civil¹³. »

Je pourrais ajouter que, lorsque l'entrée dans l'institution est volontaire, la recrue a déjà partiellement rompu avec son univers familial; l'institution ne fait souvent que trancher nettement un lien qui avait déjà commencé à se relâcher.

Bien que le reclus, s'il retourne jamais dans le monde, puisse renouer avec certains de ses anciens rôles, il est évident que d'autres pertes sont pour lui irrémédiables et qu'il peut les ressentir douloureusement. Il lui sera peut-être impossible, plus tard, de retrouver le temps perdu pour parfaire son éducation, progresser dans son métier, courtiser une femme ou élever ses enfants.

La notion de « Mort Civile » est un aspect juridique de cette dépersonnalisation permanente. Parfois les détenus des prisons ne sont pas seulement soumis à une privation temporaire du droit de léguer leur argent, de signer des chèques, de voter, de divorcer ou d'adopter des enfants, mais se voient définitivement privés de certains de ces droits¹⁴.

Le reclus découvre alors que la barrière dressée entre lui et le monde extérieur lui a fait perdre une partie de ses anciens rôles.

13. Cf. Sanford M. Dornbusch, « The Military Academy As an Assimilating Institution », *Social Forces*, XXXIII, 1955, p. 317. On trouvera un exemple de la limitation des visites au début d'un séjour à l'hôpital psychiatrique dans D. Mc I. Johnson et N. Dodds (eds), *The Plea for the Silent*, Londres, Christopher Johnson, 1957, p. 16. Comparer avec le règlement qui interdit aux domestiques attachés à leur institution totalitaire de recevoir des visites. Cf. J. Jean Hecht, *The Domestic Servant Class in Eighteenth Century England*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1956, p. 127-28.

14. Concernant les prisons américaines, on trouvera une intéressante étude d'ensemble de cette question dans Paul W. Tappan, « The Legal Rights of Prisoners », *The Annals*, CCXCIII, mai 1954, p. 99-111.

Les cérémonies d'admission.

Les modalités de l'entrée à l'institution entraînent ordinairement des privations et des mortifications d'un autre genre, en général infligées par le personnel chargé d'effectuer ce que l'on nomme les formalités d'admission: enregistrement du *curriculum vitae*, photographie, pesée, prise des empreintes digitales, assignation d'un matricule, fouille, inventaire des effets personnels, séance de déshabillage, de douche, de désinfection, de coupe de cheveux, distribution des vêtements de l'établissement, communication du règlement, affectation dans les nouveaux locaux¹⁵. Ces formalités d'admission mériteraient d'être nommées « mise en condition » ou « programmation »* parce qu'ainsi dépouillé l'arrivant se laisse niveler, homogénéiser et transformer en un objet que l'on peut livrer à la machine de l'établissement de telle façon que rien ne vienne entraver la marche routinière des opérations administratives. Un grand nombre de ces formalités portent sur des caractéristiques (poids, empreintes digitales) qui n'appartiennent à chaque individu que parce qu'il appartient à la plus vaste et la plus abstraite des catégories sociales, celle des êtres humains. Une intervention conduite en fonction de telles caractéristiques fait nécessairement abstraction de la plupart des données sur lesquelles l'individu s'appuyait antérieurement pour fonder son identification personnelle.

À l'occasion de ce dépouillement systématique et complexe qui marque l'admission, l'institution totalitaire intervient en de si nombreux domaines de la vie du reclus qu'il lui est indispensable de s'assurer d'emblée

15. Cf. J. Kerkhoff, *How Thin the Veil; a Newspaperman's Story of His Own Mental Crack-up and Recovery*, New York, Greenberg, 1952, p. 110 — Elie A. Cohen, *Human Behavior in the Concentration Camp*, Londres, Jonathan Cape, 1954, p. 118-122. Eugen Kogon, *The Theory and Practice of Hell*, New York, Berkeley Publishing Corp, s. d., p. 63-68.

* *Programming*, selon l'expression sous laquelle on désigne l'opération consistant à fractionner le problème à résoudre par l'ordinateur. (N. d. T.).

sa coopération. Lors de ce premier contact direct, le personnel de l'établissement voit souvent dans la pro-pension du nouveau venu à faire preuve de la déférence appropriée le signe qu'il est prêt à assumer le person-nage du reclus soumis. Les circonstances dans lesquelles les membres du personnel parlent pour la première fois au reclus du respect qu'il leur doit peuvent faire l'objet d'une mise en scène destinée à provoquer une réaction de révolte ou un réflexe de docilité qu'il conservera par la suite. Les premiers moments de cette prise de contact peuvent ainsi constituer un test d'obéissance et même une épreuve de force pour briser les volontés. Un détenu dont l'attitude est provocante reçoit immédiatement et publiquement un châtement dont l'intensité augmente jusqu'à ce qu'il crie grâce et s'humilie.

Brendan Behan évoque ainsi son affrontement avec deux gardiens lors de son admission à la prison de Walson :

«Et lève la tête quand je te cause !

— Lève la tête quand Mr Whitbread te cause, dit Mr Holmes.

Je tournai les yeux vers Charlie, son regard croisa le mien, puis il baissa vivement la tête :

— Qu'est-ce que t'as à tourner la tête, Behan ! C'est moi qu'on regarde !...

Je regardai Mr Whitbread : «Je vous regarde» dis-je...

«Tu regardes Mr Whitbread — Hein ?» dit Mr Holmes.

— Je regarde Mr Whitbread.

Gravement, Mr Holmes regarda Mr Whitbread, avança la main ouverte et me frappa du revers au visage, me retint de l'autre main et me frappa encore.

J'avais la tête qui tournait, en feu, douloureuse, et je me demandais si cela allait recommencer. Je perdîs la notion des choses et sentis une autre gifle... nouvelle perte de conscience... nouvelle gifle... je chancelai, une main vint me soutenir, comme par gentillesse... et, nouvelle gifle... des éclairs rouges, blancs, couleur de pitié me passaient devant les yeux...

— Tu regardes Mr Whitbread, hein, Behan ?

J'avalai ma salive pour retrouver l'usage de ma voix et dus faire plusieurs tentatives avant que les mots pussent sortir... «Je... monsieur... s'il vous plaît... monsieur... je vous

regarde... je veux dire... je regarde Mr Whitbread, monsieur¹⁶.»

Formalités d'admission et épreuves d'obéissance peuvent prendre la forme d'une initiation que l'on a appelée «la bienvenue» au cours de laquelle personnel ou reclus — ou bien les deux ensemble — se mettent en frais pour donner à l'arrivant une conscience claire de son état¹⁷. Entre autres rites d'introduction, il reçoit le nom de «bizuth» ou de «bleu» qui lui rappelle qu'il est purement et simplement un reclus et, qui pis est, au plus bas niveau de cette basse catégorie.

Les formalités d'admission peuvent être caractérisées par une séance de déshabillage, suivie d'un re-habillage avec entre les deux, un temps de nudité intégrale. Le déshabillage fait naître un sentiment de dépossession intense car on investit généralement dans les effets personnels l'idée que l'on se fait de soi-même. De toutes les possessions, la plus chargée de sens est sans doute le nom dont la perte peut constituer une grave mutilation de la personnalité, quelle que soit l'appellation que l'on puisse recevoir par la suite¹⁸.

Le dépouillement.

Une fois le reclus dépouillé de ses biens, l'établissement se trouve dans l'obligation d'en remplacer au moins quelques-uns, mais ce matériel se présente alors sous la forme d'objets de série, de caractère uniforme

16. Brendan Behan, *Borstal Boy*, Londres, Hutchinson, 1958, p. 40; cf. aussi Anthony Heckstall-Smith, *Eighteen Months*, Londres, Allan Wingate, 1954, p. 26.

17. Pour connaître la façon dont ce procédé était utilisé dans les camps de concentration, cf. Cohen, *op. cit.*, p. 120 et Kogon, *op. cit.*, p. 64-65; Sara Harris, *The Wayward Ones*, New York, New American Library, 1952, p. 31-34, propose une version romancée du traitement de bienvenue dans une maison de correction pour jeunes filles. Pour les prisons, on trouvera une version, plus sommaire, dans George Den drickson et Frederick Thomas, *The Truth About Dartmoor*, Londres, Gollancz, 1954, p. 42-57.

18. Cf. Thomas Merton, *The Seven Storey Mountain*, New York, Harcourt, Brace and Company, 1948, p. 290-91. Cohen, *op. cit.*, p. 145-47.

et uniformément distribués. Ces nouvelles possessions portent des marques voyantes indiquant qu'elles appartiennent bien à l'établissement et il arrive qu'elles soient périodiquement reprises, comme si l'on voulait les prémunir contre toute possibilité de personnalisation. Lorsqu'il s'agit d'objets pouvant s'user, comme un crayon, le reclus peut être astreint à présenter l'objet usé avant d'en obtenir le renouvellement¹⁹. L'interdiction de disposer d'une armoire qui ferme à clef, les inspections périodiques, la confiscation des biens personnels renforcent chez les reclus le sentiment de spoliation²⁰. Les ordres religieux ont bien aperçu les répercussions de telles privations sur la personnalité: on exige parfois des religieux cloîtrés qu'ils changent de cellule une fois l'an, afin d'éviter qu'ils ne s'attachent à aucune d'elles. La Règle des Bénédictins est explicite sur ce point:

«Pour les lits, un matelas, une couverture, un couvre-lit et un oreiller suffiront. L'Abbé passera de fréquentes inspections de ces lits car des objets personnels peuvent s'y trouver. Quiconque aura été surpris en possession de biens qu'il n'a pas reçus de l'abbé sera très sévèrement puni. Afin d'extirper jusqu'aux dernières racines de ce vice qu'est l'instinct de propriété, le nécessaire (capuce, soutane, chaussettes, chaussures, ceinture, couteau, plumes, aiguilles, mouchoirs et écritaires) sera reçu des mains de l'Abbé de telle sorte que toute excuse alléguant l'argument de la nécessité puisse être rejetée. L'Abbé devra toujours avoir présent à l'esprit ce passage des Actes des Apôtres: Et l'on donnait à chacun selon ses besoins²¹.»

Parmi les biens que possède l'individu, il en est qui touchent de plus près à sa personnalité. L'homme espère généralement pouvoir garder quelque contrôle sur l'image de lui-même qu'il offre aux autres. Pour ce faire, il lui faut toute une collection de produits de beauté et de vêtements, des accessoires pour les appliquer, les arranger et les préparer et un endroit accessible

19. Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 83-84. De même, *The Holy Rule of Saint Benedict*, ch. 55.

20. Kogon, *op. cit.*, p. 69.

21. *The Holy Rule of Saint Benedict*, ch. 55.

où il puisse ranger ce matériel... Bref, pour conserver le contrôle de sa présentation personnelle, il lui faut des objets intimes; il lui faut aussi pouvoir se rendre chez des spécialistes de la parure, tailleurs, coiffeurs, etc. Or, dès son admission à l'institution l'individu, dépouillé de son aspect habituel ainsi que du matériel et des services qui lui permettraient de le préserver, voit sa personne défigurée. Vêtements, peignes, fil et aiguilles, produits de beauté, serviettes, savon, nécessaire à barbe ou possibilité de se baigner, tout ceci peut lui être supprimé ou refusé, — à moins que ces produits ne soient rangés dans quelque recoin inaccessible pour lui être rendus lors de sa sortie éventuelle.

Pour reprendre les termes de la Sainte Règle de Saint-Benoît:

«Ensuite, et sur-le-champ, dans l'Oratoire même, on devra lui ôter ses vêtements personnels et lui donner ceux du monastère. Les anciens vêtements seront rangés et conservés dans la garde-robe de sorte que si, par hasard, il se laissait circonvenir par le diable et quittait le monastère (Dieu l'en garde!) il pût être dépouillé de son habit monastique et jeté dehors²².»

Ainsi qu'il a été dit plus haut, les vêtements que l'institution offre en remplacement de ceux qu'elles a ôtés sont généralement faits d'une étoffe grossière, mal ajustés, vieux et uniformes. Le choc provoqué par cette substitution est bien rendu dans une description de prison pour prostituées:

«Tout d'abord, la préposée aux douches les force à se déshabiller, emporte leurs effets personnels, veille à ce qu'elles passent bien sous la douche et va chercher leurs vêtements pénitentiaires: une paire de chaussures de ville noires à talons plats, deux paires de socquettes arrivant à la cheville et raccommodées en maints endroits, trois robes de coton, deux combinaisons de coton, deux culottes et deux soutiens-gorge. Pratiquement, tous les soutiens-gorge sont plats et inutilisables; ni corset, ni ceinture.

22. *The Holy Rule of Saint Benedict*, ch. 58.

Rien n'est plus triste que de voir les prisonnières obèses qui, faute de mieux, étaient au moins parvenues à conserver un aspect extérieur décent, confrontées, pour la première fois, avec leur propre image dans ces vêtements de prison ²³. »

Dégradation de l'image de soi.

Ce n'est pas seulement dans son aspect extérieur, par la perte de ces attributs de son identité que sont les vêtements, que le reclus se voit défiguré, mais aussi dans son corps, par des mutilations directes et permanentes, marques ou amputations par exemple. Si ces atteintes à la personnalité sous forme de sévices corporels ne se rencontrent que dans un petit nombre d'institutions totalitaires, par contre, la perte du sentiment de sécurité personnelle est générale et engendre chez le reclus la crainte de se voir défiguré. Les coups, les thérapeutiques de choc ou les interventions chirurgicales — quel que soit l'esprit dans lequel ces traitements sont appliqués à certains malades — tout cela peut donner à nombre de reclus l'impression qu'ils sont dans un milieu où l'intégrité de leur personne physique est menacée.

Après l'admission, l'image de lui-même que l'individu a l'habitude de présenter se trouve encore altérée. En raison de la signification symbolique qu'ils prennent dans certains milieux sociaux certains gestes, certaines postures, certaines positions offrent de l'individu une image dégradante. Tout règlement, tout commandement, toute besogne obligeant l'individu à accomplir ces gestes ou à adopter ces postures sont de nature à le mortifier. Dans les institutions totalitaires, les outrages physiques de ce genre abondent. Dans les hôpitaux psychiatriques par exemple, les malades sont parfois obligés de manger

23. John M. Murtagh et Sara Harris, *Cast. the First Stone*, New York, Pocket Book, 1958, p. 239-240. Pour les hôpitaux psychiatriques, cf. Kerkhoff, *op. cit.*, p. 10; Ward, *op. cit.*, p. 60, montre avec pertinence que dans notre société les hommes éprouvent un sentiment de mutilation moins grand que les femmes lorsqu'ils se trouvent dans une institution totalitaire.

tous leurs aliments à la cuiller ²⁴. Dans les prisons militaires, les détenus peuvent se voir contraints à demeurer au garde-à-vous chaque fois qu'un officier entre dans le quartier ²⁵. Les institutions religieuses connaissent également des gestes conventionnels de pénitence, comme le fait de baiser les pieds ²⁶ ou l'attitude recommandée au moine mendiant et qui consiste à « rester prostré, en silence, à la porte de la chapelle, et à se jeter, visage contre terre et corps plié en deux, aux pieds de tous ceux qui sortent ²⁷ ». Certaines institutions pénitentiaires imposent l'humiliation d'avoir à se courber pour recevoir le fouet ²⁸.

Par ses réponses, l'individu peut aussi se voir contraint de se placer dans une situation humiliante. Les signes de déférence imposés dans les institutions totalitaires en sont un exemple manifeste. Les échanges que les reclus peuvent avoir avec le personnel doivent souvent s'accompagner de manifestations verbales de déférence, ainsi le fait de ponctuer les phrases par le mot « Monsieur », d'avoir à implorer, à solliciter avec insistance ou humblement des services aussi anodins que du feu pour allumer une cigarette, un verre d'eau, ou la permission d'utiliser le téléphone. À ces humiliations de l'individu s'ajoutent les outrages par le geste ou par la parole : le personnel ou les autres reclus l'accablent de noms obscènes, l'injurient, soulignent ses défauts, le tourmentent ou parlent de lui ou de ses compagnons de réclusion comme s'il n'était pas là.

Quelle que soit la forme ou la source de ces divers outrages, l'individu doit assumer une activité dont les implications symboliques sont incompatibles avec la conception qu'il a de lui-même. Une forme de mortification plus diffuse consiste à imposer à l'individu un rythme de vie qu'il estime lui être totalement étranger

24. Johnson et Dodds, *op. cit.*, p. 15. Pour les prisons, cf. la version de Alfred Hassler, *Diary of a Self-Made Convict*, Chicago, Regnery, 1954, p. 33.

25. L. D. Hankoff, « Interaction Patterns Among Military Prison Personnel », *U. S. Armed Forces Medical Journal*, X, 1959, p. 1419.

26. Kathryn Hulme, *The Nun's Story*, Londres, Muller, 1957, p. 52.

27. Cf. *The Holy Rule of Saint Benedict*, ch. 44.

28. Cf. Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 76.

et un rôle qui lui fait abandonner tout ce qui pouvait le distinguer des autres. En prison, le manque d'occasions hétérosexuelles peut entraîner chez le détenu la crainte de perdre sa virilité²⁹. Dans les établissements militaires, les corvées, dont l'inutilité est reconnue et dont la seule raison d'être est d'occuper les hommes, sont susceptibles de leur donner l'impression que leur temps et leurs efforts n'ont aucune valeur³⁰. Dans les institutions religieuses, des dispositions sont prises pour que tous les membres assument, à tour de rôle, les tâches les plus humbles de la fonction de serviteur³¹. Le cas extrême se rencontre dans les camps de concentration avec la coutume de faire fouetter les prisonniers par d'autres prisonniers³².

La contamination physique.

Une autre forme de mortification peut être observée dans les institutions totalitaires : dès l'admission on s'y sent exposé à une sorte de contamination (*contaminative exposure*). À l'extérieur, l'individu peut préserver certains domaines intimes — son corps, ses actions spontanées, ses pensées, certains de ses biens — des influences étrangères susceptibles de les contaminer. Mais dans les institutions totalitaires, ces domaines intimes sont violés : la frontière maintenue par l'homme entre son être et ce qui l'entoure est abolie et les secteurs de la vie personnelle sont profanés.

D'emblée, l'individu subit une violation de son moi intime. Lors de l'admission, on fait l'inventaire de ses antécédents sociaux et de ses comportements antérieurs en insistant sur les moins honorables et on les consigne dans un dossier qui demeure à la disposition du personnel. Plus tard, dans la mesure où l'établissement vise officiellement à modifier l'équilibre interne du reclus, on peut assister à des confessions collectives

29. Cf. Sykes, *op. cit.*, p. 70-72.

30. Cf. Lawrence, *op. cit.*, p. 34-35.

31. Cf. *The Holy Rule of Saint Benedict*, ch. 35.

32. Cf. Kogon, *op. cit.*, p. 102.

ou individuelles — psychiatriques, politiques, militaires ou religieuses, selon le caractère de l'institution. En pareilles circonstances, le reclus doit révéler des faits et des sentiments personnels à un public qu'il ne connaît pas. Les exemples les plus spectaculaires de ce genre d'exhibition se rencontrent dans les camps communistes où se pratique l'autocritique et dans les séances de repentir qui font partie de la routine des institutions religieuses catholiques³³. La dynamique de ces procédés a été étudiée en détail par les spécialistes de ce que l'on appelle la socio-thérapie (*milieu-therapy*)^{*}.

Ainsi, des faits déshonorants, habituellement tenus secrets, viennent à la connaissance d'un nouveau public et peuvent même se révéler directement à lui car les prisonniers et les malades mentaux ne peuvent empêcher leurs visiteurs de les voir dans des situations humiliantes³⁴. La marque d'identification ethnique portée à l'épaule par certains reclus des camps de concentration est un autre exemple de ce type de mortification³⁵. La nudité du reclus se trouve souvent exhibée, parfois devant des personnes des deux sexes, pour des examens pratiqués à des fins médicales ou de sécurité ; les conditions de promiscuité dans lesquelles les reclus doivent dormir, l'absence de portes aux toilettes favorisent de semblables indiscretions³⁶. Le malade suicidaire que,

33. Cf. Hulme, *op. cit.*, p. 48-51.

* *Milieu therapy* : (cf. aussi note 28 de la 4^e étude) : conception du travail thérapeutique dont M. S. Schwartz et M. Jones par exemple se sont faits les théoriciens anglo-saxons, selon laquelle l'ensemble des membres du personnel hospitalier, et toutes les dimensions de l'expérience hospitalière doivent exercer une fonction thérapeutique sur le malade. En France, les praticiens de la « psychothérapie institutionnelle » ont adopté cette conception. Cf. ci-dessus la *Présentation*. (N. d. T.).

34. Dans notre société occidentale, des communautés moins restreintes ont également employé cette technique sous la forme de flagellations ou de pendaisons publiques, du pilori et des cepts. La règle stricte et courante dans les institutions totalitaires qui interdit d'humilier les membres du personnel devant les reclus montre bien également combien le caractère public des mortifications les rend plus pénibles encore.

35. Cf. Kogon, *op. cit.*, p. 41-42.

36. Cf. Behan, *op. cit.*, p. 23.

sous prétexte d'assurer sa protection, on enferme nu dans une cellule éclairée en permanence et que toute personne traversant le quartier peut apercevoir à travers un judas, représente sans doute la situation limite de ce type. En règle générale, le reclus n'est évidemment jamais absolument isolé, il y a toujours une personne susceptible de le voir ou de l'entendre, ne serait-ce que ses compagnons de réclusion³⁷. Les cellules de prison, avec leurs barreaux en guise de murs symbolisent pleinement une telle situation.

Mais la forme la plus manifeste de l'exposition du reclus à la contamination est peut-être purement physique, — comme la souillure et la salissure du corps ou d'objets très intimes. L'individu est parfois obligé de rompre avec les dispositions permettant d'ordinaire de se prémunir contre la source de contamination que chacun peut être pour soi-même : ainsi lorsqu'il doit vider lui-même ses eaux sales³⁸ ou soumettre à une réglementation la satisfaction de ses besoins intimes, comme on l'a raconté au sujet des prisons politiques chinoises.

« Un des aspects particulièrement pénible pour les prisonniers occidentaux de leur régime de détention concerne les conditions d'élimination des urines et des matières fécales. Le seau, ustensile que l'on trouve dans presque toutes les cellules russes, est généralement absent en Chine. C'est une coutume chinoise de ne donner l'autorisation d'uriner ou d'aller à la selle qu'à deux ou trois moments précis de la journée — généralement le matin après le petit déjeuner. Un gardien vient arracher le prisonnier à sa cellule, l'empoigne, le pousse le long d'un couloir et lui accorde environ deux minutes pour s'accroupir sur une latrine chinoise ouverte et faire tous ses besoins. Les femmes surtout ont du mal à supporter cette précipitation et la curiosité

37. Cf. Kogon, *op. cit.*, p. 128; Hassler, *op. cit.*, p. 16. Concernant la situation dans une institution religieuse, cf. Hulme, *op. cit.*, p. 48. Le même auteur décrit également le manque de discrétion avec lequel les bruits filtraient depuis que l'on avait installé des tentures de coton en guise de portes pour séparer les cellules individuelles où dormaient les pensionnaires, p. 20.

38. Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 21. Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 53.

du public. Si les prisonniers ne peuvent pas satisfaire leurs besoins pendant ce laps de temps, on les entraîne brutalement et on les ramène à leur cellule³⁹. »

Cette forme très courante de contamination physique se reflète dans les plaintes que l'on entend sur la nourriture malpropre, les locaux sales, les serviettes souillées, les chaussures et les vêtements imprégnés de la sueur des usagers antérieurs, les toilettes sans sièges, et les lavabos dégoûtants⁴⁰. Les commentaires d'Orwell sur son pensionnat sont éloquentes à ce sujet :

« Il y avait par exemple les bols en étain dans lesquels nous prenions notre porridge. Leur bord arrondi faisait saillie et sous la partie débordante, il y avait des accumulations de porridge aigre qui s'écaillait en lambeaux. Le porridge lui-même contenait des bouts de cheveux et de choses noires non identifiées en si grande quantité qu'ils semblaient manifestement y avoir été mis à dessein. Il était toujours dangereux de se mettre à manger ce porridge sans l'avoir préalablement sondé. Il y avait aussi la piscine, dont l'eau était vaseuse ; elle faisait de 3 m 50 à 4 m 50 de long, toute l'école était censée y plonger tous les matins et je doute que l'eau en fût fréquemment renouvelée, même partiellement ; et puis il y avait les serviettes toujours humides qui sentaient le fromage... et le vestiaire avec son odeur de sueur et ses lavabos gras, sur lequel donnaient les cabinets délabrés, dépourvus de toute fermeture, si bien que chaque fois que vous y étiez installé vous pouviez être assuré de voir quelqu'un entrer en trombe. Il ne m'est pas facile de penser à ma vie d'écolier sans avoir l'impression de respirer une bouffée froide et malodorante, quelque chose comme un

39. Cf. L. E. Hinckle Jr et H. G. Wolff, « Communist Interrogation and Indoctrination of Enemies of The State », *Archives of Neurology and Psychiatry*, LXXVI, 1956, p. 153. On trouvera une bonne étude extrêmement utile du rôle profanateur des matières fécales et de la nécessité sociale d'un contrôle de l'individu en même temps que du milieu dans C. E. Orbach *et. al.*, « Fears and Defensive Adaptations to the Loss of Anal Sphincter Control », *The Psychoanalytic Review*, XLIV, 1957, p. 121-75.

40. Cf. Johnson and Dodds, *op. cit.*, p. 75. Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 15.

mélange de sueur de chaussettes, de serviettes sales et d'odeurs fécales qui se répand le long des couloirs, de vieux aliments collés entre les dents des fourchettes et de ragoût de collet de mouton, et avec cela les portes de cabinets qui claquent et les pots de chambre qui résonnent dans les dortoirs ⁴¹. »

Il existe encore d'autres sources de contamination physique, comme le montre cette description, recueillie lors d'un entretien à l'infirmerie d'un camp de concentration :

« Nous étions couchés à deux dans le même lit, et c'était très désagréable. Par exemple, lorsqu'un homme mourait, son cadavre n'était généralement pas enlevé avant vingt-quatre heures, parce que, naturellement, le responsable du bloc voulait toucher la ration de pain et de soupe du mort. Le décès était donc annoncé avec vingt-quatre heures de retard pour que la ration fût encore distribuée, et nous devions rester couchés tout ce temps avec le cadavre ⁴². »

« Nous occupions la rangée du milieu. C'était une situation extrêmement macabre, surtout la nuit. D'abord, les morts étaient on ne peut plus décharnés, ce qui leur donnait l'air terrible. Dans la plupart des cas ils se souillaient à l'instant de leur trépas et cela n'avait rien de très esthétique. J'ai vu très souvent des situations de ce genre dans les *lager** au quartier des malades. Des gens qui mouraient de phlegmons, de blessures suppurantes et dont le lit débordait de pus se trouvaient couchés avec des malades bénins qui n'étaient souvent atteints que d'une blessure légère susceptible dès lors de s'infecter ⁴³. »

Cette forme de contamination est fréquente dans les hôpitaux psychiatriques ⁴⁴; dans les prisons on parle plutôt de contamination d'origine chirurgicale.

41. Cf. George Orwell, « Such, Such Were the Joys », *Partisan Review*, XIX, sept.-oct. 1952, p. 523.

42. Cf. David P. Boder, *I Did Not Interview the Dead*, Urbana, University of Illinois Press, 1949, p. 50.

43. *Ibid.*, p. 50.

* En allemand dans le texte.

44. Cf. Johnson et Dodds, *op. cit.*, p. 16.

« Dans la salle des pansements, les instruments chirurgicaux et les bandages restent exposés à l'air et à la poussière. Georges, qui se trouvait là pour se faire soigner un clou au cou, vit un infirmier le lui ouvrir avec un bistouri qui avait été utilisé un moment auparavant sur un pied malade sans avoir été préalablement stérilisé ⁴⁵. »

Enfin, dans certaines institutions totalitaires, le reclus, qu'il le veuille ou non, est obligé de prendre des médicaments par voie orale ou intraveineuse et de manger, même si les aliments ne sont pas à son goût. Lorsqu'un reclus refuse de manger, il peut être nourri par gavage et subit alors une forme de contamination physique interne.

Autre aspect de la contamination physique : lorsque l'agent contaminateur est un autre être humain, le reclus subit de surcroît l'influence de contacts interpersonnels — et par conséquent de tout un système de relations sociales imposées par la force. De la même manière, lorsque le reclus n'exerce plus le moindre contrôle sur ceux qui l'observent dans sa fâcheuse situation ou qui connaissent son passé, il subit l'emprise de ce système de relations forcées qui l'unit à ces gens, car c'est à travers cette perception et cette connaissance que doivent passer les contacts interhumains.

Le type même de la contamination interpersonnelle dans notre société est sans doute le viol. Sans aller jusqu'aux violences sexuelles, bien que l'on n'en puisse contester l'existence dans les institutions totalitaires, il existe de multiples cas moins dramatiques. Au moment de l'admission, les vêtements que l'on a sur soi sont palpés et tripotés par un employé qui les détaille et en prépare le rangement. Le reclus lui-même se voit palpé et cela peut aller jusqu'à l'examen rectal, maintes fois mentionné dans la littérature ⁴⁶.

45. Cf. Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 122.

46. Cf. Lowel Naevé, *A Field of Broken Stones*, New-Jersey, Libertarian Press, Glen Gardner, 1950, p. 17; Kogon, *op. cit.*, p. 67; Holley Cantine & Dachine Rainer, *Prison Etiquette*, New York, Retort Press, Bearsville, 1950, p. 46.

Plus tard, au cours de son séjour, il pourra subir des fouilles pratiquées sur sa personne ou sur le coin qu'il occupe pour dormir — fouilles de routine ou mesures consécutives à des désordres. Dans tous les cas, autant que la fouille, c'est son auteur même qui pénètre au cœur du domaine réservé de l'individu et viole ainsi l'intimité de la personne. Même les inspections de routine peuvent avoir cet effet, comme Lawrence le laisse entendre :

« Autrefois les hommes devaient chaque semaine ôter leurs chaussures et leurs chaussettes pour présenter leurs pieds à un officier qui les inspectait. Au moment où vous vous baissiez pour regarder, cet homme qui avait pourtant reçu la meilleure éducation vous envoyait son pied dans la figure. Même chose pour les "attestations de bains", certificats du sous-officier attestant que vous aviez pris un bain dans la semaine. Un seul bain ! Et les revues de paquetages, les revues de chambres, les revues de détail... autant d'occasions d'infliger des vexations pour les plus rigides des officiers et de se conduire en brutes pour les fouinards. Oh, il faut faire preuve du plus grand tact pour toucher à la personne d'un pauvre homme sans l'offenser ⁴⁷. »

La contamination morale.

Le mélange des groupes d'âge, des ethnies ou des races pratiqué dans les prisons ou dans les hôpitaux psychiatriques peut en outre donner au reclus l'impression d'être contaminé par le contact de co-détenus indésirables. Témoin ce récit dans lequel un ancien élève de *public-school* décrit son entrée à la prison :

« Un autre gardien s'avança avec une paire de menottes et m'accoupla à un petit juif qui se lamentait doucement en yiddish ⁴⁸... »

47. Cf. Lawrence, *op. cit.*, p. 196.

48. Cf. Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 14.

Soudain, me vint la pensée terrible que je pourrais avoir à partager ma cellule avec le petit juif et je fus saisi de panique. Cette pensée m'obsédait à l'exclusion de toute autre ⁴⁹... »

Évidemment, la vie communautaire rend inévitables les contacts et la promiscuité entre reclus. À la limite, comme en Chine dans les cellules réservées aux prisonniers politiques, les contacts peuvent devenir quasi permanents :

« À un certain moment de sa captivité, le prisonnier peut s'attendre à se trouver placé dans une cellule qu'il partage avec sept ou huit autres détenus. Si on l'a isolé, pendant la période initiale d'interrogatoire, le changement peut intervenir dès que sa "confession" a été reçue. Mais un grand nombre de prisonniers sont placés en cellule collective dès le début de leur emprisonnement. Cette cellule est en principe nue et à peine assez grande pour contenir le groupe qui lui est affecté. Il y a parfois une plate-forme où l'on s'allonge pour dormir, mais tous les prisonniers dorment à même le plancher et lorsqu'ils sont tous couchés, chaque centimètre est occupé. L'atmosphère est lourde d'une intense promiscuité, la moindre vie privée y est absolument exclue ⁵⁰. »

Dans le même ordre d'idées, Lawrence rapporte les difficultés qu'il lui fallut surmonter pour s'intégrer au groupe des aviateurs qui partageaient sa chambrée :

« Voyez-vous, je ne peux pas jouer à n'importe quoi avec n'importe qui et une timidité naturelle me tient à l'écart de cette espèce de solidarité maçonnique qui les unit ; solidarité faite de vantardise, de larcins, d'emprunts et de propos grossiers, et cela en dépit de la sympathie que j'éprouve pour la désinvolture, toute de franchise fonctionnelle, dans laquelle ils baignent. Dans notre local surpeuplé, nous devons inévitablement tout dévoiler y compris ce que, par pudeur physique, les bonnes manières nous demanderaient précisément de garder caché. On se vante naïvement de son activité

49. *Ibid.*, p. 17.

50. Cf. Hinckle et Wolff, *op. cit.*, p. 156.

sexuelle et l'on exhibe curieusement toute anomalie dans ce domaine, qu'elle ait trait aux appétits ou aux organes. Les supérieurs encouragent ce comportement. Toutes les latrines du camp ont perdu leurs portes. "Faites dormir et... et manger ensemble ces petits... disait, sarcastique, le vieux Jack Mackay, le chef instructeur, et nous les ferons manœuvrer ensemble, ça ira de soi" ⁵¹. »

Une forme répandue de cette contamination s'exprime dans la façon dont on nomme les reclus. Personnel d'encadrement et compagnons s'arrogent le droit d'user envers eux d'un ton familier ou de formules abrégées. Cette attitude dénie aux gens, au moins à ceux qui appartiennent aux classes aisées, la possibilité de garder leurs distances à l'égard des autres grâce aux formules de politesses conventionnelles ⁵². Quand l'individu doit manger des aliments qu'il croit pollués ou nuisibles, la contamination qui en résulte peut provenir du contact que d'autres personnes ont eu avec cette nourriture: ainsi la pratique de mendier sa soupe, forme de pénitence pratiquée dans certains couvents de femmes:

« Elle plaça son bol de terre cuite à la gauche de la Mère supérieure, s'agenouilla, joignit les mains et attendit que deux cuillerées de soupe fussent versées dans le bol qu'elle présentait, telle une mendicante, puis elle procéda de la même façon auprès de la suivante par rang d'âge, et ainsi de suite jusqu'à ce que le bol fût rempli. Lorsque enfin le récipient fut plein, elle retourna à sa place et avala sa soupe, comme elle savait devoir le faire, jusqu'à la dernière cuillerée. Elle essayait de ne pas penser que cette soupe, jetée dans son bol, avait été puisée dans une douzaine d'autres, où l'on avait déjà mangé ⁵³. »

Le danger de contamination prend une autre forme lorsqu'un tiers s'immisce dans les relations qui unissent intimement un individu et des êtres qui lui sont chers. Ainsi le courrier du reclus pourra être lu, censuré et

51. Cf. Lawrence, *op. cit.*, p. 91.

52. Cf. Hawler, *op. cit.*, p. 104.

53. Cf. Hulme, *op. cit.*, p. 52-53.

même ridiculisé devant lui ⁵⁴. Les visites devront également être publiques, conformément au règlement des prisons:

« ...Mais quel sadisme préside aux dispositions prises pour ces visites! Une heure par mois, ou deux demi-heures, dans une grande salle où peuvent se trouver une vingtaine d'autres couples, avec les gardiens qui rôdent tout autour pour s'assurer que vous n'êtes pas en train d'échanger des plans ou du matériel d'évasion! Nous nous retrouvions de part et d'autre d'une table large de 1 m 80 au milieu de laquelle était dressée une planche haute de 15 centimètres, pour empêcher sans doute jusqu'à nos microbes de se mêler. On nous permettait d'échanger une poignée de mains hygiénique au début de la visite, une autre à la fin. Le reste du temps, nous ne pouvions que demeurer assis et nous regarder mutuellement pendant toute la durée de la visite, de part et d'autre de ce désert ⁵⁵. »

« Les visites ont lieu dans une pièce située près de la porte principale. On y trouve une table de bois, le prisonnier s'assoit d'un côté, ses visiteurs de l'autre. Le gardien est assis au bout de la table, il entend chaque mot, observe chaque geste et chaque expression du visage. Il n'y a pas la moindre intimité, même lorsqu'un homme retrouve sa femme après plusieurs années de séparation. Aucun contact n'est autorisé entre prisonnier et visiteur et bien sûr, aucun objet ne peut être échangé ⁵⁶. »

La pratique des confessions érigée en système réalise, comme on l'a déjà mentionné, une version plus achevée de ces dangers de contamination. Quand un individu doit dénoncer un être cher, surtout en sa présence, cette confession faite devant des tiers peut corrompre profondément les relations qu'il entretient avec lui et, par là même, sa propre personnalité, témoin cet épisode de la vie d'un couvent:

« Parmi les sœurs dont la faiblesse était d'être trop sentimentales, les plus courageuses se levaient ensemble au cours de la séance de confession et s'accusaient réciproquement

54. Cf. Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 128.

55. Cf. Hassler, *op. cit.*, p. 62-63.

56. Cf. Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 175.

d'avoir cherché à se rapprocher l'une de l'autre ou bien de s'être parlé, pendant la récréation, à l'écart des autres. En dévoilant au grand jour — au prix de quels tourments — leur affinité naissante, elles lui donnaient "le coup de grâce *"; ce que, seules, elles n'auraient pu faire, car c'était dorénavant la communauté tout entière qui veillerait à ce qu'elles fussent toujours séparées. On aiderait ce couple à se détacher de l'une de ces affections personnelles qui souvent voyaient le jour dans la communauté, spontanément et de façon tout aussi inattendue que des fleurs sauvages apparaissent de temps en temps dans le dessin géométrique et régulier des jardins du cloître⁵⁷.»

On trouve des exemples du même genre dans les hôpitaux psychiatriques qui pratiquent sur une grande échelle la thérapie de groupe (*group-therapy*) et organisent des discussions collectives au cours desquelles des couples de malades qui entretiennent des relations intimes sont obligés d'en débattre.

Dans les institutions totalitaires, le fait que les rapports entre individus soient étalés au grand jour peut engendrer des situations plus graves. Il arrive en effet qu'un individu se trouve le témoin passif de sévices commis sur une personne avec laquelle il est lié et la conscience de cette passivité dont tout le monde a été témoin peut constituer une humiliation permanente. Ainsi, dans cet hôpital psychiatrique :

« Leur connaissance des électro-chocs vient du fait que certains malades du quartier 30 ont assisté l'équipe chargée d'administrer cette thérapeutique aux malades en les maintenant, en aidant à les attacher dans leur lit et en les surveillant après la crise. L'administration d'un électro-choc au quartier se fait souvent sous les yeux d'un groupe de spectateurs intéressés. Le malade fait penser à la victime d'un accident : ses convulsions ressemblent à celles de l'agonie, mêmes spasmes, mêmes symptômes d'étouffement et même écume au bord des lèvres. Le malade revient lentement à lui, sans se souvenir de ce qui s'est passé mais

il a donné aux autres le spectacle horrible de ce qui peut leur arriver⁵⁸. »

À propos du châtement par les verges tel qu'on le pratiquait au XIX^e siècle à bord des vaisseaux de guerre, Melville dépeint un processus du même genre :

« Si grand que soit votre désir de fuir la scène qui va suivre, il vous faut pourtant la contempler ou, au moins, être présent sur les lieux où elle se déroule, car les règlements imposent la présence de la quasi-totalité de l'équipage, depuis le capitaine en personne jusqu'au petit mousse chargé de sonner la cloche⁵⁹. »

« Et l'impossibilité de se soustraire à la scène, la brutalité du bras qui le traîne devant les verges et le force à rester là jusqu'à ce que tout soit fini, le spectacle imposé à ses yeux dégoûtés et à son âme, des souffrances et des plaintes d'hommes qui ont partagé son sort, qui ont mangé avec lui, pris le quart avec lui, d'hommes comme lui, portant les mêmes insignes — tout cela donne une idée terrible de l'autorité toute-puissante sous laquelle il vit⁶⁰. »

Autre exemple emprunté à la vie militaire :

« Aujourd'hui, à l'heure de l'appel du soir, le coup de canne traditionnel fit, contre la porte de la chambrée, un vacarme épouvantable, et l'on claqua ensuite cette porte avec tant de violence qu'elle faillit sauter hors de ses gonds. Dans la lumière émergea le caporal Baker titulaire de la Victoria Cross, qui se permettait beaucoup de libertés dans le camp en raison de cette décoration. Il traversa d'un air martial la chambrée et s'avança du côté où je me trouvais, en vérifiant les lits. Le petit Nobby, pris de court, avait un pied chaussé et l'autre nu. Le caporal Baker s'arrêta : "Et toi, qu'est-ce qu'il t'arrive ? — J'étais en train d'enlever un clou qui me fait mal au pied. — Mets ton brodequin en vitesse. Ton nom ?" Il gagna la porte du fond et là se retourna et rugit "Clarke" ! Nobby répondit réglementaire-

* En français dans le texte.
57. Cf. Hulme, *op. cit.*, p. 50-51.

58. Cf. Belknap, *op. cit.*, p. 194.

59. Cf. Herman Melville, *White Jacket*, New York, Grove Press, n. d., p. 135.

60. *Ibid.*, p. 135.

ment : "À vos ordres, caporal", et, tout en boitant, enfila la ruelle aussi vite qu'il put (nous devons toujours courir quand on nous appelle) pour se figer au garde-à-vous devant lui... Un moment, puis sèchement "Retourne à ton lit". Le caporal attendit sans bouger et nous fîmes de même, alignés auprès de nos lits. Nouvel ordre acerbe : "Clarke !"... la scène se renouvela plusieurs fois, devant les quatre rangs que nous formions, et nous la regardions, étroitement liés à la fois par la honte et par la discipline. Nous étions des hommes et devant nous un homme en avilissait un autre ; ce faisant il s'avilissait lui-même et, avec lui, toute l'espèce humaine. Baker cherchait à provoquer un incident en poussant l'un d'entre nous à commettre un acte ou à prononcer une parole qui pussent constituer un chef d'accusation ⁶¹. »

La littérature des camps de concentration révèle évidemment les cas extrêmes d'expériences de mortifications semblables :

« Un juif de Breslau, nommé Silbermann, fut contraint de rester présent, sans bouger, devant le sergent S. S. Hoppe qui torturait son frère jusqu'à la mort. Ce spectacle rendit fou Silbermann qui, tard dans la nuit, causa une panique générale en hurlant comme un possédé que le baraquement était en flammes ⁶². »

III. LES VOIES DE LA DÉPERSONNALISATION.

Tous ces types élémentaires et directs d'agression contre la personnalité affectent sous diverses formes d'altération et de souillure la signification des événements qui touchent immédiatement le reclus et le rendent dramatiquement impuissant à corroborer la représentation qu'il s'était formée de lui-même. Il est une autre forme de mortification dont les effets sont moins directs et dont la signification pour l'individu est

61. Cf. Lawrence, *op. cit.*, p. 62.

62. Cf. Kogon, *op. cit.*, p. 160.

moins facile à déterminer : celle qui naît de la rupture du lien qui unit habituellement l'agent à ses actes.

Le ricochet.

Citons en premier lieu le ricochet (*looping*), pratique consistant à provoquer une riposte défensive qui sert de prétexte à une nouvelle attaque. L'individu se rend alors compte que sa riposte à l'agression s'écroule en tant qu'élément défensif pour s'intégrer à la situation traumatisante ; il se découvre impuissant à se défendre par les moyens habituels, en prenant du recul par rapport à l'agression.

Les modèles imposés en matière de déférence dans les institutions totalitaires illustrent cet effet de ricochet. Dans la vie quotidienne, lorsqu'un individu se trouve dans l'obligation de subir des événements ou d'obéir à des ordres en contradiction avec l'idée qu'il a de lui-même, il peut, jusqu'à un certain point, sauver la face en boudant pour exprimer sa réprobation, en refusant de prodiguer les signes de déférence habituels, en jurant à part soi, en manifestant discrètement son mépris, son ironie ou sa dérision. Même si les circonstances commandent une docilité de fait, elles n'ont aucun pouvoir sur l'attitude et les expressions de l'exécutant. Bien sûr, il arrive, dans les institutions totalitaires, qu'un individu réponde à des exigences humiliantes par de tels moyens de défense. Mais alors le personnel a directement prise sur ce comportement en sanctionnant ultérieurement la bouderie ou l'insolence. Ainsi, en décrivant le sentiment de souillure intime que ressent son héroïne lorsqu'il lui faut avaler sa soupe mendrée, Kathryn Hulme souligne qu'elle

« effaça de son visage l'expression de révolte qui montait dans son âme délicate tandis qu'elle vidait son bol jusqu'à la lie. Elle savait qu'un seul regard de révolte suffirait à amener le renouvellement de cette terrible humiliation et elle était sûre de ne plus jamais pouvoir la supporter, même pour l'amour du Seigneur ⁶³. »

63. Cf. Hulme, *op. cit.*, p. 53.

Le principe de non-séparation des activités qui prévaut dans les institutions totalitaires crée d'autres formes de ricochet. Dans la vie ordinaire, les différents publics devant lesquels le sujet agit sont chaque fois séparés et de ce fait, les signes explicites ou implicites par lesquels il se révèle dans une circonstance particulière ne peuvent le discréditer en d'autres situations⁶⁴. Dans les institutions totalitaires, les phases de la vie ne sont pas séparées, et la façon dont se comporte un reclus dans une situation donnée peut être utilisée par le personnel soit pour expliquer son comportement soit pour le contrecarrer dans des circonstances tout à fait différentes. Un malade mental qui, au cours d'une consultation où l'on doit établir un diagnostic ou déterminer la nature d'un traitement, s'efforce de paraître bien disposé et dépourvu d'animosité peut se trouver dans le plus cruel embarras lorsqu'on lui oppose, preuves à l'appui, son manque d'entrain pendant les séances de loisirs ou qu'on lui jette à la face les termes amers d'une lettre adressée à un parent et que le destinataire a fait parvenir à l'administrateur de l'hôpital pour être jointe au dossier et produite lors de la consultation.

Les établissements psychiatriques les plus modernes fournissent des exemples parfaits de ce procédé puisqu'ils érigent la rétroaction didactique (*didactic feedback*) en doctrine thérapeutique fondamentale. Une «atmosphère de tolérance» est censée encourager le malade hospitalisé à «projeter» ou à «extérioriser» ses difficultés personnelles qui pourront lui être remises en mémoire au cours de séances de thérapie de groupe (*group therapy*)⁶⁵.

64. Dans la vie normale, quiconque commet un délit ou tout autre forme d'infraction voit tous les secteurs de sa vie affectés par son acte, mais cette dissociation du compartimentage habituel ne s'applique qu'aux délinquants et non à la masse de ceux qui ne commettent pas d'infractions ou de ceux qui en commettent sans être pris.

65. On trouvera un exposé très clair de ces faits dans R. Rapoport et E. Skellern, «Some Therapeutic Functions of Administrative Disturbance», *Administrative Science Quarterly*, II, 1957, p. 84-85.

* *Group therapy*: nom générique pour les psychothérapies au cours desquelles un seul membre du personnel médical traite simultanément un groupe de quatre à trente malades, et dont on attend, par des moyens plus économiques, des résultats comparables à ceux d'une psychothérapie individuelle. La *dance therapy* (ci-dessous, p. 278) est une classe

Ainsi, grâce au ricochet le reclus voit sa réponse à la situation réintégrée à cette situation même et il lui est impossible de maintenir séparées, comme dans la vie courante, les différentes phases de son activité.

L'embrigadement.

Lorsque, dans la vie normale, l'individu parvient à l'âge adulte, il a intériorisé les règles de conduite socialement admises qu'il utilise dans la plupart de ses activités, de sorte que la question de savoir si son action est bonne ou mauvaise ne se pose qu'à certains moments, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'apprécier sa productivité. Le reste du temps, il agit à sa guise⁶⁶ sans avoir besoin de guetter constamment l'arrivée des critiques ou des sanctions. En outre, un grand nombre d'actions sont laissées à son appréciation personnelle, pour lesquelles un large éventail de possibilités propres s'offre à son choix. La plus large part de l'activité de chaque individu s'exerce hors du contrôle ou du jugement d'une autorité et ne dépend que de lui. Si tel est son intérêt, il peut, en de telles circonstances, établir le programme d'ensemble de ses activités de façon à ce qu'elles s'enchaînent les unes aux autres et se constituer ainsi une sorte de «plan d'activité personnel», comme lorsqu'il retarde son repas de quelques minutes pour achever un travail, ou lorsqu'il abandonne une tâche un peu plus tôt pour aller dîner avec un ami. Dans une institution totalitaire, au contraire, le reclus se voit contraint de soumettre les moindres détails de

d'apprentissage de mouvements élémentaires de danse pour aider au rétablissement de relations sociales; *art therapy* (ci-dessous, p. 278), classe d'expression artistique reposant sur la théorie selon laquelle la projection artistique peut avoir une fonction thérapeutique. (N. d. T.).

66. Le laps de temps que passe un employé à travailler comme il l'entend et sans contrôle peut servir à évaluer son salaire et son statut dans une organisation. Cf. Elliot Jaques, *The Measurement of Responsibility: A Study of Work, Payment, and Individual Capacity*, Cambridge, Harvard University Press, 1956. Et, de la même façon que le «temps d'activité responsable» est un indice de la position de l'individu, un long moment de liberté, loin de toute inspection, en est la récompense.

son activité à la réglementation et au jugement de l'autorité. Sa vie est constamment pénétrée par les interventions coercitives des supérieurs, surtout au début de son séjour, alors que l'obéissance n'est pas encore automatique. Tout règlement frustre le sujet de la possibilité d'ajuster ses besoins à ses objectifs de la manière qui lui paraît la plus efficace et le rend passible de sanctions. C'est l'autonomie de l'acte lui-même qui lui est volée.

Bien que toute société organisée ait recours à ce mode de contrôle, on oublie facilement à quel point, dans les institutions totalitaires, ce contrôle devient pointilleux et contraignant. On en trouve un exemple frappant dans la réglementation routinière d'une prison pour jeunes délinquants :

« À 5 h 30, on nous réveillait et nous devions sauter du lit et nous mettre au garde-à-vous. Quand le garde criait : "Un" nous ôtions notre chemise de nuit, à "Deux" nous la pliions, à "Trois" nous faisons notre lit (deux minutes seulement pour faire le lit d'une façon difficile et compliquée). Et, tout le temps, trois moniteurs nous criaient Allons... Plus vite ! L'habillage était de la même façon, décomposé en temps : Un la chemise, Deux le caleçon, Trois les chaussettes, Quatre les chaussures. Le moindre bruit, une chaussure qui tombait ou qui grattait le plancher, suffisait à nous faire punir. Une fois en bas, chacun restait au garde-à-vous, nez contre le mur, mains de chaque côté du corps, pouces sur les coutures du pantalon, tête redressée, épaules en arrière, ventre rentré, talons joints, regard à l'azimut... Interdiction de se gratter ou de porter la main au visage ou à la tête, interdiction de bouger, même le petit doigt ⁶⁷. »

Autre exemple emprunté à une prison pour adultes :

« La consigne du silence était de rigueur. Pas le droit de parler hors de la cellule, pendant les repas ou le travail. Pas le droit de mettre des gravures dans la cellule ni de regarder à droite ou à gauche pendant les repas. Les croûtons de pain devaient être placés exclusivement à gauche de l'assiette. Les

67. Cf. Hassler, *op. cit.*, p. 155, citant Robert Mc Creery.

prisonniers devaient rester au garde-à-vous, la casquette à la main, aussi longtemps qu'un personnage officiel — visiteur ou gardien — était en vue ⁶⁸. »

Troisième exemple, offert par un camp de concentration :

« Dans les baraquements, les prisonniers étaient submergés par un flot d'impressions nouvelles et déroutantes. C'est lorsqu'il fallait faire les lits que les S. S se déchaînaient particulièrement. Les paillasses informes, aux brins emmêlés devaient être lisses comme une planche, il fallait que la trame du drap fût parallèle aux bords, et les traversins à angle droit ⁶⁹. »

« Les fautes les plus futiles étaient prétextes à châtiment ; le fait, par exemple, de garder les mains dans les poches, par temps froids, ou de remonter le col de son manteau par temps de vent ou de pluie, la moindre déchirure ou la moindre tache sur les vêtements ; des boutons qui manquaient, des chaussures mal cirées... ou, au contraire, trop bien cirées, preuve que leur propriétaire se dérobaît au travail ; un salut oublié, preuve d'une attitude débraillée ; un prisonnier qui rompait l'alignement des files ou des rangs, ou qui ne s'y trouvait pas à la place que lui imposait sa taille ; un prisonnier qui se balançait, qui toussait ou qui éternuait... tout cela pouvait provoquer une explosion de rage de la part des S. S. ⁷⁰. »

Même rigueur dans les instructions données aux militaires pour ranger leur trousseau :

« ... Maintenant la tunique, pliée de façon à ce que la ceinture lui fasse une arête bien nette. Par-dessus, le pantalon, plié aux dimensions exactes de la tunique, avec quatre plis en accordéon tournés vers l'avant. Les serviettes étaient pliées en deux une première fois, puis une deuxième et une troisième fois et disposées à côté de la pile bleue devant laquelle était placé un chandail rectangulaire. De chaque

68. Cf. T. E. Gaddis, *Birdman of Alcatraz*, New York, New American Library, 1958, p. 25. Exemple semblable de la « règle du silence », dans une prison britannique dans Frank Norman, *Bang to Rights*, Londres, Secker & Warburg, 1958, p. 27.

69. Cf. Kogon, *op. cit.*, p. 68.

70. *Ibid.*, p. 99-100.

côté, une bande molletière roulée. Les chemises étaient empilées deux par deux comme des briques de flanelle. Devant elles, les caleçons. Entre elles, venaient s'encastrent les chaussettes, impeccablement roulées. Nos sacs étendus à plat, avec, sur le dessus, disposés dans cet ordre, couteau, fourchette, cuillère, rasoir, peigne, brosse à dents, blaireau, patience *⁷¹.»

Citons aussi cette ancienne nonne qui dut apprendre à garder les mains immobiles et cachées⁷² et accepter de n'avoir dans ses poches que les six objets auxquels elle avait droit⁷³. Un ancien malade mental parle de l'humiliation qu'il ressentait à se voir distribuer le papier hygiénique parcimonieusement à chaque fois qu'il en demandait⁷⁴.

Comme on l'a dit précédemment, l'un des moyens les plus efficaces pour briser le plan d'activité personnel est d'obliger l'individu à solliciter une autorisation et du matériel pour des actes mineurs qu'à l'extérieur il pourrait accomplir de son propre chef : pour fumer, par exemple, ou se raser, pour aller aux toilettes, téléphoner, dépenser de l'argent ou expédier des lettres. Ainsi, l'individu doit non seulement assumer un rôle de soumission et de supplication qui n'est pas naturel chez un adulte, mais tous ses actes peuvent être interceptés par le personnel. Au lieu de se voir accorder sur-le-champ et automatiquement ce qu'il demande, le reclus peut être l'objet de taquineries, de refus, de questions qui n'en finissent pas ; on peut aussi l'ignorer ou l'éconduire purement et simplement, comme le laisse entendre cette ancienne malade mentale :

« Quiconque ne s'est jamais trouvé dans une telle situation d'impuissance ne peut certainement pas concevoir l'hu-

miliation qu'éprouve un être, en bonne santé mais placé dans l'incapacité de remplir lui-même les fonctions les plus élémentaires, lorsqu'il lui faut quémander sans arrêt des choses aussi simples que du linge propre, ou du feu pour allumer sa cigarette à des infirmières qui l'envoient constamment promener en lui disant : « une minute, ma chère » et s'éloignent, en l'abandonnant là. Même les employés de la cantine semblaient ralliés à l'opinion courante que c'était perdre son temps que d'user de politesse envers les fous, et ils faisaient attendre un malade indéfiniment pendant qu'ils discutaient avec des amis⁷⁵. »

Ainsi l'autorité, dans les institutions totalitaires, s'exerce sur une multitude de détails — habillement, tenue, manières — qui sont soumis à un examen critique de tous les instants. Il est très difficile pour le reclus d'échapper à l'emprise des fonctionnaires qui le jugent et au réseau de contraintes qui l'enveloppent. Une institution totalitaire ressemble à une école de perfectionnement pour jeunes filles, mais à une école qui enseignerait l'art de la distinction tout en ne le pratiquant guère.

Deux aspects de cette tendance à multiplier des règlements draconiens méritent notre attention. En premier lieu, le mécanisme de ces règlements exige souvent, pour l'exercice des activités imposées, une action synchronisée de tous les co-reclus, c'est ce que l'on désigne parfois sous le nom d'« embrigadement ». En second lieu, ces contraintes omni-présentes s'intègrent à un système d'autorité de type collectif en vertu duquel *n'importe quel* membre du personnel dispose ès-qualités d'un droit de sanction indiscutable à l'égard de *n'importe quel* membre de la classe des reclus, ce qui augmente considérablement les risques de sanction (principe semblable, notons-le en passant, à celui qui, dans certaines petites villes américaines, donne à *n'importe quel* adulte le droit de corriger *n'importe quel* enfant hors de la présence de ses parents et d'exiger de lui de menus services). Hors des institutions totalitaires, dans notre société, l'adulte est

75. Cf. Johnson et Dodds, *op. cit.*, p. 39.

* Ustensile utilisé par les militaires pour astiquer leurs boutons sans tacher l'uniforme. (N. d. T.).

71. Cf. Lawrence, *op. cit.*, p. 83. Dans cet ordre d'idées, voir ce qu'écrivit M. Brewster Smith sur le concept de *chicken* (poulet) dans Samuel Stouffer *et al.*, *The American Soldier*, Princeton, Princeton University Press, 1949, Vol. I, p. 390.

72. Cf. Hulme, *op. cit.*, p. 3.

73. *Ibid.*, p. 39.

74. Cf. Ward, *op. cit.*, p. 23.

normalement sous l'autorité d'une *seule personne*, son supérieur direct s'il s'agit de son travail, ou son conjoint s'il s'agit de ses devoirs domestiques. La seule autorité de type classificatoire qu'il ait à affronter est la police ; et encore ne se manifeste-t-elle qu'à certains moments et pas toujours quand il le faudrait, sauf peut-être la police de la route.

Étant donné ce type d'autorité et ces nouveaux règlements omniprésents et tyranniques, on peut s'attendre à ce que les reclus, surtout les nouveaux, vivent dans l'angoisse chronique d'enfreindre le règlement, avec les conséquences que cela implique, tortures ou mort dans un camp de concentration, risques de renvoi dans une école militaire ou de relégation dans un autre quartier dans un hôpital psychiatrique.

« Pourtant, même dans l'ambiance de liberté et de cordialité apparentes d'un quartier ouvert, je trouvais encore un arrière-plan de menaces qui me donnait l'impression d'être mi-prisonnier, mi-indigent. À la moindre faute — qui pouvait aller du mouvement de nervosité à l'antipathie d'une sœur à son égard — on laissait entendre au coupable qu'il retournerait dans un quartier fermé. On brandissait si souvent devant moi la menace d'un retour au quartier J si je ne mangeais pas que cela devint une obsession et que tous les repas me dégoûtèrent, même ceux que j'aurais pu normalement avaler ; sous l'effet d'une terreur identique, d'autres malades se voyaient contraints à des tâches inutiles ou ingrates ⁷⁶. »

Seule une vigilance de tous les instants permet d'éviter les ennuis et, pour ne pas courir le risque d'incidents, le reclus renonce même, parfois, à la libre fréquentation de ses compagnons.

IV. RÉCLUSION ET ALIÉNATION.

Pour conclure cette description des procédés de mortification, il faut souligner trois points généraux.

76. Cf. Johnson et Dodds, *op. cit.*, p. 36.

La perte de l'autonomie.

D'abord, les institutions totalitaires suspendent ou dénaturent ces actes mêmes dont la fonction dans la vie normale est de permettre à l'agent d'affirmer, à ses propres yeux et à la face des autres, qu'il détient une certaine maîtrise sur son milieu, qu'il est une personne adulte douée d'indépendance, d'autonomie et de liberté d'action. S'il ne peut conserver cette sorte de libre-arbitre propre au statut de l'adulte, ou qui du moins le symbolise, le reclus peut éprouver la terreur de se sentir irrémédiablement rétrogradé dans la hiérarchie des âges ⁷⁷.

L'un des signes de l'indépendance est la marge de choix laissée à l'individu pour exprimer dans sa conduite l'hostilité, l'affection ou l'indifférence. Cette autonomie est moins évidente lorsqu'elle s'accompagne d'obligations précises comme celle d'écrire à la famille une fois par semaine ou de réprimer toute expression de mécontentement. Elle l'est encore moins lorsque cette liberté de conduite est tenue pour révélatrice de l'équilibre mental ou de la conscience religieuse ou politique de l'individu.

Dès qu'il arrive à l'institution, l'individu se trouve presque entièrement privé de certains éléments de confort matériel auxquels il attachait de l'importance, un lit moelleux par exemple ⁷⁸, ou la tranquillité nocturne ⁷⁹. Cette perte de confort traduit aussi une perte d'autonomie personnelle, car il s'agit là de facilités que l'individu cherche à se procurer dès le moment où il dispose de ressources suffisantes pour les acquérir ⁸⁰.

Dans les camps de concentration, il semble que l'on ait voulu sanctionner cette aliénation par de véritables

77. Cf. Sykes, *op. cit.*, p. 73-76, « The Deprivation of Autonomy ».

78. Cf. Hulme, *op. cit.*, p. 18 ; Orwell, *op. cit.*, p. 521.

79. Cf. Hassler, *op. cit.*, p. 78. Johnson et Dodds, *op. cit.*, p. 17.

80. C'est une des origines de ces auto-mortifications que l'on pratique dans la vie courante lorsqu'on passe ses vacances en campant, et qui doivent procéder de l'idée qu'il est possible d'acquérir un nouveau sens du moi en renonçant de son plein gré à des éléments de confort auxquels on s'était préalablement habitué.

cérémonies. Témoins ces récits atroces de prisonniers que l'on obligeait à se rouler dans la boue⁸¹ à se tenir sur la tête dans la neige, à accomplir des besognes d'une inutilité grotesque, à s'injurier⁸² ou, s'ils étaient juifs, à chanter des couplets antisémites⁸³. Les hôpitaux psychiatriques présentent une variante atténuée de ces pratiques. On raconte que certains infirmiers forcent des malades qui demandent une cigarette à dire « S'il plaît à votre aimable bonté... » ou à sauter pour l'attraper. Dans tous les cas de ce genre, le prisonnier est contraint d'abdiquer publiquement sa volonté. Moins concertée, mais tout aussi extrême, est l'atteinte à l'autonomie personnelle que subit celui qui se trouve enfermé dans une salle, serré dans une toile humide ou ligoté dans une camisole et se voit ainsi privé de la liberté de faire le moindre mouvement.

L'usage du langage dans les institutions totalitaires révèle également l'impuissance des reclus. Le fait de transmettre une décision au moyen du langage implique, entre autres, que la personne à laquelle on donne un ordre est apte à recevoir un message et à agir de sa propre initiative pour exécuter ce qui lui a été commandé ou suggéré. En exécutant personnellement l'action, cette personne peut encore garder l'impression d'être maîtresse d'elle-même. En répondant à la question posée dans son propre langage, elle peut garder l'impression de jouir au moins de quelque considération; et, puisqu'il y a seulement échange de mots elle réussit à maintenir, au moins sur le plan physique, un certain écart entre ses interlocuteurs et elle, quelle que soit la répugnance que lui inspirent l'ordre donné ou l'opinion exprimée.

Dans une institution totalitaire, l'individu peut se voir refuser jusqu'à la possibilité d'établir cette distance protectrice et d'entreprendre une action indépendante. Dans les hôpitaux psychiatriques et les prisons politiques en particulier, ses déclarations se trouveront parfois abaissées au rang de simples symptômes,

l'attention du personnel ne portant que sur les aspects non formulés de sa réponse⁸⁴. La plupart du temps, on lui reconnaît un statut insuffisant pour lui accorder ne serait-ce que les signes de la plus élémentaire politesse et à plus forte raison pour l'écouter⁸⁵, ou bien, lorsqu'il s'adresse au reclus, le langage prend une valeur purement rhétorique. Un membre du personnel par exemple peut lui demander « Vous êtes-vous lavé ? » ou bien « Avez-vous bien mis vos chaussettes ? » tout en joignant le geste à la parole pour vérifier lui-même si l'acte a bien été accompli, ce qui rend la question superflue. Au lieu de lui dire d'aller dans une certaine direction à une certaine allure, le gardien va le pousser ou le tirer par la blouse ou encore l'empoigner et le faire marcher de force. Enfin, nous le verrons, le reclus pourra découvrir l'existence d'un langage double: le personnel bafouant l'usage ordinaire pour transposer dans des expressions conventionnelles les faits qui ont trait à la discipline quotidienne.

Les rationalisations de la servitude.

Selon les justifications rationnelles qu'elles proposent aux techniques de mortification, les institutions totalitaires se laissent classer en trois groupes. Dans les institutions religieuses, on reconnaît explicitement l'effet sur la personnalité des dispositions en usage.

« Telle est la signification de la vie contemplative et tel est le sens de toutes ces petites règles en apparence dépourvues de raison d'être, de toutes ces observances, de ces jeûnes, de ces soumissions, de ces pénitences, de ces humiliations et de ces besognes qui constituent la routine de l'existence dans un monastère contemplatif. Tout cela sert à nous rappeler qui est Dieu et ce que nous sommes — que, si nous sommes las de contempler notre image et nous tournons vers Lui,

81. Cf. Kogon, *op. cit.*, p. 66.

82. *Ibid.*, p. 61.

83. *Ibid.*, p. 78.

84. Cf. Alfred H. Stanton et Morris S. Schwartz, *The Mental Hospital*, New York, Basic Books, 1954, p. 200, 203, 205-206.

85. On trouvera un exemple de ce genre de traitement dans Johnson et Dodds, *op. cit.*, p. 122.

c'est Lui, à la fin, que nous trouverons en nous-mêmes, dans notre nature purifiée qui est devenue le miroir de Sa Bonté immense et de Son Amour infini ⁸⁶...»

Dans ce cas, les reclus ne s'emploient pas moins que le personnel à chercher les moyens de mutiler leur personnalité, de sorte qu'à la mortification générale s'ajoute l'auto-mortification, aux restrictions s'ajoutent les renoncements, aux coups l'auto-flagellation, à l'inquisition la confession. L'intérêt manifeste des établissements religieux pour le processus de mortification les rend précieux pour quiconque étudie ces processus. Dans les camps de concentration et, dans une moindre mesure, les prisons, certaines humiliations (comme le fait d'uriner sur un prisonnier) semblent avoir pour raison d'être principale ou exclusive leur signification mortifiante (dans ce cas, bien sûr, le reclus ne participe pas et n'aide pas à la destruction de sa personnalité).

Dans la plupart des autres institutions totalitaires, les mortifications sont officiellement rationalisées en fonction d'autres principes : l'hygiène, prétexte aux corvées de latrines ; la sauvegarde de la vie, invoquée pour faire avaler de force les aliments ; l'aptitude au combat, invoquée pour justifier les règlements militaires relatifs à la présentation du soldat ; la « sécurité », prétexte à l'établissement des réglementations coercitives des prisons. Pourtant dans ces trois types d'institutions totalitaires, les diverses mortifications de la personnalité ne procèdent souvent que du souci de régler aux moindres frais l'activité quotidienne d'un nombre important de personnes sur un espace restreint. De surcroît, dans les trois cas, ces mutilations du moi peuvent être observées lors même que le reclus est consentant et que la direction se propose pour idéal son bien-être.

Des rapports très variables peuvent s'établir entre la conscience que prend le reclus de son impuissance et l'écart qui existe entre les intérêts théoriques de l'établissement et ses désirs personnels. Certaines personnes décident librement, à un moment donné, d'entrer dans

une institution totalitaire et se trouvent par la suite, à leur grand regret, privées de la liberté de prendre d'autres décisions tout aussi importantes ; en d'autres circonstances, et notamment chez les religieux, les reclus peuvent très bien conserver constamment leur désir initial de purification par la perte de leur volonté personnelle. Mais quel que soit le degré d'attachement du reclus à sa personnalité antérieure, les institutions totalitaires sont toujours fatales à cette personnalité.

Interprétation sociologique et interprétation psychologique.

Dans cet essai, nous nous sommes astreints à référer la relation des faits essentiels concernant la personnalité à une description des dispositions institutionnelles qui structurent les prérogatives individuelles de chaque participant, c'est-à-dire à rester dans une perspective sociologique qui, cela va de soi, implique aussi une dimension psychologique. En effet, les procédés de mortification ne sont pas sans influence sur les conclusions que peuvent tirer ceux qui ont coutume de voir dans le maintien d'un individu, dans sa conduite et sa situation, les manifestations symboliques de sa personnalité. Le processus de la prise de conscience n'est effectivement pas à négliger, les dispositions sociales étant nécessairement interprétées par l'individu (et les autres) en fonction de l'image de lui-même qu'elles supposent. Mais, comme je l'ai indiqué, la relation entre cette prise de conscience et les autres processus psychologiques est soumise à des variations considérables. En vertu du symbolisme en vigueur dans notre société, le fait d'avoir le crâne rasé passe facilement pour une mutilation de la personnalité, mais cette mortification de nature à exaspérer un malade mental peut fort bien réjouir un moine.

Mortification ou mutilation de la personnalité engendrent le plus souvent une tension aiguë chez l'individu ordinaire, mais elle peuvent apporter un apaisement psychologique à celui qui se trouve las du monde ou qui s'y sent coupable. En outre, le choc psychologique (*psychological stress*) qu'engendrent souvent

86. Cf. Merton, *op. cit.*, p. 372.

les agressions contre la personnalité, peut également avoir des causes dont on distingue mal les liens avec le moi : perte de sommeil, insuffisance de nourriture, hésitations sur le parti à prendre... De la même façon, certaines formes d'anxiété ou l'absence de divertissements — cinéma, livres — peuvent aggraver considérablement les effets psychologiques d'une violation des frontières du moi, même si, en eux-mêmes, ces facteurs n'ont rien à voir avec la mortification de la personnalité. Bien que dans les faits ces deux aspects du problème soient souvent liés, les deux structures différentes apparaissent dans une perspective analytique.

V. LE SYSTÈME DES PRIVILÈGES.

Dans le même temps où se développe le processus de mortification, le reclus s'initie — officiellement ou officieusement — à ce que nous appellerons le « système des privilèges »*. Dans la mesure où l'institution, par ses opérations de dépouillement, force le reclus à se défaire de son moi antérieur, c'est pour une grande part le système des privilèges qui lui fournit la charpente de sa nouvelle personnalité.

Caractéristiques générales.

Premier élément de ce système : le « règlement intérieur », ensemble de prescriptions et d'interdictions pour une grande part explicitement formulées qui fixent les principales exigences auxquelles le reclus devra plier sa conduite. Ces règles précisent dans le détail le déroulement routinier et austère de la vie du reclus. Les formalités d'admission, qui coupent le nouvel arrivant de

* *Privilege system.* Sous cette expression générale, l'auteur désigne par *privilege* l'ensemble des droits, devoirs, etc., découlant de l'application d'un règlement particulier, strict. Mais il utilise également ce terme isolément et de façon plus restrictive pour désigner les seuls avantages ou faveurs dont peut bénéficier le reclus en certaines circonstances particulières. (N. d. T.).

ses attaches antérieures apparaissent comme un moyen utilisé par l'institution pour le préparer à entamer une vie nouvelle, pliée aux exigences du règlement intérieur.

En second lieu, et formant un contraste vigoureux avec cet ensemble rigide, les récompenses ou les faveurs limitées et clairement définies qui sont accordées au reclus en échange de sa soumission mentale et physique au personnel. Il est important de noter d'ailleurs que ces satisfactions éventuelles sont choisies pour la plupart parmi cet ensemble d'avantages que le reclus tenait autrefois pour acquis. Ainsi sans doute, lorsqu'il était hors de l'établissement, pouvait-il décider sans même y réfléchir de la meilleure manière de faire ou de boire son café, du moment opportun pour allumer une cigarette ou pour parler. Maintenant, de tels droits deviennent problématiques. Offertes sous la forme de chances aléatoires, ces quelques reconquêtes paraissent avoir un effet de réintégration, dans la mesure où elles relient le reclus à l'ensemble du monde perdu en atténuant les symptômes qui trahissent son retranchement de ce monde et la perte de sa personnalité ancienne. Le reclus en arrive, au début surtout, à fixer son attention sur ces détails, au point d'en être obsédé. Il peut, tel un fanatique, passer sa journée à ressasser la possibilité de se procurer ces faveurs ou à attendre le moment où, selon le plan prévu, elles doivent lui être accordées. Ainsi cet exemple caractéristique, extrait de la description par Melville de la vie à bord des navires de guerre :

« Dans la marine américaine, la loi accorde un canon d'eau-de-vie par jour à chaque marin. On le distribue en deux fois, juste avant le petit déjeuner et le dîner. Dès qu'ils entendent le tambour, les marins se rassemblent autour de la grande cuve ou du tonneau qui contient le liquide et à mesure que l'aspirant les appelle par leur nom, ils s'avancent et se régalent du contenu de cette petite mesure en fer blanc que l'on nomme boujaron. Le viveur qui se sert du Tokay sur une desserte vernie ne se lèche pas les lèvres avec plus de satisfaction que le marin devant son boujaron. Il est de fait que, pour beaucoup, la pensée des rasades quotidiennes meuble en permanence de ravissants paysages dont les pers-

pectives reculent à l'infini. C'est le grand espoir de leur vie. Otez-leur leur grog, et la vie n'a plus, à leurs yeux, aucun charme⁸⁷...»

«C'est dans la marine un des moyens les plus courants de sanctionner les fautes légères que de supprimer pour un jour ou une semaine le grog du marin, et les hommes lui sont tellement attachés que cette suppression est pour eux une punition très lourde. On les entend dire parfois: "J'aimerais mieux qu'on me coupe le souffle plutôt que le grog"⁸⁸.»

Bien qu'elle constitue sans doute la caractéristique essentielle de la culture des reclus, la propension à construire un monde autour de ces avantages secondaires est aussi celle qui a le plus de chances d'échapper à une personne étrangère à l'institution, même si elle en a elle-même fait l'expérience auparavant. L'importance que l'on attache à ces avantages conduit parfois à se montrer généreux et à partager, mais le plus souvent elle développe la tendance à quémander, par exemple des cigarettes, des bonbons ou des journaux. On comprend que le sujet de conversation favori soit pour le reclus une évocation de la «bringue» qu'il fera une fois dehors, le récit de ce qu'il fera durant sa permission de sortie ou lorsqu'il devra définitivement quitter l'institution. Ce rêve est lié au sentiment que les «civils» ne savent pas apprécier leur bonheur⁸⁹.

Troisième élément du système, les punitions, encourues en conséquence de la violation du règlement. Au premier rang se place le retrait, temporaire ou permanent, des faveurs ou la suppression du droit de les briguer. En général, les punitions dispensées dans les institutions totalitaires sont plus sévères que tout ce que le reclus a pu subir auparavant dans son milieu familial.

87. Cf. Melville, *op. cit.*, p. 62-63.

88. *Ibid.*, p. 140. Des exemples de ce même procédé, appliqué dans les camps de prisonniers de guerre se rencontrent dans Edgar H. Schein, «The Chinese Indoctrination Program for Prisoners of War», *Psychiatry*, XIX, 1956, p. 160-61.

89. Il n'est pas sans intérêt de comparer cette activité avec la «bombe» qui précède parfois l'entrée à l'institution, au cours de laquelle le futur reclus se livre aux activités qu'il sait qu'on va lui interdire. Pour un exemple, concernant les religieuses, cf. Hulme, *op. cit.*, p. 7.

Dans tous les cas, les mêmes conditions qui donnent à l'attribution de quelques faveurs susceptibles d'être retirées tant d'importance se retrouvent pour donner à leur retrait une signification angoissante.

Particularités du système.

D'abord, punitions et faveurs font partie intégrante du mode d'organisation propre aux institutions totalitaires. Dans le milieu familial, les punitions, quelle qu'en soit la sévérité, sont réservées en général aux animaux et aux enfants. Ce mode de conditionnement du comportement n'est généralement pas appliqué aux adultes pour qui le fait de manquer aux normes imposées entraîne, au lieu d'une punition immédiate et particulière, des conséquences fâcheuses certes, mais indirectes⁹⁰. De plus, il faut insister sur le fait que dans les institutions totalitaires les privilèges ne consistent pas en avantages matériels ou financiers ni en valeurs positives, mais uniquement en l'absence de privations que l'on ne s'attend pas à subir dans la vie courante. Les notions mêmes de châtimement et de récompense n'appartiennent pas à la vie normale. Ensuite, au système des privilèges s'intègre le problème de la sortie. On finit par savoir que certains actes sont de ceux qui impliquent un allongement ou une non-diminution du séjour, alors que d'autres entraînent une réduction de peine. Enfin, punitions et faveurs finissent pas s'insérer dans une perspective de fonctionnalisation des locaux. On en vient à se représenter clairement lieux de travail et lieux de repos comme des endroits qui procurent des privilèges d'une certaine nature et d'une certaine importance, l'administration elle-même déplaçant très fréquemment et très ouvertement les reclus d'un endroit à un autre, selon qu'elle se propose de leur infliger une punition ou de leur accorder une récompense justifiée par leur coopération. Si l'on déplace les reclus, le système reste immuable et l'on peut donc s'attendre à ce que s'instaure une certaine spécialisation de l'espace: tel

90. Cf. S. F. Nadel, «Social Control and Self Regulation», *Social Forces*, XXXI, 1953, p. 265-73.

local, chambre ou salle commune, acquérant aux yeux de tous la réputation de lieu de châtement réservé aux reclus particulièrement rebelles de la même manière que, pour le personnel, certaines gardes équivalent à des punitions.

Composé d'éléments relativement peu nombreux qui sont rassemblés en fonction d'une intention explicite et dont les membres de la collectivité sont clairement informés, le système des privilèges a pour effet d'obtenir la participation de gens qui ont souvent des raisons de ne pas se montrer coopératifs⁹¹ :

«La maîtrise avec laquelle le surveillant fait fonctionner son système de contrôle est renforcée par le fait qu'il dispose d'un pouvoir à la fois positif et négatif. Ce pouvoir joue un rôle essentiel dans la surveillance qu'il exerce sur le quartier. Il peut distribuer des faveurs au malade, comme il peut le punir. Entendons par faveurs l'attribution du meilleur travail, d'une chambre et d'un lit plus confortables, de petites douceurs comme le droit de prendre le café au quartier, de bénéficier d'une intimité légèrement supérieure à celle dont jouit le malade moyen, la possibilité de sortir du quartier sans surveillance, d'approcher le surveillant ou les représentants du corps médical plus librement que la moyenne des malades et de jouir de certains avantages impondérables mais d'importance capitale comme le fait de se voir traiter avec gentillesse et considération.

En guise de sanctions, le surveillant peut suspendre toutes ces faveurs, infliger des tourments psychologiques (tourner en ridicule ou taquiner méchamment le malade), appliquer des châtements corporels ou parfois sévères, ou en menacer le malade, l'enfermer dans une cellule, lui refuser le

91. On a pu faire remarquer que dans certains cas ce système était soit peu développé, soit inefficace. Dans certaines prisons, les récompenses que l'on peut habituellement s'attendre à obtenir à la longue sont accordées d'emblée, et il reste apparemment fort peu de possibilités officielles d'améliorer sa situation. La perte des privilèges accordés est la seule modification qui puisse survenir dans le statut. (Cf. Sykes, *op. cit.*, p. 51-52). On a en outre avancé qu'à partir d'un certain degré de dépouillement le reclus, loin d'être attaché à ce qui lui reste, en arrive à ne plus faire qu'une différence minime entre son état et celui de spoliation complète, ce qui l'amène à cesser d'obéir au personnel au pouvoir duquel il n'est plus soumis, surtout si sa désobéissance peut lui valoir un gain de prestige au sein du groupe des reclus (*ibid.*).

droit d'approcher l'équipe médicale ou fausser l'usage de ce droit, menacer le malade de le porter — ou le porter effectivement — sur la liste des électro-chocs, le transférer dans un quartier peu accueillant et lui assigner régulièrement des tâches désagréables, comme le nettoyage des souillures faites par les autres⁹². »

Cette description tirée d'une étude récente consacrée à un hôpital psychiatrique, nous conduit à évoquer la pratique, dans certaines prisons britanniques, du « système des quatre paliers » : à chaque palier augmentent la rétribution versée pour le travail fourni, le temps à passer en compagnie d'autres prisonniers et la possibilité de consulter les journaux, de prendre des repas en groupe et de participer aux divertissements⁹³.

Implications du système sur la vie dans l'institution.

Un « jargon d'institution » tend à se constituer, qui permet aux reclus de décrire les événements marquants de leur univers propre. Le personnel, surtout aux plus bas échelons, connaît aussi ce langage et l'utilise pour communiquer avec les reclus, alors qu'il revient à une langue plus classique lorsqu'il s'adresse à ses supérieurs ou à des étrangers. En même temps qu'ils acquièrent ce jargon, les reclus apprennent à connaître les différents grades et fonctions, ainsi que les us et coutumes de leur établissement et recueillent des informations qui leur permettent des comparaisons avec la vie dans d'autres établissements similaires.

En outre, personnel et reclus sont parfaitement au fait de ce que l'on nomme, dans les hôpitaux psychiatriques, les prisons et les casernes, les « histoires », terme général qui désigne un processus complexe comprenant la participation à des activités défendues (avec, parfois, tentative d'évasion), sa découverte, et, pour finir l'application d'une sorte de châtement maximum. En général, le statut des privilèges est alors

92. Cf. Belknap, *op. cit.*, p. 164.

93. Cf. Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 99-100.

modifié par le déclenchement de ce que l'on nomme une « opération-mâtage ». Les infractions caractéristiques qui relèvent des « histoires » sont : les bagarres, les saouleries, les tentatives de suicide, le sabotage des examens, le jeu, l'insubordination, l'homosexualité, la tendance à prendre des libertés incongrues et la participation aux rébellions. Bien que ces infractions soient ordinairement imputées à la perversité, au vice ou à la « maladie » du délinquant, elles n'en constituent pas moins, en fait, un répertoire d'actions institutionnalisées, répertoire si limité que les mêmes « histoires » peuvent avoir des causes tout à fait différentes. Les reclus et le personnel peuvent tacitement convenir, par exemple, qu'une forme particulière de désordre constitue un moyen pour le reclus d'exprimer son ressentiment devant une situation qu'il estime ne pas correspondre aux termes des conventions implicites passées entre les deux groupes⁹⁴ ou une manière de retarder sa libération sans avoir à admettre devant ses compagnons qu'il n'a pas vraiment l'intention de s'en aller. Quelle qu'en soit la signification, les désordres de ce genre ont un rôle social important dans l'institution. Ils tendent à compenser la rigidité qui s'instaurerait si l'ancienneté constituait l'unique moyen de promotion dans le système des privilèges. En outre, lorsqu'un reclus ancien dans la maison se trouve rétrogradé pour ces raisons, il entre en contact avec des nouveaux qui sont dans la position de non-privilegiés ; ainsi peut s'effectuer la circulation d'une masse d'informations sur le système et les gens qui y vivent.

Les adaptations secondaires.

Dans les institutions totalitaires s'observe également ce que l'on pourrait nommer le « système des adaptations secondaires » (*secondary adjustments*) ; il consiste en pratiques qui, sans provoquer directement

le personnel, permettent au reclus d'obtenir des satisfactions interdites ou bien des satisfactions autorisées par des moyens défendus. Ces pratiques portent différents noms : « connaître les ficelles », « être à la coule », connaître les « trucs », les « occases », les « combines », « être au parfum ». C'est apparemment dans les prisons que triomphent ces adaptations, très courantes aussi dans d'autres institutions totalitaires⁹⁵. Le reclus y voit la preuve importante qu'il est encore son propre maître et qu'il dispose d'un certain pouvoir sur son milieu ; il arrive qu'une adaptation secondaire devienne comme un refuge pour la personnalité, sorte de « churinga » dans lequel l'âme est censée résider⁹⁶.

L'existence d'adaptations* secondaires permet de penser que le groupe des reclus a élaboré une sorte de code et des moyens implicites de contrôle social pour se garantir contre la délation qui pourrait en menacer le fonctionnement. Dans le même ordre d'idées, on peut penser que le principe de la différenciation sociale tel que l'élabore le reclus relève, pour une part, de ce souci de sécurité dans la mesure où il aboutit à définir d'un côté les « cafards », les « mouchards », les « moutons » ou les « faux jetons » et de l'autre les « types réguliers »⁹⁷. Lorsque les nouveaux arrivants sont susceptibles de jouer un rôle dans le système des adaptations secondaires — en tant que nouveaux éléments factieux ou nouveaux objets sexuels par exemple — on leur souhaite alors la « bienvenue » en accompagnant leur

95. Cf. Norman S. Hayner et Ellis Ash, « The Prisoner Community as a Social Group », *American Sociological Review*, IV, 1939, p. 364 sq. sous le nom de processus de « complaisance abusive » ; cf. également Caldwell, *op. cit.*, p. 650-651.

96. Voir par exemple la description détaillée que fait Melville du combat livré par ses compagnons de bord pour empêcher qu'on leur coupe la barbe, opération d'ailleurs strictement conforme aux règlements de la Marine, Melville, *op. cit.*, p. 333-347.

* Le terme d'« ajustement », parfois employé, nous a semblé trop restrictif pour désigner à la fois les pratiques mentionnées ici et leurs résultats tels que l'auteur les évoque dans la suite de l'ouvrage en particulier dans la troisième étude. (N. d. T.).

97. Cf. Donald Clemmer, « Leadership Phenomena in a Prison Community », *Journal of Criminal Law and Criminology*, XXVIII, 1938, p. 868

94. On trouvera une bibliographie dans Morris G. Caldwell, « Group Dynamics in the Prison Community », *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, XLVI, 1956, p. 656.

arrivée d'une série de complaisances ou de manœuvres séductives qui remplacent les privations outrancières habituelles⁹⁸. C'est aussi sur le système des adaptations secondaires que se fonde la « hiérarchie du ventre », sorte de classification stratifiée des reclus, rudimentaire et dans une large mesure officieuse, réalisée sur la base d'un accès différentiel au ravitaillement illicite. Là encore une hiérarchisation sociale permet de désigner les puissants de ce système commercial illicite⁹⁹.

La complicité dans la réclusion.

Apparemment, c'est le système des privilèges qui constitue la charpente principale de l'édifice à l'intérieur duquel s'opère la restructuration de la personnalité, mais d'autres facteurs concourent au même résultat par des voies différentes. L'abandon des responsabilités sociales et économiques — si prisé pour ses vertus thérapeutiques dans les hôpitaux psychiatriques — en est un, encore que, dans bien des cas, ce moratoire ait des effets qui tendent, semble-t-il, plus à la désorganisation qu'à l'organisation interne. La solidarité qui règne entre les membres de ces établissements a un pouvoir de réorganisation plus important : elle conduit des personnes appartenant à des catégories sociales différentes à se prêter un soutien réciproque et à opposer une résistance commune à un système qui a créé entre eux une intimité forcée et leur a imposé un seul et même destin¹⁰⁰. Le nouveau arrive souvent avec, sur le caractère des reclus des idées conformes aux préjugés

courants dans les milieux populaires, et que partage d'ailleurs le personnel. Puis il découvre que la plupart de ses compagnons sont des gens normaux, capables de se conduire convenablement, en êtres humains dignes de sympathie et de soutien. Les fautes commises au dehors et dont on a pu avoir connaissance cessent d'être le critère infaillible pour apprécier les qualités personnelles d'un reclus — leçon que les objecteurs de conscience par exemple semblent avoir apprise en prison¹⁰¹. De surcroît, si on impute aux reclus quelque crime contre la société, il se peut que le nouvel arrivant en vienne à partager tout à la fois les sentiments de culpabilité de ses compagnons et la défense qu'ils ont minutieusement mise au point pour réagir contre cette culpabilité, même s'il est lui-même parfaitement innocent, ce qui arrive parfois. Un sentiment partagé de l'injustice ainsi qu'un profond ressentiment à l'égard du monde extérieur tendent à se développer et marquent un tournant important dans la « carrière morale » du reclus. Cette riposte au sentiment de culpabilité et de dépossession massive se manifeste sans doute avec la plus claire évidence dans les prisons.

« Lorsqu'un coupable a subi un châtement irrégulier ou excessif et un traitement plus dégradant que ne le prescrivait la loi, il en vient à justifier son acte, ce qu'il n'aurait pu faire au moment où il l'a commis. Il décide de se mettre au niveau du traitement injuste qu'on lui inflige en prison et, en guise de représailles, commet à la première occasion un nouveau délit. C'est cette décision-là qui fait de lui un véritable délinquant¹⁰². »

98. Cf. Ida Ann Harper, « The Role of the Fringer in a State Prison for Women », *Social Forces*, XXXI, 1952, p. 53-60.

99. À propos des camps de concentration, voir les explications de Cohen relatives aux « personnes importantes », Cohen, *op. cit.* ; pour les hôpitaux psychiatriques, cf. Belknap, *op. cit.*, p. 189 ; pour les prisons, voir ce que Clemmer dit des « politiciens ». Cf. Donald Clemmer, *The Prison Community*, Boston, Christopher Publishing House, 1940, p. 277-79 et 298-309 ; cf. aussi Hayner et Ash, *op. cit.* p. 367 et Caldwell, *op. cit.*, p. 651-653.

100. On trouvera une illustration de cette solidarité des reclus dans un internat de garçons dans Dornbush, *op. cit.*, p. 318.

101. Cf. Hassler, *op. cit.*, p. 74, 117. Dans les hôpitaux psychiatriques, il est évident que l'antagonisme du malade à l'égard du personnel tire sa force de la découverte faite par le sujet que la plupart des autres malades, tout comme lui-même, ressemblent beaucoup plus à des gens normaux qu'à tout autre chose.

102. Richard Mc Cleery, « The Strange Journey », *University of North Carolina Extension Bulletin*, XXXII, 1953, p. 24 (italiques dans l'original). D'après Brewster Smith (Stouffer, *op. cit.*), c'est en partant du principe que le camp de formation des officiers permet à l'élève-officier de « gagner » ses droits sur les recrues que celui-ci devient à son tour officier. Les épreuves endurées dans le camp peuvent servir à justifier les satisfactions du commandement.

Un objecteur de conscience tire de sa propre expérience de la prison des conclusions identiques :

« Il est un point que je tiens à mentionner ici, c'est l'étrange difficulté que j'éprouve à me sentir moi-même innocent. J'accepterais facilement l'idée que je suis en train de payer des méfaits identiques à ceux pour lesquels sont inculpés mes compagnons et il me faut faire un effort pour me remettre en mémoire de temps en temps qu'un gouvernement qui croit réellement en la liberté de conscience ne devrait pas mettre des hommes en prison pour l'avoir pratiquée. Par conséquent l'indignation que je ressens devant les pratiques de la prison n'est pas celle de l'innocent persécuté ou du martyr, mais celle du coupable qui estime que son châtement est excessif pour la faute qu'il sanctionne et *qu'il est infligé par des gens qui ne sont pas eux-mêmes purs de tout crime*. Ce sentiment, tous les prisonniers l'éprouvent fortement, et on le trouve à l'origine du profond cynisme qui règne dans les prisons ¹⁰³. »

Deux autres études consacrées au même type d'institutions totalitaires permettent de généraliser ces remarques :

« Dans bien des cas le système social dans lequel s'intègre le reclus lui procure un genre de vie grâce auquel il peut éviter les conséquences psychologiquement catastrophiques d'une intériorisation qui l'amènerait à convertir le rejet dont il est l'objet de la part de la société en rejet de soi. Ce système permet en fait au détenu de rejeter ceux qui l'ont rejeté plutôt que lui-même ¹⁰⁴. »

On voit le paradoxe de certaines politiques de tolérance soi-disant thérapeutiques : en reportant son hostilité sur des objets extérieurs, le reclus devient moins capable de protéger son moi ¹⁰⁵.

Il existe une forme d'adaptation secondaire qui reflète à la perfection le processus de fraternisation et le rejet

103. Cf. Hassler, *op. cit.*, p. 97 (italiques dans l'original).

104. Llyod W. Mc Corkle et Richard Korn, « Resocialization Within Walls », *The Annals*, CCXCIII, mai 1954, p. 88.

105. Cette possibilité est développée, avec beaucoup de mordant, *ibid.*, p. 95.

du personnel d'encadrement : ce sont les chahuts collectifs. Bien que l'alternative punitions-récompenses ne puisse s'appliquer qu'à des infractions individuelles dont l'origine est identifiable, il arrive que la solidarité des reclus soit assez forte pour alimenter de brèves manifestations d'hostilité, anonymes ou collectives. Ces manifestations consistent par exemple à scander des slogans ¹⁰⁶ à huer certains représentants de l'administration ¹⁰⁷, à taper sur les plats, à refuser collectivement de manger et à commettre de légers sabotages ¹⁰⁸. Ce sont là des actes destinés à « faire sortir de leurs gonds » ceux contre qui ils sont dirigés : on s'en prend à un garde, à un geôlier, à un surveillant d'hôpital — voire à l'ensemble du personnel — pour l'agacer, le railler ou lui faire subir d'autres tourments sans grande portée, jusqu'à ce qu'il commence à perdre son sang-froid et se lance dans une riposte qui demeure inopérante.

Outre cette complicité générale, des liens plus différenciés se forment entre les reclus. Parfois, une complicité particulière s'établit à l'intérieur des limites matérielles de tel secteur clos, quartier ou pavillon, dont les occupants ont l'impression d'être traités par l'administration comme une unité autonome et en retirent le vif sentiment de partager un destin commun, comme le montre Lawrence dans sa description des groupes de l'armée de l'air.

« Le rire, parfois bête, étend sur notre chambrée son brouillard doré. Rassemblez une cinquantaine de types, étrangers les uns aux autres, issus de toutes les classes, et brassez-les bien pendant vingt jours dans une pièce close, faites-leur subir une nouvelle discipline bien arbitraire, usez-les par la pratique de corvées sales, stupides, indésirables et cependant pénibles... et vous constaterez qu'en dépit de tout, pas un seul propos un peu vif n'a été échangé, pas même entre deux des nôtres. Une telle générosité de corps et

106. Cf. Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 59. Cf. également Norman, *op. cit.*, p. 56-57.

107. Cf. Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 31-40.

108. Cf. *Resistance in Prison* par Clif Bennett, in Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 3-11, aperçu complet et précieux des différentes techniques de chahut collectif.

d'esprit, une vigueur aussi active, une telle ambiance de propreté et de bonne humeur ne pouvaient se maintenir que dans les conditions d'une commune servitude ¹⁰⁹. »

On peut évidemment trouver des unités encore plus petites, clans, liaisons sexuelles plus ou moins stables, et plus importantes peut-être, les « camaraderies » qui permettent à deux reclus de faire admettre de tous leur qualité de « copains » ou de « potes », d'en venir à se prêter mutuellement assistance en toutes circonstances et de se procurer un soutien affectif réciproque ¹¹⁰. Bien que ces appariements amicaux puissent faire l'objet d'une reconnaissance quasi officielle (c'est le cas lorsqu'un maître d'équipage s'arrange pour que deux copains prennent le quart ensemble ¹¹¹), il arrive aussi, comme s'il s'agissait d'un inceste institutionnel, que ces relations se heurtent à une sorte de tabou qui a pour fonction d'empêcher les couples de créer leur propre univers dans l'institution. En fait, dans certaines institutions totalitaires, l'administration craint que la solidarité qui règne entre certaines catégories de reclus ne constitue la base d'une activité concertée interdite par le règlement et s'efforce consciemment de faire obstacle dès le début à la formation de groupes.

VI. LA STRATÉGIE DE L'ADAPTATION AUX INSTITUTIONS TOTALITAIRES.

S'il est vrai que certaines tendances à la solidarité — fraternisation ou formation de clans — se manifestent dans ces établissements, elles n'en demeurent pas moins limitées. Les contraintes qui amènent les reclus à fraterniser ou à communiquer les uns avec les autres

109. Cf. Lawrence, *op. cit.*, p. 59. (Les points de suspension sont dans le texte original).

110. Cf. Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 30; Behan, *op. cit.*, donne d'amples renseignements sur les relations entre copains ou potes.

111. Cf. S. A. Richardson, « The Social Organization of British and United States Merchant Ships », monographie inédite que l'on peut consulter à la *New York State School of Industrial and Labor Relations*, Cornell University, 1954, p. 17.

ne favorisent pas nécessairement une grande solidarité et un moral excellent à l'intérieur des groupes. Dans certains camps de prisonniers, le détenu n'a parfois aucune confiance en ses compagnons qui éventuellement le volent, l'agressent, le dénoncent et il s'instaure ce que certains considèrent comme un état d'anomie ¹¹². Si, dans les hôpitaux psychiatriques, de petits groupes de deux ou trois personnes peuvent partager et garder des secrets face aux autorités, toute information connue de l'ensemble des malades d'un quartier arrive inmanquablement à l'oreille du surveillant; dans les prisons, il est arrivé que les reclus fussent assez fortement organisés pour soutenir des grèves ou déclencher d'éphémères émeutes; dans les camps de prisonniers, on a vu parfois des sections de prisonniers s'organiser pour mettre sur pied des moyens d'évasion ¹¹³; dans les camps de concentration, à certaines périodes, on a vu fonctionner une organisation clandestine active ¹¹⁴, et les navires ont parfois connu des mutineries; mais il semble que ces actions concertées soient l'exception plutôt que la règle. Cependant, même si la loyauté à l'égard du groupe est en réalité assez peu répandue à l'intérieur des institutions totalitaires, le fait que l'on s'attende à l'y rencontrer fait partie de la culture des reclus et est à l'origine de l'hostilité témoignée à ceux qui rompent la solidarité du groupe.

Le système des privilèges et les procédés de mortification que nous avons relevés constituent les conditions auxquelles le reclus doit s'adapter. Sauf s'il s'agit de mettre sur pied une action subversive commune, le même reclus peut avoir recours à différents modes personnels d'adaptation selon le développement de sa carrière morale, à moins qu'il ne fasse, dans la même période, usage alternativement de telle ou telle tactique.

112. On trouvera un exposé complet de ce thème dans D. Cressey et W. Krassowski « Inmate Organization and Anatomy in American Prisons and Soviet Labor Camps », *Social Problems*, V, hiver 1957-58, p. 217-30.

113. Cf. P. R. Reid, *Escape from Colditz*, New York, Berkeley Publish Corp., 1956.

114. Cf. P. Foreman, « Buchenwald and Modern Prisoner-of-War Detention Police », *Social Forces*, XXXVII, 1959, p. 289-98.

Le repli sur soi.

La première de ces tactiques est le repli sur soi (*situational withdrawal*). Le reclus cesse apparemment de prêter attention à tout ce qui ne se passe pas en sa présence immédiate, affectant même de considérer les choses dans une perspective différente de celle des autres. Ce refus radical de toute participation personnelle aux événements interférents est bien connue, dans les hôpitaux psychiatriques, sous le nom de « régression ». Certains aspects de la « psychose des prisons » ou du « simple dérangement » relèvent de ce type d'adaptation ¹¹⁵ de même que certaines formes de « dépersonnalisation aiguë » enregistrées dans les camps de concentration et le « mal des soutiers » qui semble se manifester chez les vieux matelots de la marine marchande ¹¹⁶. Je ne pense pas que l'on sache si ce mode d'adaptation prends la forme d'un processus unique de désengagement avec des degrés d'intensité variables ou s'il procède par étapes avec paliers uniformes. Compte tenu de l'importance des forces qu'il faudrait déployer pour faire sortir un reclus de cet état et du peu de moyens dont on dispose communément pour le faire, cette forme d'adaptation est en général effectivement irréversible.

L'intransigeance.

La seconde tactique pourrait s'appeler la « voie de l'intransigeance ». Le reclus lance un défi volontaire à l'institution en refusant ouvertement de collaborer avec le personnel ¹¹⁷. Cela permet d'afficher une attitude d'intransigeance constante et parfois un moral individuel excellent. C'est l'esprit qui règne, par exemple, dans certains quartiers de plusieurs grands hôpitaux psychiatriques. Pour rejeter ainsi de façon permanente une institution totalitaire, il faut se référer constamment

115. Cette question a été déjà traitée, cf. P. Nitsche et K. Wilmanns, « The History of Prison Psychosis », *Nervous and Mental Disease Monograph Series*, n° 23, 1912.

116. Cf. Richardson, *op. cit.*, p. 42.

117. Cf. ce qui est dit des « Rebelles » (*the resisters*) in Shein, *op. cit.*, p. 166-67.

aux règles explicites de son organisation et, paradoxalement, s'intégrer, en un certain sens, profondément à l'établissement. Réciproquement, lorsque l'administration se donne pour ligne de conduite de venir à bout de l'intransigeance du reclus (ce qui amène certains psychiatres à prescrire l'électrochoc ¹¹⁸, ou les tribunaux militaires à prononcer des sentences d'emprisonnement), l'institution fait montre d'autant d'intérêt à l'égard du rebelle que celui-ci lui en a témoigné. En fin de compte, cependant, même si l'on sait que certains prisonniers de guerre sont demeurés inébranlables dans leurs positions farouches pendant toute la durée de leur captivité, cette intransigeance correspond pourtant dans la plupart des cas à l'une des premières phases transitoires de réaction, avant que le reclus ne se laisse aller au repli sur soi ou à tout autre forme d'adaptation.

L'installation.

Le troisième mode d'adaptation classique dans cet univers est l'« installation ». Les bribes d'existence normale que l'établissement procure au reclus remplacent pour lui la totalité du monde extérieur et il se construit une existence stable et relativement satisfaite en cumulant toutes les satisfactions qu'il peut trouver dans l'institution ¹¹⁹. C'est par référence au monde extérieur que l'on apprécie la vie à l'intérieur, ce qui réduit l'habituelle tension entre ces deux mondes et stérilise le dynamisme émotionnel construit sur le sentiment de cette contradiction qui caractérise habituellement ces institutions. Il est à remarquer que l'individu choisissant trop ouvertement cette voie se voit parfois accusé par ses compagnons d'« avoir trouvé un foyer » ou « de ne l'avoir jamais eue si belle ». Cet usage de l'institution peut même devenir quelque peu embarrassant pour l'administration dans la mesure où elle sent que l'on tire un parti incongru des

118. Cf. Belknap, *op. cit.*, p. 192.

119. Dans les hôpitaux psychiatriques on désigne parfois ceux qui prennent cette attitude sous le nom de « malades asilisés ». On dit aussi qu'ils souffrent d'« hospitalité » (*hospitalitis*).

quelques possibilités qu'offre la situation. Les « installés » peuvent se croire tenus de nier les satisfactions que leur procure l'institution, ne serait-ce que pour maintenir l'esprit de résistance sur lequel se fonde la solidarité entre reclus. Il arrive qu'ils éprouvent la nécessité de « faire des histoires » juste avant l'annonce de leur libération pour se donner à eux-mêmes une raison apparemment involontaire de prolonger leur séjour. Fait important, le personnel qui essaie de rendre la vie dans l'établissement plus supportable accroît ainsi les risques d'installation.

La conversion.

La « conversion » constitue un quatrième mode d'adaptation au cadre de l'institution totalitaire. Le reclus semble alors adopter l'opinion de l'administration ou du personnel à son égard et s'efforce de jouer le rôle du parfait reclus. Alors que le reclus « installé » se construit pour lui-même une communauté aussi libre que possible, en usant de toutes les maigres ressources dont il dispose, le converti adopte une attitude plus soumise, rigide, incolore, offrant l'image de celui qui met en toutes circonstances son enthousiasme pour l'institution à la disposition du personnel. Dans les camps chinois de prisonniers de guerre, on trouve des Américains devenus « pro » et totalement convertis à la vision communiste du monde¹²⁰. Il y a dans les casernes des hommes de troupe qui donnent l'impression d'être constamment en train de « lécher les bottes » ou de « fayoter » et dans les prisons, ceux qu'on nomme les « plats-culs ». Dans les camps de concentration nazis, on a pu voir tel prisonnier ancien finir par adopter le vocabulaire, les divertissements, les gestes, les expressions agressives et le costume des hommes de la Gestapo, assumant avec une rectitude toute militaire le rôle de second¹²¹. Cer-

120. Cf. Schein, *op. cit.*, p. 167-69.

121. Cf. B. Bettelheim, « Individual and Mass Behavior in Extreme Situations », *Journal of Abnormal and Social Psychology*, XXXVIII, 1943, p. 447-51. Il faudrait ajouter que, dans les camps de concentration, colonisation et conversion allaient souvent de pair. Cf. Cohen, *op. cit.*, p. 200-203, qui traite le rôle du kapo.

tains hôpitaux psychiatriques ont la particularité d'offrir deux possibilités très différentes de conversion. L'une, qui concerne le nouvel admis, peut apparaître après une période de résistance intérieure normale, lorsqu'il adopte les vues du psychiatre sur son cas, tandis que l'autre guette les malades chroniques et les conduit à adopter le style et la tenue des infirmiers pour les aider à s'occuper des autres patients avec une rigueur qui surpasse parfois celle du personnel lui-même. Et, bien sûr, dans les camps de formation d'officiers, on trouve des élèves dont l'empressement à accepter les tourments personnels qu'ils seront en mesure d'infliger aux autres favorise l'ascension rapide¹²².

Il est un point sur lequel les institutions totalitaires diffèrent de manière significative : plusieurs d'entre elles, comme les hôpitaux psychiatriques les plus modernes, les navires de la marine marchande, les sanatoriums et les camps de lavage de cerveau offrent au reclus la possibilité d'adopter une conduite-type, d'emblée reconnue comme idéale et approuvée par le personnel et qui, dans l'esprit de ses défenseurs, se veut conforme aux intérêts supérieurs de ceux auxquels elle s'applique ; les autres institutions totalitaires (camps de concentration ou parfois même prisons) n'offrent officiellement au reclus aucun idéal dont il pourrait s'imprégner.

Le mélange des styles.

Chacun des modes d'adaptation décrits ici offre une possibilité cohérente, mais il semble que peu de reclus en aient jamais suivi une seule bien loin. Dans la plupart des institutions totalitaires, la majeure partie des membres adopte la tactique qui consiste à « se tenir peinarde » pour employer l'expression de certains d'entre eux. Cela suppose un dosage quelque peu opportuniste d'adaptations secondaires, de conversion, d'installation, ainsi que de loyauté à l'égard du groupe des reclus, de manière à s'assurer le maximum de chances eu égard aux circonstances, et d'en sortir à la fin du compte indemne physiquement

122. Cf. Brewster Smith, Stouffer, *op. cit.*, p. 390.

et moralement ¹²³. Ainsi le reclus partage-t-il l'esprit de résistance de ses compagnons lorsqu'il se trouve avec eux, mais il leur cache la docilité dont il fait preuve lorsqu'il est seul en présence du personnel ¹²⁴. Les reclus qui se tiennent «peinards» subordonnent les relations avec leurs compagnons à la préoccupation majeure de «rester hors du coup». On ne les trouve volontaires pour rien et ils apprennent à ne couper des liens qui les unissent au monde extérieur que ce qu'il faut pour conférer au monde institutionnel et à sa culture une réalité positive, sans pour autant «s'installer» vraiment.

Chacune des tactiques examinées représente une façon de dominer la tension qui existe entre l'univers domestique et l'univers de l'institution. Il arrive cependant que son univers domestique ait été tel que le reclus se trouve, en fait, immunisé contre la banalité du monde institutionnel ; il n'a pas alors à pousser très loin tel ou tel mode de défense. Certains malades d'origine populaire qui sont passés auparavant dans des orphelinats, des maisons de correction ou des prisons ont tendance à se représenter l'hôpital psychiatrique exactement comme n'importe quelle institution du même type, en sorte qu'ils peuvent lui appliquer les techniques adaptatives apprises et mises au point dans les établissements similaires ; ils n'ont rien à modifier dans le cours de leur «carrière morale» pour parvenir à rester «peinards» : ils n'ont qu'à s'abandonner à ce qui est devenu pour

123. Voir ce que dit Schein, *op. cit.*, p. 165-166 — des «débrouillards» ; cf. aussi Robert J. Lifton, «Home by Ship : Reaction Patterns of American Prisoners of War Repatriated from North Korea», *American Journal of Psychiatry*, CX, 1954, p. 734.

124. Le double jeu se rencontre très fréquemment dans les institutions totalitaires. Dans l'hôpital psychiatrique d'État où l'auteur a effectué son étude, même les quelques malades d'élite, sélectionnés pour un traitement psychothérapique individuel, et par là même placés dans les meilleures conditions pour épouser, dans l'approche de leur moi, la méthode psychiatrique, ont tendance à réserver leur opinion favorable sur la psychothérapie à leurs intimes. Sur la façon dont les détenus des prisons militaires cachent à leurs complices leur désir d'être «réintégrés», se reporter aux observations de Richard Cloward consignées dans la quatrième partie de Helen L. Witmer et Ruth Kotinsky eds, *New Perspectives for Research on Juvenile Delinquency*, U. S. Dept of Health, Education and Welfare, Children's Bureau Publication, n° 356, 1956, et particulièrement p. 90.

eux une seconde nature. De même, les jeunes recrues de la marine de commerce britannique originaires des Shetlands échappent-ils apparemment aux dangers de la vie étriquée et rude que l'on mène à bord parce que la vie dans leur île est encore plus sclérosée. Ils font des marins soumis pour l'unique raison que, de leur point de vue, ils n'ont guère de motifs de se plaindre.

Certains reclus atteignent à un état qui les immunise de la même façon parce qu'ils trouvent dans l'institution des compensations spéciales ou un moyen particulier de se rendre insensibles aux agressions. Dans les camps de concentration nazis de la première période, les criminels de droit commun tiraient apparemment des satisfactions compensatrices du fait qu'ils vivaient mêlés à des déportés politiques originaires des couches aisées des classes moyennes ¹²⁵. De même, le vocabulaire propre à ces milieux que l'on utilise au cours des séances de psychothérapie de groupe, et l'idéologie sans attaches de classe de la « psychodynamique » * procurent à certains malades mentaux appartenant aux milieux populaires les plus humbles et frustrés dans leurs ambitions sociales les contacts les plus étroits qu'ils aient jamais eus avec le monde distingué. De même, la force de ses convictions religieuses ou politiques prémunit le vrai croyant contre les coups de l'institution totalitaire. Enfin, le fait, pour un individu, de ne pas parler le langage du personnel peut amener ce dernier à cesser ses tentatives de redressement, ce qui libère l'intéressé de certaines pressions ¹²⁶.

VII. LE POINT DE VUE DU RECLUS.

La première chose qui frappe, dans de nombreuses institutions, c'est, chez le reclus, un penchant particulièrement prononcé à l'égoïsme. Les opérations de

125. Cf. B. Bettelheim, *op. cit.*, p. 425.

* *Psycho-dynamics* : théorie psychologique de la maladie mentale. (N. d. T.).

126. Cf. Schein, *op. cit.*, p. 165 sq. montre que les Chinois laissaient en paix les Porto-Ricains et autres prisonniers de guerre ne parlant pas l'anglais qui pouvaient ainsi s'adonner aux petites besognes de la routine quotidienne.

dépouillement qui marquent l'entrée dans l'institution font régresser l'individu par rapport au rang qu'il occupait au dehors, et cela crée une atmosphère d'échec personnel qui lui rappelle constamment la disgrâce dont il a été l'objet. Par réaction, le reclus se met à forger une «histoire de ses malheurs» souvent triste, sorte de plainte et d'apologie, qu'il répète sans arrêt à ses compagnons pour justifier la médiocrité de sa condition actuelle. Ainsi, bien plus que dans la vie normale, la personnalité du reclus est au centre de ses préoccupations et de ses conversations au point d'engendrer des formes très caractérisées d'apitoiement sur soi¹²⁷. Si le personnel met constamment en doute ces histoires, les compagnons inclinent à faire preuve de tact, en dissimulant au moins partiellement leur incrédulité et l'ennui qu'elles leur procurent, comme on le voit dans ce récit d'un ancien prisonnier :

«Encore plus émouvants sont la délicatesse quasi unanime qui se manifeste lorsqu'on en vient à interroger un camarade sur ses méfaits, et le refus de décider en fonction de ses antécédents des relations que l'on entretiendra avec un condamné¹²⁸.»

De même, aux États-Unis, dans les hôpitaux psychiatriques d'État, l'étiquette autorise bien tel malade à demander à tel autre à quel quartier et à quelle section il appartient, ou encore depuis combien de temps il se trouve à l'hôpital, mais on ne lui pose pas d'emblée de questions relatives aux causes de son internement et, lorsqu'on le fait, on se contente de la réponse presque toujours partielle que l'on obtient.

En second lieu, dans la plupart des cas, les reclus ont le sentiment très vif que le temps passé dans l'institution est perdu, détruit, arraché à leur vie; c'est du temps à porter au compte des pertes, c'est un temps que l'on doit «faire», «tirer» ou «tuer». Dans les prisons et dans les hôpitaux psychiatriques, les termes qui permettent de

décrire la façon dont un individu «fait son temps», sans mal ou péniblement, permettent aussi de mesurer le degré d'adaptation de cet individu à l'institution¹²⁹. Ce temps est, pour ceux qui doivent le «faire», une chose qu'ils ont placée en exergue et à laquelle ils accordent une attention soutenue et constante dont on ne trouve aucun équivalent à l'extérieur. En conséquence, le reclus finit par penser que la période correspondant à la durée de son séjour forcé — sa peine — a été pour lui une période d'exil total, hors de la vie¹³⁰. C'est dans ce contexte qu'il faut envisager les condamnations à perpétuité ou à de longues périodes de réclusion si l'on veut mesurer — et encore, partiellement — leur influence démoralisante¹³¹.

Quelle que soit la rigueur des conditions de vie dans les institutions totalitaires, elle ne suffit pas à rendre compte de ce sentiment de vie gâchée. Il nous faut plutôt en chercher la raison dans le hiatus social imposé par l'entrée à l'institution et dans l'impossibilité fréquente d'y acquérir des avantages susceptibles d'être transférés à l'extérieur : gains financiers, unions matrimoniales ou formation sanctionnée par un diplôme. La doctrine selon laquelle les asiles d'aliénés sont des hôpitaux qui dispensent un traitement à des malades permet entre autres aux reclus qui sacrifient trois ou quatre années de leur existence à ce genre d'exil de se persuader qu'ils œuvrent activement pour leur guérison et qu'une fois guéris le temps passé à cette entreprise leur semblera un investissement sage et avantageux.

Cette conscience du temps mort et pesant explique sans doute le prix attaché aux dérivatifs, c'est-à-dire aux activités poursuivies sans intentions sérieuses, mais suffisamment passionnantes et absorbantes pour faire

129. On trouvera une ample documentation sur la conception du temps dans les institutions totalitaires dans Maurice L. Farber, «Suffering and Time Perspective of The Prisoner», Part. IV, in Kurt Lewin *et al.*, *Authority and Frustration in Studies in Topological and Vector Psychology*, III, University of Iowa Studies in Child Welfare, vol. XX, 1944.

130. À ma connaissance, la meilleure description de ce sentiment de non-existence est l'essai de Freud intitulé *Deuil et Mélancolie* où l'on, voit que cet état se manifeste à la suite de la perte de l'objet aimé. Cf. *Collected Papers of Sigmund Freud*, Londres, Hogarth Press, 1925, vol. IV, p. 152-70.

131. Cf. par exemple Cohen, *op. cit.*, p. 128.

127. On trouvera des exemples sur les prisons dans Hassler, *op. cit.*, p. 18; Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 29-30.

128. Cf. Hassler, *op. cit.*, p. 116.

sortir de lui-même celui qui s'y livre et lui faire oublier pour un temps sa situation réelle. S'il est vrai que dans les institutions totalitaires les activités ordinaires mettent le temps à la torture, les dérivatifs ont pour effet bienfaisant de le tuer. Ils peuvent revêtir un caractère collectif lorsque le reclus participe à des jeux de plein air, à des danses, fait partie d'un orchestre symphonique ou de jazz, ou bien d'une chorale, suit des conférences, des cours d'art dramatique¹³² ou de travail manuel, ou bien encore lorsqu'il joue aux cartes. Ils peuvent aussi prendre la forme d'occupations individuelles, nécessitant toutefois l'utilisation d'un matériel collectif : lecture¹³³ ou séances privées de télévision¹³⁴. Il faut aussi sans aucun doute y ajouter les périodes où le reclus s'abandonne solitaire aux caprices de l'imagination, comme le suggère Clemmer dans sa description de ce qu'il nomme la «réverie positive» (*reverie-plus*) du prisonnier¹³⁵.

Certaines de ces activités sont officiellement patronnées par l'administration, les autres constituent des adaptations secondaires : ce sont par exemple le jeu, l'homosexualité, les bringues et les «bombes» à coups d'alcool industriel, de noix de muscade ou de gingembre¹³⁶. Qu'elle les patronne officiellement ou non, l'administration intervient chaque fois que ces dérivatifs deviennent trop accaparant ou trop réguliers, ce qui est fréquent pour l'alcool, la sexualité ou le jeu. À ses yeux en effet, c'est l'institution qui doit posséder le reclus à l'exclusion de toute autre entité sociale qui aurait pu se constituer en son sein.

132. On trouvera un bon exemple, tiré des prisons, dans Norman, *op. cit.*, p. 71.

133. Cf. la belle description brossée par Behan, *op. cit.*, p. 72-75, du plaisir que prend le prisonnier à lire au lit dans sa cellule et de la façon dont il lui faut, par conséquent, économiser les lectures dont il dispose.

134. De toute évidence, une semblable activité ne se rencontre pas seulement dans les institutions totalitaires. Nous connaissons ainsi le cas classique de la maîtresse de maison fatiguée et ennuyée qui «prend quelques minutes» pour allonger ses jambes et se reposer des soucis domestiques en lisant le journal tout en dégustant une tasse de café et en fumant une cigarette.

135. Cf. Clemmer, *op. cit.*, p. 244-47.

136. Cf. Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 59-60.

On peut se représenter une institution totalitaire comme une espèce de mer morte où apparaissent de petits îlots de vie active et séduisante. De telles activités aident sans doute le reclus à supporter l'état de tension psychologique engendré par les attaques que subit sa personnalité. Pourtant, c'est précisément dans l'insuffisance de ces dérivatifs qu'il faut chercher l'un des principaux effets aliénants des institutions totalitaires. Dans la vie courante, un individu mis à bout de nerfs par un des rôles sociaux qu'il assume a en général une chance de pouvoir se faufiler dans quelque lieu privilégié où il s'abandonnera à ces chimères commercialisées que sont le cinéma, la télévision, la radio, la lecture. Il peut aussi avoir recours aux évasions que procurent le tabac ou l'alcool. Dans les institutions totalitaires, surtout immédiatement après l'admission, ces possibilités sont souvent trop rares. C'est au moment même où l'on en ressent le plus grand besoin que ces soutiens sont le plus difficiles à obtenir¹³⁷.

VIII. LA RENTRÉE DANS LE MONDE.

En dépit de tous les projets de «bringue» qu'ils peuvent faire pour le jour de leur libération, et de leur habitude de compter minutieusement les jours qui les séparent de la sortie, les libérables se montrent très souvent anxieux à la pensée du départ et vont même parfois, comme nous l'avons dit, jusqu'à «faire des blagues» ou se rengager pour différer l'échéance. Cette anxiété du reclus s'exprime souvent par une question qu'il se pose à lui-même ou qu'il pose à ses amis : «Suis-je capable de me tirer d'affaire dehors?» Par cette question, il met la totalité de la vie civile entre guillemets, comme une chose qui mérite que l'on

137. Cf. Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 59, citant James Peck : «La boisson me manquait plus encore que les femmes, et un grand nombre de types étaient comme moi. Quand on a le cafard, dehors, on peut toujours le tuer avec deux verres. Mais en prison, on ne peut qu'attendre qu'il s'en aille de lui-même, et cela peut prendre du temps!»

y pense et que l'on s'en préoccupe. Cet ensemble qui, pour les gens du dehors, n'est habituellement qu'un fond non perçu sur lequel se détachent des figures particulières, devient pour le reclus la figure qui se détache sur un fond plus vaste. Peut-être une telle perspective est-elle démoralisante, peut-être est-ce une des raisons pour lesquelles les anciens reclus envisagent souvent de «réintégrer» l'institution — une des raisons aussi pour lesquelles bon nombre d'entre eux y retournent effectivement.

Les institutions totalitaires proclament fréquemment leur souci de redressement, c'est-à-dire leur vocation à réparer les mécanismes auto-régulateurs du reclus pour faire en sorte qu'après son départ il conserve de son plein gré les habitudes acquises dans l'établissement (le personnel, lui, est censé être d'emblée en possession de ces mécanismes auto-régulateurs, partageant avec les collègues des établissements du même type le privilège de n'avoir à en apprendre que le fonctionnement). En fait, ce but avoué est rarement atteint, et même lorsque l'on enregistre des modifications durables elles ne correspondent généralement pas au type recherché par l'administration. Si l'on met à part le cas de certaines institutions religieuses, il semble que ni les opérations de dépouillement de la personnalité, ni les modalités de sa restructuration n'aient d'effet durable¹³⁸, en partie à cause de l'existence d'adaptations secondaires ou de facteurs de résistance, ou encore de la propension des reclus à combiner toutes les stratégies et à «se tenir peinarde».

Évidemment, aussitôt après sa libération, le reclus goûte comme après une merveilleuse résurrection les libertés et les plaisirs de la condition civile — avantages qui passent habituellement inaperçus au commun des mortels : le parfum subtil de l'air frais, la possibilité de parler quand on en a envie, d'utiliser toute une allumette pour allumer sa cigarette, de manger un morceau, tranquille, à une table mise pour quatre personnes¹³⁹.

138. Nous en avons une preuve suffisante dans la façon dont se réadaptent les prisonniers de guerre rapatriés après un «lavage de cerveau». Cf. Hinckle et Wolff, *op. cit.*, p. 174.

139. Cf. Lawrence, *op. cit.*, p. 48.

Une malade mentale, de retour à l'hôpital après un week-end à la maison, décrit ainsi son expérience devant un cercle d'amis attentifs :

«Le matin, je me suis levée et j'ai décidé de prendre du café à la cuisine, c'était merveilleux. Le soir, nous avons pris deux bières, et sommes allés croquer quelques amuse-gueules, c'était formidable, absolument délicieux. Pas une seule minute, la pensée que j'étais libre ne m'a quittée¹⁴⁰.»

Et pourtant, en bien peu de temps semble-t-il, l'ancien reclus oublie en grande partie ce qu'était la vie carcérale et il se remet à considérer comme naturels les privilèges autour desquels s'organisait la vie dans l'institution ; les sentiments d'injustice, d'amertume, d'aliénation, que fait naître de façon si caractéristique l'expérience de la réclusion, et qui constituent si souvent un palier dans la carrière morale de l'individu, sont comme vidés de leur force par la remise du bulletin de sortie.

Mais ce que l'ancien reclus conserve de son expérience nous en dit long sur les institutions totalitaires. Très souvent l'admission à l'institution signifie l'accession à ce que l'on pourrait appeler un statut prédéterminant (*pro-active status*). Ce n'est pas seulement sa situation intra-muros qui diffère radicalement de ce qu'elle était à l'extérieur mais, comme il le découvrira, c'est sa position sociale elle-même qui est affectée de manière indélébile et ne pourra jamais redevenir après sa sortie — en admettant qu'il sorte — ce qu'elle était auparavant. Ceux qui ont vécu dans des établissements où ce statut est relativement favorable — c'est le cas de ceux qui sortent des écoles d'officiers, des pensionnats d'élite, des monastères éminents — assistent à de joyeuses réunions commémoratives au cours desquelles chacun exprime la fierté qu'il tire de «son école». Lorsque ce statut est dépréciant — comme c'est le cas pour les anciens détenus ou les pensionnaires des hôpitaux psychiatriques — on peut parler de «stigmates» et il faut s'attendre à ce que l'ancien reclus s'efforce de cacher son passé pour se faire «admettre».

140. Notes de travail, prises sur le vif par l'auteur.

Comme l'a établi une étude sur ce sujet ¹⁴¹ l'autorité de l'administration réside essentiellement dans le fait qu'elle possède le pouvoir d'accorder l'espèce de réhabilitation qui réduit la portée de ces stigmates. L'administration des prisons militaires peut faire miroiter aux yeux des détenus la possibilité d'une réintégration dans le service actif et, éventuellement, d'un non-lieu honorable. Le haut personnel des hôpitaux psychiatriques peut faire espérer aux internés l'obtention d'un « bon » bulletin de santé (« renvoyé guéri ») et des recommandations personnelles. On touche là une des raisons pour lesquelles les reclus affectent parfois de s'émerveiller, lorsqu'ils se trouvent en présence du personnel, de ce que l'institution fait pour eux.

Revenons sur l'anxiété que provoque le départ. On l'explique parfois par la mauvaise volonté de l'individu, ou par le fait qu'il est trop « malade » pour pouvoir réassumer des responsabilités dont l'institution l'avait totalement déchargé. Ma propre expérience forgée dans l'étude de ce type particulier d'institutions totalitaires que sont les hôpitaux psychiatriques me défend d'accorder une importance exagérée à ce facteur. Plus importante sans doute est la « déculturation », c'est-à-dire la perte de certaines habitudes courantes exigées par la vie en société, ou l'impossibilité de les acquérir. Autre facteur également important, le fait de porter les stigmates de l'institution : lorsqu'un individu a endossé en tant que reclus un statut prédéterminant de bas niveau, il est fraîchement accueilli à sa sortie et c'est précisément au moment, toujours difficile même pour ceux qui ne gardent aucune séquelle de leur réclusion, où il lui faut prendre des contacts pour trouver du travail ou un logement qu'il en fait l'expérience. La libération survient en outre souvent au moment même où le reclus, enfin rompu aux ficelles de l'institution, venait d'accéder aux privilèges dont il avait appris péniblement à connaître la valeur. Bref, il peut penser que sa libération a pour effet de lui faire quitter les sommets de son petit monde pour le renvoyer aux bas fonds d'un univers plus vaste.

141. Cf. Cloward, *op. cit.*, p. 80-83.

Ajoutons que même s'il revient à la communauté des gens libres, le reclus n'y jouit pas toujours d'une liberté sans limites. Dans certains camps de concentration, on exigeait du déporté qu'il signât une décharge attestant qu'il n'avait subi que de bons traitements et on le prévenait des inconvénients qu'il y aurait à colporter des histoires à l'extérieur ¹⁴². Certains hôpitaux psychiatriques soumettent l'interné sur le point de partir à un ultime interrogatoire destiné à révéler les ressentiments qu'il peut éventuellement nourrir à l'égard de l'institution et de ceux qui l'y ont fait entrer et on lui conseille énergiquement de ne pas leur faire de tort. De surcroît, en sortant, le reclus doit fréquemment promettre de revenir chercher assistance au cas où il se sentirait retomber malade ou « glisser sur la mauvaise pente ». Souvent aussi l'ancien malade mental apprend que ses proches ou son employeur ont été avisés qu'ils devaient prendre contact avec les autorités si de nouveaux ennuis venaient à se produire. De même, certains détenus qui sortent de prison à la suite d'une libération conditionnelle se voient astreints à venir rendre compte régulièrement de leur situation et à se tenir à l'écart des milieux qu'ils fréquentaient avant leur arrestation.

142. Cf. Cohen, *op. cit.*, p. 7 ; Kogon, *op. cit.*, p. 72.

L'UNIVERS DU PERSONNEL

I. LE MATÉRIAU HUMAIN.

Si l'on examine la fonction des institutions totalitaires, il semble que bon nombre d'entre elles n'aient d'autre but que d'assurer, comme de simples magasins, la mise en dépôt de leurs pensionnaires mais, ainsi que nous l'avons déjà indiqué elles se veulent, pour le public, des organisations rationnelles conçues selon un plan concerté et soucieuses de tous les détails ; en somme, des machines bien huilées vouées à des fins officiellement affichées et non moins officiellement approuvées. Nous avons également noté que l'un des objectifs officiels les plus fréquemment invoqués est la rééducation des reclus en fonction de quelque norme idéale. Cette contradiction entre ce que font effectivement les institutions totalitaires et ce qu'elles sont censées faire selon les déclarations des responsables constitue l'arrière-plan sur lequel s'inscrit l'activité quotidienne du personnel d'encadrement.

L'homme comme chose.

Dans ce contexte, il faut sans doute souligner d'abord que le travail du personnel, et par là son univers, n'ont d'autre objet que la personne humaine. Ce « travail sur l'homme » n'entre ni dans le cadre du « travail sur le personnel » ni dans celui des relations de service. La tâche du personnel d'encadrement n'est pas d'effectuer un service mais de travailler sur des objets, des produits, à cela près que ces objets, ces produits, sont des hommes.

En tant que matériau, les hommes peuvent revêtir en quelque sorte les mêmes caractéristiques que des objets inanimés. Les chirurgiens préfèrent opérer des malades minces plutôt que des gros, parce que sur les gros les

instruments glissent et qu'il faut commencer par trancher des tissus superflus. Dans les hôpitaux psychiatriques les services de la morgue préfèrent les cadavres de femmes minces à ceux d'hommes corpulents car les « macchabées » pesants sont difficiles à remuer et qu'il est malaisé d'enfiler des vestons d'hommes sur des membres raidis. De même, les bévues commises dans le maniement des objets, aussi bien animés qu'inanimés, peuvent laisser des traces révélatrices. Et, exactement comme un article usiné à la chaîne doit être accompagné d'une fiche-témoin portant indication des opérations exécutées, du nom de l'exécutant, de ce qui reste à faire et de l'identité des derniers responsables, un objet humain qui circule à travers l'organisation d'un hôpital psychiatrique par exemple, doit être accompagné d'une série de renseignements qui donnent le détail de ce qui a été fait au patient, de ce qu'il a fait lui-même, et le nom du dernier responsable qui l'a pris en charge. Il n'est pas jusqu'à la présence ou l'absence de tel malade à tel repas, ou au cours de telle nuit qui ne doive être enregistrée pour permettre la mise à jour du compte des charges et des factures. Tout au long de la carrière du reclus, depuis le bureau des entrées jusqu'au coin de terre où on l'ensevelit, son dossier se grossira des notes officielles rédigées par le personnel des différents services où il a séjourné quelque temps, et longtemps après sa disparition physique ses traces étiquetées survivront, entités susceptibles d'investigations nouvelles, dans le système bureaucratique de l'hôpital.

L'homme comme fin.

Lorsque l'on veut faire de l'homme un usage continu, certaines précautions s'imposent, en raison des caractéristiques physiologiques de l'organisme. Mais il en est de même des objets inanimés : la température d'un entrepôt doit être maintenue à un niveau constant quel qu'en soit le matériel — choses ou gens — qui y est entreposé. De même que le travail dans les mines d'étain, les fabriques de peinture ou les ateliers d'usines chimiques comporte certains risques spécifiques pour le personnel, il existe également (du moins le personnel en est-il persuadé)

des risques professionnels dans l'accomplissement de certaines besognes sur l'homme. Dans les hôpitaux psychiatriques, les employés croient que les malades peuvent « sans raison » se jeter sur un membre du service et le blesser. Certains infirmiers pensent qu'un contact prolongé avec les malades mentaux peut avoir des effets de contagion. Dans les sanatoriums et les léproseries, le personnel se sent tout particulièrement et constamment exposé à de graves maladies.

En dépit des ressemblances qui existent entre le travail sur l'homme et le travail sur l'objet inanimé, les caractères essentiels qui déterminent l'univers professionnel du personnel découlent des aspects spécifiques de l'homme considéré comme matériau sur lequel on agit. Selon les principes moraux répandus dans la société qui entoure l'institution totalitaire, la personne est presque toujours considérée comme une fin en soi. Nous pensons constamment dans ces conditions que certains types de démarches, *techniquement* superflues, doivent être observés dans la manipulation du matériau humain. Ce respect de ce que nous appelons les principes d'humanité fait, par définition, partie de la « responsabilité » de l'institution et c'est là une des garanties que l'institution est censée assurer au reclus en échange de sa liberté. Le personnel des établissements pénitentiaires doit surveiller les candidats au suicide, faire échec à leurs plans et leur procurer tous les soins médicaux nécessaires, même si cela doit entraîner l'ajournement de leur exécution. On a parfois signalé des faits de ce genre dans les camps de concentration nazis, où certains déportés recevaient des soins, bien qu'on les destinât, à brève échéance, à la chambre à gaz.

Une seconde particularité doit être prise en compte dans la définition de l'univers professionnel du personnel : le fait que le reclus occupe une certaine position dans le monde extérieur et y possède certaines relations. Cette caractéristique a un rapport évident avec l'exigence déjà mentionnée pour l'institution de respecter certains des droits du reclus en tant que personne. Même dans le cas d'un malade mental totalement pris en charge par l'institution et quasiment privé de tous ses droits civils, un énorme travail de paperasserie sera nécessaire. En effet, les droits dont on prive le malade sont en général transmis à

un parent, un tuteur ou même à l'économiste de l'hôpital, qui devient ainsi le représentant légal dont l'autorisation est nécessaire pour le règlement des nombreuses questions extérieures à l'institution: prestations de sécurité sociale, impôts sur le revenu, gestion des biens, primes d'assurances, pensions de vieillesse, coupons de rentes, honoraires dentaires, obligations légales contractées avant la prise en charge, communication des dossiers psychiatriques à des compagnies d'assurances ou à des hommes de loi, visites autres que familiales, etc. C'est à l'institution qu'il incombe de s'occuper de toutes ces questions, ne serait-ce que pour transmettre les décisions à ceux qui sont investis du pouvoir légal de les exécuter.

Si le personnel garde conscience de l'obligation où il se trouve de respecter ainsi les règles et les droits des reclus, ce n'est pas seulement par le jeu de ses coordonnées internes: la société dispose aussi à cet effet d'un certain nombre de chiens de garde et c'est souvent la famille du reclus ou même le «matériel de travail» lui-même qui détient ce rôle. Il est des infirmiers d'hôpitaux psychiatriques qui préfèrent travailler dans les salles de gâteaux parce qu'on y perd moins de temps à faire face aux requêtes des malades que dans les salles dites meilleures dont les occupants qui ont un bon contact sont plus exigeants. Il existe même des expressions consacrées — comme le terme de «requin» en usage dans la marine — qu'utilise le personnel pour qualifier ceux qui demandent à être traités «dans les règles». La famille et les autres censeurs posent un problème particulier car si l'on peut faire entendre au reclus qu'on lui fera payer un certain prix les revendications qu'il formule lui-même, les tiers se laissent en général moins facilement convaincre et remuent ciel et terre pour présenter, dans l'intérêt de celui-ci, des requêtes qu'il ne saurait formuler sans rougir.

Le maniement du matériel humain.

La multiplicité des cas dans lesquels il faut considérer le reclus comme une fin en soi et la multitude des reclus mettent obligatoirement le personnel en présence de dilemmes classiques pour quiconque a la responsabilité

d'un groupe d'hommes. Du fait que le fonctionnement d'une institution totalitaire ressemble quelque peu à celui d'un État, son personnel subit des épreuves qui ne sont pas sans rappeler celles qui assaillent les gouvernants.

Prenons le cas d'un reclus sans famille: la conviction qu'il faut, dans son intérêt, respecter certaines règles peut imposer la nécessité d'en violer d'autres, ce qui exige un difficile dosage des fins poursuivies. Ainsi, pour empêcher un reclus de se suicider, le personnel peut juger nécessaire de le placer sous surveillance constante, voire de l'attacher à une chaise dans une petite pièce fermée à clé. Pour empêcher un malade mental d'écorcher des plaies à vif et lui éviter le déroulement sans fin du cycle guérison-aggravation, le personnel peut être amené à lui ôter la liberté de ses mains. Un malade qui refuse de manger peut se voir infliger l'humiliation de l'alimentation par gavage; enfin, si l'on veut, dans les sanatoriums, donner aux malades une chance de guérir, il faut leur enlever la possibilité de s'amuser comme ils l'entendent ¹⁴³.

Il peut aussi arriver que les règles dont un reclus s'estime en droit d'attendre le respect soient en conflit avec celles qu'un autre souhaiterait voir appliquées. Ainsi, dans les hôpitaux psychiatriques, si on laisse la grille du parc ouverte à l'intention de ceux qui ont l'autorisation conditionnelle de sortir en ville *, il faut alors enfermer les patients que l'on aurait pu autrement laisser sortir en toute tranquillité dans le parc; de même, si l'on y installe une cantine ou une boîte à lettres, il faudra refuser l'accès du parc aux malades qui sont au régime ou à ceux qui écrivent des lettres de menace ou des billets obscènes.

143. Cf. Roth, «What Is an Activity», *op. cit.*, p. 54-56.

* Les «*Patients with town parole*» ou «*town parole patients*», malades autorisés à sortir en ville sont différents, dans les hôpitaux psychiatriques américains, des «*ground parole patients*»: malades autorisés à se déplacer dans les seules limites de l'hôpital. Lorsque les distinctions entre ces deux groupes n'est pas explicite (*parole patients* ou *patients with parole status*), on emploiera ici, en fonction du contexte, les expressions de «malades en liberté conditionnelle» ou de «malades à statut spécial». L'emploi courant de ces expressions livre une indication précieuse car un pareil usage de «*parole*» a son origine dans le vocabulaire des prisons et procure ainsi un indice des rapports qui existent entre ces deux «institutions totalitaires». (N. d. T.).

L'obligation faite au personnel d'observer certaines règles humanitaires dans la manière de traiter les reclus pose en elle-même des problèmes, mais le conflit permanent qui oppose d'une part ces préoccupations humanitaires et de l'autre l'efficacité de l'institution débouche sur un autre ordre de difficultés caractéristiques. Pour prendre un seul exemple, les biens personnels d'un individu constituent une part importante de la base matérielle sur laquelle il construit sa personnalité, mais il semble que le personnel ait d'autant plus de facilité pour s'occuper d'un reclus que celui-ci a atteint un stade de dépossession plus avancé; si les chambres des hôpitaux psychiatriques peuvent s'adapter avec une remarquable souplesse aux variations quotidiennes de l'effectif des malades, c'est qu'entrants et sortants n'ont aucun bien personnel — si ce n'est leur propre personne — et ne disposent pas du droit de choisir leur place. En outre, la facilité avec laquelle s'effectuent les opérations d'entretien des effets s'explique par le fait que tous les vêtements sales sont entassés sans distinction dans un même ballot, et que les vêtements nettoyés sont distribués sans considération particulière de propriété, en fonction simplement des correspondances approximatives de tailles. De même, si l'on veut s'assurer rapidement que les malades qui sortent dans le parc sont chaudement vêtus, il n'est de meilleur procédé que de placer à la porte de la salle un tas de vestes que l'on distribue aux malades lorsqu'ils passent devant, sans leur laisser le choix de décider s'ils doivent ou non en prendre une et laquelle; et l'on exige pour les mêmes raisons de santé qu'ils restituent bon gré mal gré ces vêtements « collectifs » à leur retour.

La coupe d'un vêtement peut être déterminée par des considérations utilitaires et non d'esthétique, comme le montre cette publicité commerciale :

« Combinaison gaie, robuste, fermeture par boutons-pression, d'une seule pièce, spécialement conçue et expérimentée par des établissements pour malades mentaux et arriérés. Contrarie les instincts d'exhibition. Très résistante, s'enfile par-dessus la tête, dispense de soutien-gorge et de tout autre sous-vêtement. Boutons-pression à l'entre-jambes pour faci-

liter la satisfaction des besoins intimes. Modèles imprimés de jolis dessins ou en deux couleurs. Encolure ronde, en V ou carrée. Ne se repasse pas ¹⁴⁴. »

De même qu'en certaines circonstances les biens personnels contrarient la bonne marche des opérations qui se déroulent à l'intérieur de l'institution et, peuvent pour cette raison être supprimés, certaines parties du corps humain peuvent aussi faire obstacle à une gestion efficace et il arrive que l'on doive opter pour l'efficacité. Pour que les reclus aient toujours la tête propre et soient aisément reconnaissables, l'efficacité commande de leur raser complètement le crâne, leur présentation dût-elle en souffrir. Dans le même ordre d'idées, certains hôpitaux psychiatriques ont jugé utile d'arracher les dents aux sujets qui mordent, de faire subir l'hystérectomie aux femmes qui recherchent trop la compagnie des hommes et de lobotomiser les sujets manifestant une agressivité chronique. C'est la même contradiction entre les intérêts de l'institution et ceux de la personne humaine que l'on retrouve dans la pratique de la flagellation à bord des navires de guerre.

« L'un des arguments avancés par les officiers de marine en faveur du châtement corporel est le suivant : il est infligé en un rien de temps, et une fois la chemise réajustée sur le dos du prisonnier, tout est terminé, tandis qu'un autre châtement entraînerait sans aucun doute une perte de temps, et des ennuis considérables et donnerait en outre au marin une idée injustifiée de son importance ¹⁴⁵. »

Le travail sur la personne humaine se différencie donc des autres types d'activité, et cela, en raison de la diversité complexe des relations et des positions sociales que chaque reclus importe avec lui dans l'institution ainsi que de la nécessité de respecter, par égard pour lui, certaines règles d'humanité. Une autre différence réside dans le fait que les reclus ont le droit de sortir des limites de l'établissement pour faire des visites : les

144. Annonce publicitaire parue dans *Mental Hospital*, VI, 1955, p. 20.

145. Cf. Melville, *op. cit.*, p. 139.

institutions étant en partie responsables de ce dont ils peuvent se rendre coupables à l'extérieur, on comprend que bon nombre d'entre elles voient d'un œil peu favorable ce genre de sorties. La possibilité de disposer des objets humains par la menace, les récompenses ou la persuasion, à recevoir des directives et à les exécuter d'eux-mêmes sans qu'on ait à s'en occuper constitue une nouvelle différence, la plus importante peut-être, entre le travail sur l'homme et les autres formes d'activité. La durée de la période pendant laquelle on peut laisser en toute quiétude sans surveillance ce type d'« objet » accomplir les actions dont on lui a préalablement tracé les lignes directrices est évidemment très variable, mais l'organisation des quartiers les plus « bas » des hôpitaux psychiatriques nous montre que, même dans le cas-limite des schizophrènes catatoniques, on peut accorder aux malades une large confiance. Il n'y a guère que les installations électroniques les plus perfectionnées pour présenter des aptitudes semblables.

Si les matériaux humains sont incapables de se montrer aussi résistants que les objets inanimés, ils peuvent par contre percevoir et comprendre les plans du personnel et par là le gêner avec plus d'efficacité que ne le peuvent les matériaux inanimés, incapables de déjouer des plans par des manœuvres délibérées et intelligentes (bien qu'il nous arrive parfois de réagir à leur égard comme s'ils possédaient cette vertu). C'est pourquoi, dans les prisons ou dans les « meilleurs » quartiers des hôpitaux psychiatriques, les surveillants doivent être prêts à faire face à des tentatives concertées d'évasion, surveiller constamment ceux qui cherchent à les « coincer » ou à les mettre en difficulté par les moyens les plus divers. Même si le gardien sait que le reclus agit ainsi simplement pour rehausser sa dignité ou chasser son ennui, son anxiété n'en est pas moins vive¹⁴⁶. Même le malade mental le plus vieux et le plus faible possède un pouvoir terrible en la matière : il lui suffit par exemple de serrer les poings dans les

poches de son pantalon pour rendre remarquablement difficile la tâche de l'infirmier chargé de le déshabiller. C'est une des raisons pour lesquelles le personnel cache au reclus les décisions qui le concernent, car informé de ces projets et des désagréments qui risquent d'en résulter, celui-ci pourrait délibérément en contrarier l'exécution. C'est ainsi par exemple qu'on raconte des histoires réconfortantes aux malades mentaux que l'on prépare à l'électro-choc et que l'on s'arrange même parfois pour qu'ils ne voient pas la salle dans laquelle le traitement doit leur être administré.

Les pièges de la compassion.

Une troisième différence importante entre les matériaux humains et les autres objets pose elle aussi des problèmes spécifiques : quelle que soit la distance que le personnel essaie de mettre entre lui et ces « matériaux » ceux-ci peuvent faire naître des sentiments de camaraderie, voire d'amitié. Il existe un danger permanent que le reclus prenne une apparence humaine. Le personnel compatissant souffrira lorsqu'il lui faudra le soumettre à un traitement rigoureux (c'est pourquoi les officiers prétendent garder leurs distances à l'égard de leurs hommes). D'autre part, si un reclus viole le règlement, le personnel aura d'autant plus tendance à considérer ce fait comme un coup porté à son propre système de valeurs qu'il en considère l'auteur comme un être humain : parce qu'il attend d'une créature raisonnable une réaction « raisonnable », le personnel ressent comme une offense ou une provocation qui excite sa colère tout manquement du reclus aux réactions qu'on attend de lui.

L'aptitude des reclus à devenir objets de sollicitude de la part du personnel s'intègre parfois dans une sorte de système de réactions en chaîne. Au départ, l'employé se retire à une telle distance des reclus qu'il lui est impossible de prendre conscience des privations massives et des perturbations dont ils peuvent souffrir du fait de leur présence dans l'institution, puis il ne voit pas de contre-indication à se rapprocher affectivement de certains d'entre eux. Ce rapprochement cependant

146. On trouvera des précisions sur les grandes difficultés du rôle de gardien dans Mc Corkle et Korn, *op. cit.*, p. 93-94, et dans Gresham et Sykes, « The Corruption of Authority and Rehabilitation », *Social Forces*, XXXIV, 1956, p. 257-62.

le rend vulnérable: s'il peut dès lors souffrir de ce que fait le reclus, ou des peines qu'il éprouve, il en vient à constituer une menace pour l'équilibre des rapports fondé sur le maintien d'une certaine distance entre ses collègues et les reclus. Par réaction, l'individu «suspect» de compassion peut se sentir «mis à l'index» et se réfugier dans un travail de bureau, un travail d'«administration» (*committee work*) ou toute autre tâche de routine, limitée au champ d'activité quotidien du personnel. Une fois écartés les dangers des contacts avec les reclus, il cesse peu à peu de croire à la nécessité de la prudence et le cycle reprend.

Il suffit d'ajouter à l'obligation où se trouve le personnel de respecter certaines règles d'humanité le fait qu'il peut en venir à considérer les reclus comme des êtres raisonnables et responsables, capables de susciter des contacts affectifs, pour avoir une juste représentation de certaines des difficultés propres au travail sur l'homme. Dans les hôpitaux psychiatrique, il se trouve toujours des malades pour commettre ces actes pitoyables qui vont de toute évidence à l'encontre de leur intérêt. Ils boivent de l'eau qu'ils ont d'abord eux-mêmes polluée, ils se gavent, à l'occasion du *Thanks giving day* ou de Noël, à tel point qu'en ces circonstances on voit inévitablement se déclarer parmi eux des cas d'ulcères hémorragiques et d'occlusions oesophagiennes; ils se précipitent tête en avant contre les murs, arrachent leurs agrafes après une intervention chirurgicale bénigne, jettent dans les toilettes les fausses dents sans lesquelles il leur est impossible de manger et dont il leur faudra attendre des mois le remplacement et mettent en miettes les lunettes sans lesquelles ils ne peuvent plus voir. En s'efforçant d'empêcher ces actes aussi manifestement auto-destructeurs, les membres du personnel se trouvent parfois placés dans l'obligation de rudoyer les malades; ils apparaissent ainsi sous les traits d'individus impitoyables et durs alors même qu'ils travaillent à empêcher des gens de commettre sur leur propre personne des actes qu'aucun homme ne devrait, selon eux, commettre sur un autre. On comprend qu'en de telles circonstances il soit particulièrement difficile pour le personnel de rester maître de ses sentiments.

II. L'IDÉOLOGIE OFFICIELLE DES INSTITUTIONS TOTALITAIRES.

La logique de la réinterprétation.

L'emploi du temps du personnel est réglé en fonction des exigences spécifiques du travail sur l'homme, qui lui-même se déroule dans un climat moral très particulier. C'est le personnel qui doit faire face à l'hostilité et aux récriminations des reclus et, en général, il n'a rien d'autre à opposer que les arguments qui définissent l'optique de l'institution.

Les buts déclarés des institutions totalitaires sont peu nombreux: objectifs économiques, éducation, instruction, traitement médical ou psychiatrique, purification religieuse, défense de la société contre la corruption ou — pour reprendre les termes d'une étude sur les prisons — «neutralisation, sanction, prévention, guérison¹⁴⁷». Il est facile de voir combien les institutions totalitaires sont loin d'atteindre ces buts officiels. Mais on voit moins aisément que chacun de ces buts, chacune de ces assignations, est comme une clef précieuse qui donne accès à la signification de l'institution, un langage de référence auquel le personnel, et parfois même le reclus ont recours pour expliquer toutes les failles de l'action. Ainsi, si l'on a recours à un cadre de référence médical, ce n'est pas uniquement pour déterminer l'opportunité de tel médicament et en motiver le choix. C'est que cette perspective se prête à justifier toutes sortes de décisions, depuis la fixation de l'heure des repas jusqu'à la façon de plier le linge. Chacun de ces buts officiels permet le développement d'une doctrine qui a ses martyrs et ses inquisiteurs et l'on ne voit pas qu'il y ait au sein de l'institution un moyen naturel de freiner la liberté d'interprétation abusive qui en résulte. Toute institution doit non seulement tendre à atteindre les buts qu'elle s'est donnés, mais aussi à se protéger contre l'espèce de tyrannie qu'implique la

147. Cf. D. Cressey, «Achievement of an Unstated Organization Goal: An Observation on Prisons», *Pacific Sociological Review*, I, 1958, p. 43.

polarisation sur ces buts afin que l'exercice de l'autorité ne tourne pas à la chasse aux sorcières. La hantise de la «sécurité» qui sévit dans les prisons et les actions que le personnel commet en son nom témoignent de ces dangers. Paradoxalement, il n'est pas de lieu où, plus que dans les institutions totalitaires, pourtant peu «intellectuelles», les recherches de vocabulaire et d'expression verbale soient, depuis quelque temps du moins, l'objet d'un intérêt plus fébrile.

Le schéma interprétatif de l'institution totalitaire commence à s'appliquer automatiquement dès l'entrée: le personnel part en effet du principe que tout entrant est — du fait même de son entrée — une de ces personnes pour lesquelles l'institution a été spécifiquement créée. L'interné d'une prison politique ne peut être qu'un traître, dans une prison civile c'est obligatoirement un délinquant, dans un hôpital psychiatrique ce ne peut être qu'un malade: s'il n'était ni traître, ni délinquant, ni malade, pourquoi serait-il là?

Cette identification automatique du reclus n'est pas seulement un moyen pratique de lui donner un nom, elle constitue l'un des facteurs essentiels de contrôle social:

«La culture du surveillant vise essentiellement au contrôle des malades, qu'il faut assurer indépendamment de leur bien-être. Cela se manifeste particulièrement dans l'attention que l'on porte à leurs requêtes ou à leurs désirs: tout ce qu'ils expriment est retenu comme preuve de leur désordre mental, que ce soit fondé ou non, quel que soit le calme ou la politesse avec lesquels ils le formulent. Les surveillants ne reconnaissent jamais l'existence du normal dans un milieu où l'anormal est de règle. Lorsque ce comportement est rapporté aux médecins, ceux-ci confirment la plupart du temps l'opinion des surveillants. Ainsi, les médecins eux-mêmes contribuent à accréditer l'idée que ce qui compte surtout, lorsque l'on a affaire à des malades mentaux, c'est d'en assurer la surveillance¹⁴⁸.»

148. Cf. J. Bateman et H. Dunham, «The State Mental Hospital as a Specialized Community Experience», *American Journal of Psychiatry*, CV, 1948-49, p. 446.

Lorsqu'il est permis aux reclus d'avoir un contact direct avec le personnel, il se réduit souvent de la part du reclus à une série de requêtes ou de vigoureuses «prises à partie» devant lesquelles le personnel essaie de justifier le traitement restrictif en vigueur dans l'institution. C'est sur ce mode en général que s'établissent les interrelations entre les malades et le personnel dans les hôpitaux psychiatriques. Parce qu'il doit surveiller le reclus et défendre l'institution au nom des buts qu'elle proclame, le personnel a recours à ce genre d'identification indifférenciée des reclus qui lui rend cette conduite possible. Le problème du personnel est alors de trouver un crime qui soit adapté au châtement.

En outre, les faveurs et punitions distribuées par le personnel s'expriment souvent dans un langage qui reflète les objectifs que l'institution veut légitimer. C'est ainsi que dans les prisons on qualifie la mise en cellule de «méditation constructive». Les reclus, tout comme le personnel subalterne, auront la tâche délicate de traduire ces tournures idéologiques dans la langue claire du système des privilèges et vice-versa, témoin cette analyse de Belknap sur la manière de punir un malade mental qui a enfreint le règlement.

«Habituellement, dans un cas de ce genre, ces manquements que sont l'impudence, l'insubordination ou la familiarité excessive deviennent, traduits en termes plus ou moins professionnels, "dérangement mental" ou "surexcitation" et sont présentés par les surveillants au médecin sous forme de rapport médical sur l'état du malade. Le médecin doit alors officiellement annuler ou modifier les privilèges dont jouit le malade dans le quartier ou décider son transfert dans un autre quartier d'où ce malade devra recommencer toute sa progression à partir du niveau le plus bas. Un "bon" docteur, dans l'esprit des surveillants, est celui qui ne pose pas trop de questions sur ces transpositions du vocabulaire médical¹⁴⁹.»

Certaines actions, qui n'ont pourtant pas de rapports évidents ou habituels avec la discipline, peuvent aussi

149. Cf. Belknap, *op. cit.*, p. 170.

être envisagées dans la perspective de l'institution. Ainsi Orwell raconte qu'à l'école où il était pensionnaire, l'incontinence d'urine passait pour un signe de saleté et de méchanceté¹⁵⁰ et que l'on y considérait des anomalies d'ordre encore plus nettement physique avec le même état d'esprit.

«J'avais les bronches en mauvais état et une lésion à un poumon qui ne fut décelée que bien des années plus tard. Cela ne me valait pas seulement d'être affligé d'une toux chronique: lorsqu'il me fallait courir, c'était pour moi un vrai supplice. À cette époque, pourtant, le diagnostic porté sur un asthmatique ou sur un "malade des bronches", comme on disait, en faisait soit un "malade imaginaire", soit un taré moral dont le déséquilibre venait d'un excès de nourriture. "Quand tu respirez, on dirait un vrai soufflet, me disait, réprobateur, Sim (le directeur) qui se tenait derrière ma chaise... Tu es toujours en train de te bourrer de nourriture: voilà ce que cela donne..."¹⁵¹»

Les camps chinois de «lavage de cerveau» sont réputés pour avoir développé à l'extrême ce processus interprétatif en faisant des événements quotidiens et anodins puisés dans le passé du prisonnier autant de manifestations d'une action contre-révolutionnaire¹⁵².

Il est certes possible d'envisager les désordres mentaux selon une optique psychiatrique et de voir dans le crime ou l'action contre-révolutionnaire les effets du milieu; dans ces deux cas, le coupable se trouve libéré de toute responsabilité morale à l'égard de ses actes. Cependant, les institutions totalitaires peuvent difficilement accorder un grand poids à ce type particulier de déterminisme. Il faut faire en sorte que les reclus puissent assumer de façon acceptable l'autonomie de leur comportement sans pour cela causer d'ennuis. Pour atteindre ce but, on doit voir dans le comportement du reclus — conforme ou non à ce que l'on souhaiterait — l'expression de sa volonté personnelle

150. Cf. Orwell, *op. cit.*, 506-9.

151. *Ibid.*, p. 521.

152. Cf. R. Lifton, «Thought Reform of Western Civilians in Chinese Communist Prisons», *Psychiatry*, XIX, 1956, particulièrement p. 182-84.

et de son caractère et admettre qu'il peut lui-même les contrôler. Bref, l'optique de chaque institution renferme sa propre morale et au niveau de chacune d'elles on peut suivre, en miniature, la genèse de quelque chose qui s'apparente à une conception fonctionnaliste de la vie morale.

La construction d'une nature.

La traduction de la conduite du reclus en termes moraux conformes à la perspective officielle de l'institution implique nécessairement d'importantes présuppositions sur la nature de l'homme en général. Compte tenu des reclus dont il a la charge et de la manière dont il doit se conduire à leur égard, le personnel tend à élaborer une sorte de théorie de la nature humaine. Implicitement contenue dans l'optique de l'institution, cette théorie rationalise l'activité, offre un moyen subtil de maintenir une certaine distance vis-à-vis des reclus, donne de ces derniers une image stéréotypée et justifie le traitement qui leur est dispensé¹⁵³. Cette théorie enveloppe en général tout ce que les reclus peuvent faire, de «bien» ou de «mal», toutes les formes d'action subversive, la valeur éducatrice des faveurs et des punitions et la différence d'essence qui sépare personnel et reclus. Dans l'armée, les officiers ont leur théorie sur les rapports qui existent entre la discipline et l'obéissance des hommes au feu, les qualités particulières des hommes, leur «point de rupture» et la différence qu'il y a entre un homme mentalement atteint et un simulateur. En même temps, on leur inculque une conception

153. Extrait du compte rendu fait par Everett C. Hugues, de l'ouvrage de Leopold Von Wiese, *Spätlese*, *American Journal of Sociology*, LXI, 1955, p. 182. Le terme anthropologique d'*ethnopsychology* couramment employé recouvre un ensemble identique, mais l'unité à laquelle il s'applique est une culture, et non une institution. Ajoutons que les reclus se forment aussi une théorie de la nature humaine pour une part en prenant à leur compte celle du personnel, pour une part en élaborant leur propre théorie contre le personnel. Voir à ce propos, dans Mc Cleery, *op. cit.*, p. 14-15, la description pleine d'intérêt de l'évolution du concept de «rat» chez les prisonniers.

particulière de leur propre nature, comme l'atteste un ancien officier dans cette énumération des qualités morales que l'on compte trouver chez un officier :

«Même si la plus grande partie de l'entraînement avait pour but de développer la résistance physique, on n'en croyait pas moins dur comme fer qu'un officier, solide ou non, devait toujours avoir assez de cran (ou de "tripés") pour ne jamais admettre son insuffisance physique et tenir jusqu'à ce qu'il tombe, terrassé par une syncope ou par la mort. Cette croyance très révélatrice relevait d'un esprit mystique, tant par sa nature que par son intensité. Un jour, après avoir "crapahuté", deux ou trois officiers sortirent des rangs, se plaignant d'avoir des ampoules ou quelque autre légère indisposition. L'instructeur-chef, pourtant plein de délicatesse et de complaisance pour sa propre personne, les prit très rudement à partie. C'est très simple, dit-il, un officier ne *peut* pas tomber, et il ne tombe pas. À défaut d'autre chose, la seule force de sa volonté doit le faire marcher, sans arrêt, c'est une affaire de "tripés". Cette argumentation suppose implicitement que l'officier appartient à une caste supérieure puisque, dans les autres rangs, les hommes pouvaient se permettre de tomber, et tombaient effectivement, bien qu'ils fussent souvent plus résistants. Plus tard, je découvris chez les officiers l'idée qu'il leur était possible d'accomplir des exploits physiques ou de supporter de grandes difficultés sans avoir à s'y préparer comme le simple soldat. Les officiers par exemple étaient purement et simplement dispensés d'entraînement physique: ils n'en avaient pas besoin, c'étaient des officiers, ils tiendraient jusqu'au bout, fussent-ils venus au champ de bataille tout droit du sanatorium ou du "bordel" ¹⁵⁴.»

Dans les prisons, c'est à propos du crime que s'affrontent la théorie psychiatrique et celle de l'indigence morale. Les couvents élaborent des théories sur l'âme, sa faiblesse, sa force et les moyens de combattre ses défauts. Les hôpitaux psychiatriques occupent dans cet ensemble une place de choix, car les responsables s'instituent ouvertement spécialistes de la nature humaine et fondent leurs diagnostics et leurs prescriptions sur

¹⁵⁴. Cf. S. Raven, «Perish by the Sword», *Encounter*, XII, mai 1959, p. 38-39.

la connaissance qu'ils prétendent en avoir. C'est pourquoi on trouve dans les manuels classiques de psychiatrie des chapitres sur la «psychodynamique» et la «psychopathologie» qui contiennent de merveilleuses formules, explicites à souhait, sur la «nature» de la nature humaine ¹⁵⁵.

Dans beaucoup d'institutions totalitaires, la théorie de la nature humaine fait une large part à la croyance que, si l'on peut amener le nouvel arrivant à manifester d'emblée la plus grande déférence envers le personnel, il sera par la suite facile à manœuvrer, car en soumettant l'individu à ces exigences initiales, on brise en quelque sorte sa «résistance» ou son «caractère»: c'est l'une des raisons d'être de ces épreuves de force et de ces séances de «bienvenue» que nous avons précédemment décrites. Il va de soi que s'il parvient à entraîner l'adhésion de reclus à de semblables théories sur la nature humaine, le personnel se trouve confirmé dans ses opinions. De récentes études sur le comportement des militaires américains capturés pendant la guerre de Corée l'attestent. Une opinion très répandue aux États-Unis veut qu'un homme qui a été amené une fois au «point de rupture» soit par la suite incapable de manifester la moindre résistance en quelque circonstance que ce soit. C'est sans doute cette conception de la nature humaine, renforcée au cours de la période d'entraînement par les mises en garde répétées contre la moindre faiblesse, qui déterminait certains prisonniers à abandonner tout esprit de résistance dès qu'on leur avait arraché un aveu sans importance ¹⁵⁶.

¹⁵⁵. Le caractère envahissant de la théorie de la nature humaine que l'on professe dans toute institution est généralement très bien exprimé dans les hôpitaux psychiatriques d'avant-garde. Ces théories, qui devaient à l'origine s'appliquer aux reclus, y sont de plus en plus appliquées également au personnel à tel point que le personnel subalterne doit y sacrifier au cours de séances de psychothérapie collective et le personnel supérieur au cours de séances de psychanalyse individuelle. On tend même à faire appel à des médecins sociologues consultants qui s'occupent de l'institution dans son ensemble.

¹⁵⁶. Voir l'article très utile d'Albert Bideman, «Social-Psychological Needs and Involuntary Behavior as Illustrated by Compliance in Interrogation», *Sociometry*, XXIII, 1960, p. 120-47.

La réinterprétation du travail.

Une théorie de la nature humaine ne représente évidemment qu'un des aspects du schéma interprétatif proposé par l'institution totalitaire. Les perspectives que commande cette institution s'étendent aussi au domaine du travail. Dans la vie courante, les motivations ordinaires du travailleur sont le salaire, le profit ou le prestige et par conséquent l'élimination de ces mobiles retranche du même coup certaines justifications de l'action qu'il faut remplacer. Dans les hôpitaux psychiatriques, on parle officiellement de «thérapie industrielle» (*industrial therapy*) ou d'«ergothérapie» (*work therapy*)*, on confie aux malades certaines besognes, généralement humbles: ramassage des feuilles dans la cour, service de la table, travaux de blanchisserie, lessivage de parquets... La nature de ces tâches peut varier selon les besoins des établissements, mais la justification que l'on présente au malade est invariable: il s'agit toujours de travaux qui doivent l'aider à réapprendre à vivre en société et l'aptitude et le zèle dont il fera preuve dans leur exécution seront interprétés comme une preuve diagnostique d'amélioration¹⁵⁷. Le

* *Industrial therapy; work therapy*: aux États-Unis, on réserve généralement l'expression d'*occupational therapy* (cf. troisième étude, p. 278) aux travaux effectués dans des ateliers spécialisés, sous la surveillance de représentants qualifiés du personnel, moniteurs ou surveillants spécialisés. Les tâches proposées (fabrication d'objets en raffia, poteries, articles de maroquinerie, etc.) n'ont pas d'utilisation directe au sein de l'hôpital. Le mot «ergo-thérapie» (*work therapy*) est pris ici comme un euphémisme pour désigner la transposition des vertus «resocialisantes» prêtées à ces tâches, aux travaux utiles au fonctionnement quotidien de l'établissement, comme le ramassage des feuilles mortes, la tonte du gazon, le nettoyage des parquets, le lavage de la vaisselle, etc. Certaines de ces tâches rappellent l'organisation «industrielle» du travail (équipes de malades employés à la buanderie, à l'atelier de réparation des chaussures, aux services généraux de l'hôpital, etc.) d'où l'expression d'*industrial therapy*. (N. d. T.).

157. On aurait grand tort d'envisager ces «thérapies» dans une perspective trop désabusée. Un travail comme celui qui se fait à la blanchisserie ou à la cordonnerie a son rythme propre et se fait sous la direction d'individus qui ont plus d'affinités avec leur métier qu'avec l'hôpital; aussi le temps consacré à ces besognes se déroule-t-il souvent beaucoup plus agréablement que celui que l'on passe dans un quartier

malade peut lui-même voir le travail sous ce jour. Les institutions religieuses proposent, selon un processus identique, une autre définition du travail, ainsi qu'en témoigne cette sœur de l'ordre des Pauvres Clarisses:

«Voilà un autre merveilleux bienfait de la vie soumise. Nul ne peut prétendre faire une tâche plus importante que vous, dès lors que vous obéissez. Dieu ne fait pas de différence entre un balai, une plume ou une aiguille. La seule et infinie différence, au regard de Dieu, des Sœurs et du monde entier, tient à l'obéissance de la main qui manie ces objets et à l'amour que porte en son cœur la sœur qui les tient¹⁵⁸.»

«Il faut bien que, dans le monde, les gens se plient à des lois édictées par l'homme et aux menues interdictions de tous les jours. Les sœurs des ordres contemplatifs choisissent librement d'obéir à une règle monastique inspirée par Dieu. La dactylo à sa machine peut taper pour l'amour exclusif des dollars, en rêvant de pouvoir s'arrêter, la Pauvre Clarisse commise au balayage du cloître se donne à sa tâche pour l'amour de Dieu et, à ce moment-là, elle préfère le nettoyage à toute autre occupation que lui offrirait le monde¹⁵⁹.»

Bien qu'il soit possible de voir s'affirmer dans certains établissements commerciaux des mobiles à caractère institutionnel très marqué¹⁶⁰ — recherche du profit, de l'économie, par exemple — ces mobiles et les structures

sombre et silencieux. Bien plus, l'idée d'occuper les malades à un travail «utile» est apparemment si prisée dans notre société que l'on conserve des activités comme la réparation des chaussures ou la confection des matelas, au moins pendant quelque temps, bien qu'elles coûtent vraiment à l'institution.

158. Cf. Sœur Mary Francis, Clarisse, *A Right to Be Merry*, New York, Sheed and Ward, 1956, p. 108.

159. *Ibid.*, p. 99. Le fait de donner à la pauvreté un sens différent qui en modifie la nature fait évidemment partie de la stratégie fondamentale de la vie religieuse. L'idéal de la simplicité spartiate a également inspiré les groupes politiques de gauche et les groupes militaires. Plus couramment, on voit les beatniks donner aux signes de la pauvreté une signification particulière.

160. Cet effort d'interprétation en surface et en profondeur est bien dépeint dans le roman de Bernard Malamud consacré aux problèmes de gestion d'une petite épicerie, *The Assistant*, New York, New American Library, 1958.

auxquelles ils se réfèrent peuvent cependant avoir pour fonction de limiter les autres formes d'interprétation. Malgré tout, lorsque la logique qui prévaut dans la société ordinaire ne peut plus être évoquée, le champ est dangereusement ouvert à toutes sortes d'interprétations divagantes et excessives et, pour finir, à de nouvelles formes de tyrannie.

Les reclus sont généralement traités selon des règles adaptées aux buts idéaux et aux fonctions de l'établissement : d'où la nécessité de services techniques travaillant dans un but humanitaire. Le plus souvent, ces services sont confiés à des spécialistes venus du dehors, ne serait-ce que pour éviter à la direction d'avoir à faire sortir les reclus des limites de l'institution pour des nécessités de service (il n'est pas recommandé de «faire sortir des moines, car ce n'est pas sain pour leur âme ¹⁶¹»). Les étrangers attachés à l'établissement sur ces bases sont presque toujours déçus. Ils sentent qu'il leur est impossible d'accomplir en ces lieux les tâches pour lesquelles on les a appelés et qu'on les «exploite» pour donner plus de poids encore, par leur sanction professionnelle, au système des privilèges. Il semble que le mécontentement soit sur ce point unanime ¹⁶². On trouve dans les annales de bon nombre d'hôpitaux psychiatriques une suite de témoignages de psychiatres mécontents qui menacent de partir afin de pouvoir faire de la psychothérapie. Il arrive souvent que la direction de l'hôpital crée, avec de gros moyens, un service psychiatrique spécialisé, groupe de psychothérapie, de psychodrame ou d'art-thérapie; puis peu à peu l'intérêt se porte ailleurs et le spécialiste en place découvre que, progressivement, sa spécialité s'est transformée en une sorte de travail de relations publiques, sa thérapie ne recevant de marque de soutien que lorsque des visiteurs sont reçus à l'institution et que l'administration se met en tête de montrer à quel point l'équipement est moderne et complet.

161. Cf. *The Holy Rule of Saint Benedict*, ch. 66.

162. Cf. Harvey Powelson et Reinhard B. Bendix, «Psychiatry in Prison», *Psychiatry*, XIV, 1951, p. 73-86 et Waldo W. Burchard, «Role Conflict of Military Chaplains», *American Sociological Review*, XIX, 1954, p. 528-35.

Les spécialistes ne sont naturellement pas les seuls membres du personnel à qui les buts officiels de l'institution posent des problèmes. Ceux qui sont en contact permanent avec les reclus sentent eux aussi qu'ils sont placés devant une tâche contradictoire puisqu'il leur faut réduire les reclus à l'obéissance tout en donnant l'impression de respecter les principes d'humanité et atteindre les objectifs rationnels de l'institution.

RITES ET CÉRÉMONIES RITUELLES

Les institutions totalitaires ont été décrites du point de vue du reclus et, plus brièvement, du point de vue du personnel d'encadrement. Point central de ces deux perspectives, l'image que l'on se forme du groupe d'en face est rarement de nature à susciter l'identification par sympathie, sauf peut-être pour ces reclus décrits précédemment qui, adoptant le rôle d'hommes de confiance, finissent par «s'identifier» pour de bon à l'agresseur. Lorsque s'établissent des relations plus ou moins intimes et inhabituelles par-dessus la ligne de partage entre personnel et reclus, nous savons que cela peut déclencher une série de réactions en chaîne et toutes sortes de répercussions fâcheuses¹⁶³ avec subversion de l'autorité et des distances sociales, qui donnent à nouveau l'impression que des liens incestueux et tabous se sont noués à l'intérieur de l'institution.

L'abandon de rôle.

En plus de ces liens «personnels», illicites ou douteux, d'autres contacts irréguliers s'établissent entre personnel et reclus. Une partie de la vie du personnel — à la différence de celle des reclus — est indépendante de l'institution, même si elle se déroule dans les limites de l'établissement ou dans ses environs immédiats. Il est par ailleurs entendu que le temps de travail du reclus n'a guère de valeur, même à ses propres yeux et qu'il est entièrement laissé à la discrétion du personnel. Dans ces conditions, il semble difficile

163. Cf. E. Goffman, *The Presentation of Self in Everyday Life*, New York, Anchor Books, 1959, p. 200-204; Mc Corkle et Korn, *op. cit.*, p. 93-94. L'étude la plus importante à ce sujet est celle de Alfred H. Stanton et Morris S. Schwartz, «The Management of a Type of Institutional Participation in Mental Illness», *Psychiatry*, XII, 1949, p. 12-26.

de maintenir la ségrégation des rôles et les reclus se retrouvent occupés à accomplir de petits travaux pour le compte du personnel : jardinage, travaux de peinture ou de nettoyage, garde d'enfants... Dans la mesure où ces travaux ne s'inscrivent pas dans le cadre officiel de l'institution, le personnel est bien obligé d'accorder quelque considération à ceux qui le servent ainsi et il se trouve dans l'impossibilité de garder ses distances habituelles à leur égard. Les restrictions ordinaires de la vie dans l'institution font qu'en général les reclus saisissent avec joie l'occasion qui leur est ainsi fournie de briser la rigueur de la ligne de séparation :

« Le sergent-major donna l'exemple de ces entorses au règlement en envoyant chez sa femme le dernier homme de la corvée pour lui faire repeindre la grille et surveiller les enfants pendant qu'elle était partie faire des courses. "Une grosse part de tarte à la confiture, qu'elle m'a donné" se vanta Garner, pardonnant d'un cœur léger au bébé d'avoir crié puisque cela lui avait valu de se remplir la panse ¹⁶⁴. »

Outre ces moyens accidentels de franchir la ligne de démarcation, chaque institution totalitaire engendre spontanément ou par imitation une série de pratiques institutionnalisées qui rapprochent assez les membres du personnel des reclus pour permettre aux uns comme aux autres de se voir réciproquement sous un jour favorable et de chercher à se mettre, par sympathie, les uns à la place des autres. Ces pratiques expriment l'unité, la solidarité, l'union dans la dépendance vis-à-vis de l'institution, beaucoup plus que des différences de niveau hiérarchiques.

Ces rapprochements institutionnalisés sont, dans leur forme, caractérisés par l'abandon des formalités et des échanges strictement liés aux nécessités du travail qui

164. Cf. Lawrence, *op. cit.*, p. 40. Voir aussi une illustration de la situation dans les camps de concentration présentée par Kogon, *op. cit.*, p. 84-86. Il faudrait faire aussi la réserve suivante : dans certaines institutions totalitaires, en particulier sur les navires, ces services personnels peuvent se présenter sous un jour légal, comme faisant partie des attributions de l'un des matelots. Il en va de même du rôle de l'ordonnance dans l'armée britannique. Mais, à ces exceptions près, on peut dire qu'il y a bien peu d'aspects de la vie du personnel qui ne soit pas officialisés.

commandent en général les contacts entre personnel et reclus ainsi que par le relâchement du carcan habituel de l'autorité. La participation est souvent quasi volontaire. Par rapport aux formes de comportement ordinaires, ces activités constituent autant d'« abandons de rôles » (*role release*) ¹⁶⁵. De fait, dans la mesure où la distance établie entre personnel et reclus tend à se manifester dans toutes les directions, toute modification qui va dans le sens d'une expression de solidarité constitue automatiquement un abandon de rôle. On peut multiplier les conjectures sur les diverses fonctions de ces rapprochements, mais ces explications semblent beaucoup moins significatives que la façon singulière dont ces pratiques se développent dans tous les types d'institutions totalitaires, où il semblerait que le terrain soit le moins favorable à des manifestations de ce genre. On est donc amené à penser que l'existence de telles pratiques repose sur d'excellentes raisons, seraient-elles difficiles à déceler.

Le journal intérieur.

L'une des pratiques rituelles les plus courantes dans les institutions totalitaires se rapporte au journal intérieur, ordinairement présenté sous la forme d'un hebdomadaire ou d'une revue mensuelle. En général tous les collaborateurs sont recrutés parmi les reclus — ce qui introduit entre eux une sorte de hiérarchie factice — tandis que la direction en est assumée par un responsable représentant le personnel, qui dispose également du droit de censure. Ce dernier sympathise en général avec les reclus mais n'en demeure pas moins indiscutablement solidaire de l'administration. Le texte imprimé ne déborde pas le cadre de l'institution et donne à l'univers ainsi délimité l'allure d'une réalité publique.

On peut distinguer deux types de rubrique dans les journaux de ce genre ; d'abord les « nouvelles locales » où l'on trouve mention des cérémonies qui se sont déroulées

165. Ce terme a été introduit par Everett C. Hugues et employé dans un essai inédit de Joseph Gusfield, « Social Control and Institutional Catharsis ».

récemment dans l'institution et des événements « personnels », du genre anniversaires, promotions, excursions, décès, survenus dans la vie des membres de l'institution et particulièrement chez les représentants du personnel les mieux connus ou les plus haut placés. Cette rubrique exprime sous forme de félicitations ou de condoléances l'intérêt et la sympathie que l'institution tout entière porte à chacun de ses membres. Elle illustre un aspect intéressant de la ségrégation des rôles. Puisque les rôles de type proprement institutionnel, celui de médecin par exemple, placent ceux qui les assument en marge de tous les autres membres (en l'occurrence les infirmiers et les malades), ils ne peuvent être les vecteurs d'une solidarité étendue à tous. Par contre on utilise à cette fin les rôles qui se situent hors du cadre institutionnel, et plus précisément ceux de père, mère, ou d'épouse, que tout un chacun peut au moins imaginer à défaut de les assumer.

La seconde rubrique se compose d'articles de fond; elle comprend des informations de l'extérieur relatives au statut légal et social des reclus et anciens reclus, accompagnées de commentaires appropriés, des essais originaux, de courtes histoires, des poèmes et des éditoriaux. La rédaction a beau être le fait des reclus, ces articles n'en présentent pas moins la version officielle des fonctions de l'institution, les théories de la direction sur la nature humaine, une version idéalisée des relations personnel-reclus et l'attitude qu'un adepte idéal devrait adopter; en un mot, ils se situent dans la ligne de l'institution.

Pourtant, le journal intérieur se maintient en vie en gardant subtilement un équilibre scabreux. Le personnel se laisse interviewer par les reclus, tolère qu'on écrive sur son compte des anecdotes qui pourront être lues, et ce faisant, il se place dans une certaine mesure sous le contrôle de ceux qui écrivent comme de ceux qui lisent. En même temps les reclus trouvent là l'occasion de montrer qu'ils sont assez haut placés dans l'échelle humaine pour manier le langage et les idées officielles avec la compétence de personnes instruites¹⁶⁶. Les

166. Les pétitions légales, savamment rédigées par les reclus, et qui circulent dans un grand nombre de prisons et d'hôpitaux psychiatriques, jouent apparemment le même rôle.

collaborateurs cautionnent en outre l'idéologie officielle, dans la mesure où elle est ainsi présentée aux reclus par d'autres reclus. Il n'est pas sans intérêt de noter que la plupart du temps les reclus qui passent cet accord avec le personnel ne cessent pas pour autant d'affirmer leur fidélité aux efforts de résistance. Ils formulent toutes les critiques explicites de l'institution que la censure est susceptible de laisser passer et ils y ajoutent celles que permet l'usage de périphrases, d'allusions, ou de bandes dessinées non équivoques, puis, devant leurs copains, ils jouent les cyniques pour expliquer leur collaboration, affirmant qu'ils écrivent parce que cela leur procure un « boulot peinard » ou un bon moyen de s'assurer des recommandations pour la sortie.

Les réunions.

Si les journaux intérieurs sont courants depuis un certain temps déjà dans les institutions totalitaires, ce n'est que récemment qu'une autre forme d'abandon des rôles, non sans analogies avec la précédente, y est apparue: je veux parler des différentes formes d'« auto-gestion » et de « thérapies de groupe ». Ordinairement ce sont les reclus qui diffusent les idées qu'un membre du personnel ayant quelque affinité avec eux supervise. Là encore on trouve une sorte d'accord entre reclus et personnel. Les reclus se voient octroyer le privilège de passer quelque temps dans un milieu relativement libéral et égalitaire. Ils reçoivent même le droit de formuler des récriminations. On attend d'eux en retour qu'ils soient moins solidaires des pratiques de résistance et plus réceptifs à la représentation de la personnalité idéale que le personnel définit à leur intention.

L'emploi par les reclus du langage officiel et la philosophie du personnel dans les discussions ou les accrochages relatifs aux publications ne présente pas que des avantages pour le personnel. Les reclus se trouvent à même de tirer parti de l'organisation rationnelle donnée par le personnel à l'institution, et menacent par là de réduire l'écart social entre les deux groupes. Aussi voit-on de manière significative, dans les hôpitaux

psychiatriques, les membres du personnel employer une terminologie psychiatrique stéréotypée dans leurs conversations particulières ou lorsqu'ils s'adressent aux malades, mais reprocher à ces derniers de faire preuve d'«intellectualisme» et d'éluder les problèmes lorsqu'ils utilisent à leur tour ce langage. Peut-être cette forme d'abandon de rôle institutionnel que constitue la thérapie de groupe doit-elle sa spécificité au fait que des spécialistes à préoccupations spéculatives se mêlent de l'étudier, si bien que, sur cette seule pratique des institutions totalitaires, il existe déjà une littérature plus abondante que sur toutes les autres réunions.

Les fêtes.

Un autre type de rite institutionnel un peu différent des précédents s'exprime à l'occasion de la fête annuelle, qui peut d'ailleurs avoir lieu plusieurs fois par an: au cours des manifestations traditionnelles de la vie en société que sont repas en commun, jeux de société ou danses, le personnel et les reclus sont amenés à se «mélanger». En ces occasions, ils ont le droit de prendre avec la ligne de partage des castes des «libertés» qui peuvent aller jusqu'aux rapprochements sexuels¹⁶⁷. Dans certains cas, cette liberté atteint même une inversion des rôles rituels; on peut voir alors le personnel servir les reclus à table ou leur rendre certains autres menus services¹⁶⁸.

167. Bien sûr, les soirées qui réunissent les collègues de bureau, dans des établissements qui n'ont pas le caractère d'institutions totalitaires ont une dynamique semblable et ont été les premières à susciter des commentaires. Cf. par exemple Gusfield, *op. cit.* Les meilleurs récits d'aventures de ce genre se trouvent dans la littérature romanesque. Voir par exemple la description d'une soirée dans le cadre d'une usine par Nibel Balchin, *Private Interests*, Boston, Houghton-Mifflin, 1953, p. 47-71, ou la description d'une soirée donnée pour le personnel d'un hôtel dans la nouvelle de Angus Wilson, *Saturnalia*, parue dans *The Wrong Set*, New York, William Morrow, 1950, p. 68-89; et la relation de la fête annuelle d'un hôpital psychiatrique faite par J. Kerkhoff, *op. cit.*, p. 224-225.

168. Cf. Ch. V.: «The Licence in Ritual» in Max Gluckman, *Custom and Conflict in Africa*, Glencoe, Ill., The Free Press 1955 p. 109-136.

Dans beaucoup d'institutions totalitaires, la fête annuelle coïncide avec la fête de Noël. Une fois l'an, les reclus décorent l'établissement d'ornements provisoires en partie fournis par l'administration; ainsi chassent-ils l'univers institutionnel de leur chambre comme ils le chasseront de leur table grâce au repas amélioré qui leur est servi. Les reclus reçoivent de petits cadeaux ou des douceurs, certaines corvées sont supprimées; il arrive que le temps de visite soit allongé et que les restrictions qui accompagnent les mises en liberté soient allégées. D'une façon générale, les rigueurs de la vie institutionnelle se relâchent pour une journée.

«Les autorités firent tout leur possible pour nous mettre de bonne humeur. Le matin de Noël, nous nous attablâmes devant un breakfast copieux, corn flakes, saucisses, bacon, haricots, croûtons frits, pain-margarine et confiture d'oranges. À midi, on nous servit du rôti de porc, le traditionnel pudding de Noël et du café; le soir, des tartelettes et du café à la place du bol de cacao habituel. Les pièces étaient décorées de serpentins, de boules et de clochettes et chacune avait son arbre de Noël. On donna des séances supplémentaires de cinéma dans le gymnase. Deux employés m'offrirent un cigare. On m'autorisa à envoyer et recevoir quelques télégrammes de vœux et, pour la première fois depuis que j'étais en prison, je ne manquai pas de cigarettes¹⁶⁹.»

Aux États-Unis, les fêtes de Pâques, du 4 Juillet, de la Toussaint, et du *Thanks giving day* peuvent donner lieu à des cérémonies de ce genre, encore que plus modestes.

La soirée théâtrale de l'institution est aussi une cérémonie qui ne manque pas d'intérêt. Elle a souvent lieu à l'occasion de la fête annuelle et de la fête de Noël¹⁷⁰. Ordinairement, les acteurs sont des reclus et les organisateurs des membres du personnel, mais il arrive que les deux groupes soient réunis pour ces tâches. Les

169. Cf. Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 199. Cf. aussi Creery dans Hassler, *op. cit.*, p. 157. Au sujet de la liberté dont jouissent les malades mentaux les jours de fête, voir Kerkhoff, *op. cit.*, p. 185-256. Même situation sur un navire de guerre décrite par Melville, *op. cit.*, p. 95-96.

170. Voir, par exemple, concernant les prisons, Norman, *op. cit.*, p. 69-70.

auteurs sont le plus souvent des membres de l'institution — personnel ou renclu — et par conséquent les allusions aux situations locales abondent dans les textes. Cette utilisation privée de la forme d'expression publique qu'est le théâtre fait ainsi naître le sentiment très vif de la réalité des événements intérieurs à l'institution. Très souvent on présente des pièces satiriques qui brocardent des membres bien connus de l'institution et de préférence haut placés¹⁷¹. Dans le cas fréquent où l'on a affaire à une communauté de reclus du même sexe, certains acteurs doivent revêtir pour jouer le costume des membres du sexe opposé et en parodier le rôle. La tolérance a des limites et elle est mise à rude épreuve lorsque la satire va au-delà de ce que certains membres du personnel seraient disposés à endurer. Ainsi sur un navire :

«Et là, White Jacket doit moraliser un peu: ce qu'il y avait d'insolite à voir la rangée des officiers du poste des aspirants mêler leurs applaudissements à ceux du peuple pour un simple matelot comme Jack Chase me mit, à l'époque, au comble de l'émotion et du plaisir. Il est doux, pensais-je, de voir ces officiers reconnaître qu'après tout nous sommes tous des hommes et tous des frères. Il est doux de les voir reconnaître et apprécier cordialement les multiples mérites de mon incomparable Jack. Ah, ce sont de braves types, tous autant qu'ils sont, et j'ai bien l'impression de ne leur avoir pas toujours rendu justice dans mes pensées¹⁷².»

La «présentation» de l'institution.

En plus des sketches satiriques, l'on assiste parfois à de représentations de caractère historique décrivant le

171. On trouvera un exemple de prisonniers brocardant les gardiens et le directeur de la prison dans Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 110-111.

172. Cf. Melville, *op. cit.*, p. 101 (en italiques dans le texte). L'auteur fait d'amers commentaires sur la capacité des officiers à «reprendre leur visage d'officiers» dès la fin de cet abandon de rôle, et à retrouver toute leur rigueur habituelle. Cf. également Kerkhoff, *op. cit.*, p. 229 et Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 195-199.

sombre passé d'une institution du même type, pour mettre en évidence, par contraste, les prétendues améliorations de la situation actuelle¹⁷³. Il faut remarquer qu'en dépit de la séparation écologique entre les groupes, le spectacle s'adresse à la fois aux reclus et au personnel et parfois aussi à des étrangers autorisés à y assister. La présence d'un public étranger à la représentation forme incontestablement un arrière-plan qui, par contraste, donne au personnel et aux reclus, le sentiment de leur unité.

D'autres rites institutionnels remplissent aussi cette fonction, souvent même de façon plus directe: c'est une pratique de plus en plus répandue que de laisser, une fois par an, l'entrée libre aux visiteurs. À cette occasion, les familles ou même le public étranger sont invités à inspecter les lieux. Ils peuvent ainsi constater par eux-mêmes que les grands principes humanitaires sont respectés. En de telles circonstances, personnel et reclus s'efforcent de paraître en bons termes, ce qui a souvent pour contrepartie un certain relâchement de la rigueur habituelle. «L'entrée libre» est possible, et son succès assuré parce que cet événement correspond à une «présentation de l'institution». Cette présentation, ou parade, est parfois offerte à un public appartenant à l'institution et plus précisément aux grands responsables de la direction, comme l'atteste ce récit d'un ancien malade mental.

«Le petit déjeuner terminé, quelques malades s'habillèrent et quittèrent le quartier pour réapparaître au bout de quelque temps, armés de balais et de brosses avec lesquels ils se mirent à nettoyer les parquets d'une manière bizarre,

173. Il n'est pas nécessaire que la situation «avant» et «après» soit très conforme aux faits puisque chaque version a pour but de clarifier une situation et non d'en donner la mesure, et, de toutes façons, il peut être habile de représenter le «passé» à cause de sa ressemblance avec le présent. J'ai vu des malades mentaux venant de bons quartiers monter des spectacles bien documentés sur les conditions qui régnaient autrefois dans les hôpitaux psychiatriques arriérés. On y joue dans des costumes de l'époque victorienne. Le public est formé de personnes du voisinage bien intentionnées et au courant des problèmes de la psychiatrie. À quelque distance de l'endroit où le public est assis on peut rencontrer dans certains bâtiments des conditions aussi mauvaises, mais bien réelles. C'est parfois pour l'avoir réellement joué que les acteurs connaissent si bien leur rôle.

mécanique, comme des robots que l'on viendrait de remonter. Cette activité soudaine me surprit. Les stagiaires se précipitèrent de tous les côtés avec des tapis flambant neufs qu'ils étendirent sur les parquets cirés; comme par magie, une ou deux armoires firent une apparition tardive et les fleurs de la mi-été se mirent inopinément à éclore de tous côtés. La salle était méconnaissable tant elle avait changé d'aspect. Je me demandai si ces docteurs la voyaient jamais dans sa nudité habituelle et ma surprise fut tout aussi grande lorsque après leur départ tout ce splendide appareil s'esca-mota aussi promptement qu'il était apparu ¹⁷⁴.»

Il semble que cette mise en scène soit le plus souvent organisée à l'intention des visiteurs. Parfois l'occasion en est fournie par la visite qu'une personne étrangère rend à un reclus. Les étrangers ne sont généralement pas initiés aux conditions particulières de l'hôpital et, comme nous l'avons dit, ils peuvent formuler des exigences embarrassantes. Dans ce cas, le rôle du reclus lui-même contribue largement à l'impression produite par l'institution.

«On pouvait se faire une idée claire de la situation en demandant ce qui arrivait quand tel malade recevait un visiteur. Le bureau central de l'hôpital commençait par annoncer le visiteur par téléphone: le malade demandé était alors sorti de son isolement, baigné et habillé; une fois présentable, on le conduisait à un "parloir" d'où il était impossible de voir la salle commune. Si le malade était trop intelligent pour qu'on pût lui faire confiance, il n'était à aucun moment laissé seul avec son visiteur. En dépit de toutes ces précautions cependant, des soupçons s'éveillaient parfois et tous les surveillants du quartier avaient alors le devoir de reprendre la situation en main ¹⁷⁵.»

Dans certaines institutions totalitaires, le parloir joue sous ce rapport un rôle important. Là le décor et le comportement des individus se rapprochent des normes ordinaires de façon beaucoup plus sensible que dans les secteurs où se déroule habituellement la vie des reclus.

174. Cf. Johnson et Dodds, *op. cit.*, p. 92.

175. Cf. J. M. Grimes, M. D. *When Minds Go Wrong*, publié par l'auteur, Chicago, 1951, p. 81.

Cette manière de rendre visite au reclus a pour effet de diminuer la pression que ces étrangers ne manqueraient pas d'exercer autrement sur l'institution. Il est déprimant, humainement parlant, de constater qu'au bout d'un certain temps chacune des trois parties — reclus, visiteur, personnel — a parfaitement pris conscience que le parloir offre une image maquillée de la réalité et que, tout en sachant les autres également conscients de cette situation, tous acceptent tacitement de perpétuer malgré tout la fiction.

La «présentation» de l'institution peut également être mise sur pied à l'intention de tous les visiteurs, pour leur donner une image «appropriée» de l'établissement, image conçue pour apaiser la crainte vague qu'ils éprouvent malgré eux à l'égard des établissements de tutelle. Les visiteurs ne voient naturellement que les reclus les plus avenants et les plus coopératifs ainsi que les parties les plus attrayantes de l'établissement ¹⁷⁶. Comme on l'a déjà dit, dans les grands hôpitaux psychiatriques, les traitements modernes tels que les psycho-drames ou la rééducation par la danse (*dance-therapy*) jouent parfois un rôle tout particulier à cet égard, le thérapeute et son équipe habituelle de malades finissant par acquérir, par la pratique courante, l'habitude de «jouer» devant les étrangers. Plus encore, un petit groupe de reclus favorisés peut, des années durant, assumer la tâche de faire faire aux visiteurs le tour du «village-Potemkine» de l'institution. Les visiteurs n'ont aucun mal à prendre pour un échantillon du caractère moyen des reclus l'apparence sincère et sociable de leurs guides. Le droit que possède le personnel de limiter, vérifier et censurer le courrier expédié, l'interdiction fréquente d'écrire quoi que ce soit de négatif au sujet de l'institution, contribuent à entretenir l'idée que le visiteur s'est forgée de l'institution, en même temps qu'à rendre les reclus étrangers à leurs correspondants puisqu'ils ne peuvent leur écrire en toute franchise. Il arrive souvent aussi que la simple distance séparant l'établissement de la résidence de la famille, non seulement masque les «conditions» qui règnent à l'intérieur, mais aussi transforme les visites familiales

176. Pour les prisons, voir Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 62.

en excursions joyeuses qui laissent au personnel tout le loisir de se préparer.

Il est possible évidemment que le visiteur soit une personnalité officielle, chargée de la liaison entre la direction et un organisme responsable du contrôle de toutes les institutions d'une même catégorie. On peut alors prévoir qu'une présentation particulièrement soignée sera mise sur pied. Citons, dans l'argot employé par l'auteur, l'exemple d'une prison britannique :

« De temps en temps cette taule reçoit la visite d'un commissaire, comme toutes les taules de la région. Quand ça se produit, c'est un grand jour dans la vie des carnes et des directeurs. La veille du jour où il doit venir, ils déclenchent un nettoyage monstre, on brique tous les parquets, on astique tous les cuivres, on dégrasse tous les coins. Le préau est balayé, les plates-bandes sarclées et on nous recommande de nous assurer que notre matériel est propre et en ordre. Enfin c'est le grand jour. Le commissaire porte en général, même l'été, un manteau noir et un chapeau à la Anthony Eden, noir également. Souvent aussi il a un parapluie. Je ne sais vraiment pas pourquoi ils font tant de salades pour lui puisque tout ce qu'il fait, c'est de venir manger avec le directeur, jeter un petit coup d'œil sur la taule, monter dans sa grosse voiture et s'en aller. Des fois, il vient juste comme on est en train de manger, alors il en pique un et il lui demande : La nourriture est bonne ? pas de réclamations ? On regarde alors le directeur et le gardien-chef (qui ne le quittent pas d'une semelle tout au long de son séjour dans la taule) et on répond : Non monsieur, pas de réclamations ¹⁷⁷. »

Quelle que soit l'influence de ces visites sur les règles de vie quotidienne, elles servent surtout à rappeler à chacun de ceux qui y vivent que l'institution n'est pas un monde totalement clos, mais qu'elle entretient certains rapports de subordination bureaucratique avec les structures extérieures. La présentation de l'institution peut aussi, indépendamment du public auquel elle est destinée, faire croire aux reclus qu'ils vivent dans le meilleur établissement du genre. Il est surprenant de

177. Cf. Norman, *op. cit.*, p. 103.

voir à quel point les reclus sont disposés à croire cela de leur établissement. C'est qu'en effet cette croyance leur permet de nourrir le sentiment qu'ils ont une place dans le monde extérieur même si cette place est en fait la condition même de leur exil de ce monde.

L'utilité des pratiques ostentatoires.

Cette présentation de l'institution est très révélatrice du processus de symbolisation. En premier lieu, le secteur présenté est le plus récent, le plus moderne de l'institution, et il est destiné à changer dès qu'apparaîtront de nouvelles pratiques et de nouveaux équipements. Ainsi, lorsqu'un nouveau pavillon est mis en service dans un hôpital psychiatrique le personnel du bâtiment qui était précédemment le « neuf » peut relâcher son zèle, assuré que son rôle de personnel-modèle et de préposé à l'accueil des visiteurs est désormais dévolu à d'autres. En second lieu, l'exhibition ne porte pas nécessairement sur les aménagements purement ornementaux, corbeilles de fleurs ou rideaux amidonnés, mais s'attache souvent, au contraire, aux objets utilitaires, tel matériel ultra-moderne de cuisine ou tel bloc chirurgical perfectionné par exemple. En fait, c'est peut-être en partie pour pouvoir l'exhiber que l'on se procure ce matériel. Mais en fin de compte, tout objet de parade joue nécessairement un rôle positif ; même si sa fonction utilitaire le cède aux fins ostentatoires, elle n'est cependant pas négligeable. Les photographies exposées dans les couloirs de l'institution, qui présentent les différentes activités dont le cycle meuble l'existence du reclus-type en la compagnie du personnel-type, ont souvent bien peu de rapports avec les réalités de la vie de l'établissement, mais du moins quelques reclus ont-ils passé une matinée agréable à poser pour ces photos. Les fresques exécutées par les reclus que les prisons, hôpitaux psychiatriques ou autres établissements sont fiers d'exposer aux meilleurs endroits ne prouvent pas nécessairement que l'on encourage tous les reclus à cultiver les arts, ni que le cadre présente rien qui puisse les inspirer, mais cela montre malgré tout de façon certaine, que l'on a autorisé au moins un

reclus à se consacrer à son œuvre¹⁷⁸. Les repas servis à l'occasion des inspections ou des libres visites ont au moins l'avantage de rompre pour un jour la monotonie du menu quotidien¹⁷⁹. Si le journal ou les représentations théâtrales donnent de l'établissement une image idéalisée, ils ont du moins une certaine valeur pour le petit nombre des reclus qui participent à l'élaboration de ces manifestations rituelles. Un luxueux bâtiment d'admission, avec plusieurs salles ouvertes au public, peut donner aux visiteurs une impression favorable : cette impression se justifie néanmoins pour le nombre non négligeable des reclus qui y vivent.

On pourrait ajouter que la dynamique de l'apparence ne se réduit pas au simple contraste entre mise en scène et réalité. On pratique dans beaucoup d'institutions totalitaires des punitions qui ne sont pas autorisées par le règlement, mais il est remarquable qu'elles soient administrées dans une cellule close ou un endroit situé hors de l'attention de la majeure partie des reclus et du personnel. Même si de tels actes ne sont pas fréquents, ils interviennent d'une façon codifiée et l'on sait plus ou moins clairement qu'ils sont la conséquence de certains types d'infraction. Pareils actes sont à la vie quotidienne de l'établissement ce qu'est l'existence réelle par rapport à la parade mise en scène pour les visiteurs, et ces trois aspects de la réalité — celui que l'on cache aux reclus, celui qu'on leur révèle, et celui que l'on montre aux visiteurs — doivent être envisagés sans discrimination, comme les trois aspects fonctionnellement différents et étroitement liés d'un même ensemble.

Nous avons dit que les visites individuelles, l'ouverture des portes au public et les inspections permettent aux étrangers de se rendre compte que tout est pour le mieux à l'intérieur de l'institution. Il est d'autres

178. Le cas de Robert Stroud, prisonnier à Leavenworth, qui avait monté un laboratoire d'ornithologie dans sa prison montre la façon dont un reclus peut exploiter son violon d'Ingres devant le public. (Cf. Gaddis, *op. cit.*). Des reclus artistes ont parfois refusé, et cela n'est pas surprenant, de collaborer, repoussant la liberté de peindre qu'on leur offrait en échange d'une œuvre qui eût été utilisée par le personnel pour monter en épingle le caractère général de l'établissement. Cf. Naeve, *op. cit.*, p. 51-55.

179. Cf. Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 61, Dendrickson et Thomas *op. cit.*, p. 70.

pratiques qui offrent de semblables possibilités : ainsi au terme d'accords entre des institutions totalitaires et certaines troupes de comédiens amateurs ou anciens professionnels, l'institution peut s'engager à fournir la scène et un public complaisant et les comédiens à jouer gratuitement ; il peut arriver que les uns aient des autres un besoin tel que leurs relations dépassent les limites des affinités personnelles pour atteindre presque l'état de symbiose¹⁸⁰. Quoi qu'il en soit, puisque tous les membres de l'établissement assistent au spectacle, les comédiens peuvent se rendre compte qu'il existe assez d'harmonie entre les reclus et le personnel pour que les deux groupes s'assemblent à l'occasion de ce qui a tout l'air d'être une libre soirée de divertissement facultatif.

Les compétitions sportives.

Comme le journal intérieur, les réunions, les visites publiques et les fêtes de charité, les compétitions sportives entre établissements donnent lieu à un autre type de cérémonies rituelles qui remplissent de façon particulièrement significatives certaines fonctions latentes. L'équipe de

180. Nous nous rendons assez bien compte de la nécessité, pour les institutions totalitaires, de voir des organismes charitables organiser des divertissements mais nous avons tendance à sous-estimer le besoin, pour les acteurs amateurs, d'un public sur qui exercer leur action charitable. Ainsi, l'hôpital psychiatrique que j'ai étudié possède apparemment la seule scène qui, sur un large rayon, soit assez grande pour accueillir la totalité des membres d'une école de danse du voisinage. Parmi les parents des élèves, il en est qui n'aiment pas particulièrement pénétrer dans l'enceinte de l'hôpital, mais si l'école veut faire des figures d'ensemble, il faut bien qu'elle utilise la scène de l'hôpital. En outre les parents qui paient pour faire suivre à leur fille les cours de l'école espèrent bien la voir évoluer au gala annuel, sans se soucier du nombre de répétitions qu'elle a suivies et sans se demander si elle est assez mûre pour se livrer à un tel entraînement. Dans ces conditions, pour certains numéros réclamant un public extrêmement indulgent, les malades sont tout indiqués puisque la plupart d'entre eux sont conduits à la salle des fêtes sous la garde d'un surveillant chargé d'assurer la discipline : une fois arrivés, ils regardent tout ce qu'on leur présente dans le même esprit de discipline, puisque toute infraction peut entraîner la consigne au quartier. C'est le même genre de lien résigné qui unit le public de l'hôpital au groupe d'employés de bureau sans envergure qui forment un chœur de sonneurs.

l'institution se compose des vedettes qui se sont révélées au cours des compétitions de sélection organisées *intra muros* entre tous les reclus. En se comportant honorablement dans les compétitions qui les opposent aux gens de l'extérieur, les vedettes assument un rôle qui déborde largement l'image stéréotypée que l'on se fait habituellement du reclus, puisque le sport d'équipe exige des qualités telles que l'intelligence, l'adresse, l'endurance, l'esprit d'équipe et même le sens de l'honneur, et ce rôle, ils l'assument à la face même des étrangers et du personnel. En outre, l'équipe de l'extérieur et les supporters qu'elle parvient à attirer sont bien obligés de constater qu'il y a dans l'institution des endroits naturels où se déroulent des activités naturelles. En échange des démonstrations qu'on les autorise ainsi à faire pour leur propre compte, les reclus, par le canal de leur équipe sportive, livrent une certaine présentation de l'établissement. Puisqu'elle assume une activité en principe libre de toute contrainte, cette équipe fait devant les étrangers et les reclus qui la regardent la démonstration que l'administration, au moins en cette circonstance particulière, n'est pas tyrannique, qu'une équipe de reclus est disposée à porter les couleurs de l'institution tout entière et qu'elle est autorisée à le faire. Par les encouragements qu'ils prodiguent à grands cris à l'équipe locale, personnel et reclus manifestent un engagement mutuel et identique dans l'entité institutionnelle¹⁸¹. Il peut arriver que le personnel ne se contente pas d'entraîner les équipes mais qu'il en fasse partie à l'occasion; cédant au merveilleux pouvoir du sport, il oublie alors, le temps du match, tout décalage social. En l'absence de rencontres sportives entre établissements, des compétitions intérieures sont parfois organisées au cours desquelles des visiteurs venus de l'extérieur font symboliquement fonction de spectateurs, d'arbitres, et remettent les prix aux vainqueurs¹⁸².

Le dimanche, les offices et les distractions se font parfois concurrence. Cela peut en partie se comprendre

181. Voir par exemple les détails donnés sur la pratique des sports en prison dans Behan, *op. cit.*, p. 327-29.

182. Pour un exemple illustrant le monde des prisons, cf. Norman, *op. cit.*, p. 119-120.

si l'on tient compte du fait que, dans les institutions totalitaires, les fonctions n'ont pas lieu d'être dédoublées: tout comme une rencontre sportive ou une fête de charité, un office religieux est une manifestation destinée à mettre en évidence l'unité des reclus et du personnel dans la mesure où elle montre que les deux groupes, pour certaines activités secondaires, forment un même public face à un même acteur venu de l'extérieur.

Dans toutes ces cérémonies rituelles, le personnel est amené à jouer un rôle qui va bien au-delà de la simple surveillance. Souvent, un fonctionnaire haut placé a pour mission de représenter la direction et, espère-t-on, l'établissement tout entier. Il s'habille bien, sait paraître ému lorsque les circonstances l'exigent et distribue sourires, discours et poignées de mains. C'est lui qui inaugure les nouveaux bâtiments, donne son accord aux nouvelles installations, tranche les différends et distribue les récompenses. Lorsqu'il se trouve dans l'exercice de ces fonctions, ses rapports avec les reclus prennent une forme particulièrement bienveillante. Les reclus sont censés montrer en sa présence de l'embarras et du respect, et il est quant à lui censé faire étalage d'un intérêt paternel. Certains reclus bien connus dans l'institution ont, entre autres, pour fonction de donner la réplique aux membres de la haute administration lorsqu'ils jouent ce rôle. Dans ceux de nos très grands hôpitaux psychiatriques qui inclinent au libéralisme, on trouve des fonctionnaires d'exécution chargés de consacrer le plus clair de leur temps à faire acte de présence dans ces cérémonies. C'est une des dernières occasions où il nous soit donné dans notre société moderne de voir quelqu'un jouer encore le rôle de «seigneur du lieu»; il ne faudrait pas négliger l'aspect de «noblesse rurale» que ces cérémonies prennent parfois en s'inspirant apparemment de la «fête annuelle» qui réunissait jadis fermiers, serviteurs et maîtres d'une «grande maison» à l'occasion de concours floraux, d'exercices sportifs, voire de danses, au cours desquels ils se «mélangeaient» quelque peu¹⁸³.

183. Pour un exemple récent de pièces satiriques dans lesquelles les serviteurs se moquent de leurs maîtres, cf. M. Astor, «Childhood at Cliveden», *Encounter XIII*, septembre 1959, p. 27-28. On trouve des

La fonctionnalité des cérémonies.

Ces cérémonies ont lieu à intervalles assez espacés et provoquent une certaine excitation collective. Tous les groupes de l'établissement s'unissent, sans considération de rang ou de position sociale, mais la place qui leur est octroyée indique bien leur situation. Ces pratiques rituelles sont tout à fait justiciables d'une analyse de type durkheimien : une société dangereusement scindée en deux groupes, celui des reclus et celui du personnel, arrive à conserver sa cohésion par le truchement de ces rites. Le même genre d'interprétation fonctionnaliste peut s'appliquer au contenu des cérémonies rituelles. Il y a souvent, par exemple, un soupçon de rébellion, voire une rébellion caractérisée dans le rôle qu'assument les reclus en de telles circonstances. Que ce soit par le moyen d'un article perfide, d'un sketch satirique ou par un geste d'une excessive familiarité au cours de la danse, le subordonné profane d'une certaine manière le supérieur. Nous pouvons suivre, sur ce point, l'analyse de Max Gluckman et avancer que le fait même de tolérer ces dérognations est un signe de la puissance de l'institution.

« Ainsi, le fait de créer des conflits, soit directement, soit par inversion des rôles ou sous d'autres formes symboliques, renforce la cohésion sociale de l'ensemble à l'intérieur duquel existe le conflit ¹⁸⁴. »

Actualiser la rébellion devant l'autorité lorsque on en a le droit, ce n'est plus conspirer mais s'exprimer.

Mais une étude strictement fonctionnaliste des rites n'est pas absolument convaincante sauf en ce qui concerne les conflits occasionnels qui dérivent, selon toute apparence, de la thérapie de groupe. Dans bien

descriptions de ce genre de fêtes, qui regroupent tous les habitants du village ainsi que des groupes de notables, dans de nombreux romans anglais. Cf. de L. P. Hartley, *The Go-Between*. Bonne peinture romancée dans A. Sillitoe, *The Loneliness of the Long-Distance Runner*.

184. Gluckman, *op. cit.*, p. 125. Voir aussi, du même auteur, *Rituals of Rebellion in South-East Africa*, The Frazer Lecture, 1952, Manchester University Press, 1954.

des cas, il est très difficile de savoir si ces abandons de rôle créent un lien quelconque de solidarité entre reclus et personnel. Le personnel, en général, se plaint par devers soi de l'ennui que lui causent ces cérémonies et déplore de devoir y participer pour « tenir son rang » * ou, pire encore, pour tenir celui de ses supérieurs. Quant aux reclus, ils y participent souvent parce que, quel que soit l'endroit où se tiennent ces cérémonies, ils y trouvent toujours plus de commodités et moins de contraintes que partout ailleurs. Il leur arrive en outre de participer à ces manifestations pour se faire remarquer du personnel et obtenir une libération anticipée. Une institution totalitaire peut avoir besoin de cérémonies collectives parce qu'elle est plus qu'une simple organisation bureaucratique ; ces cérémonies n'en sont pas moins souvent ternes, limitées aux bonnes intentions, parce que l'institution n'atteint pas aux dimensions d'une véritable communauté.

Antagonisme et complémentarité des rôles.

Ces cérémonies n'apportent peut-être pas grand-chose aux membres d'une institution totalitaire ; elles sont néanmoins appréciables pour ceux qui étudient ce genre d'organisation. En modifiant temporairement les relations habituelles entre personnel et reclus, la cérémonie démontre que les différences de caractère entre les deux groupes ne sont ni inévitables ni immuables. Même banale (et même fonctionnelle) elle permet de suspendre réellement et même de renverser le drame social habituel dont l'existence est le fait d'une création artificielle et n'est pas inscrite dans la réalité. L'intransigeance, les chahuts collectifs contre le personnel et les liens humains qui s'établissent par-dessus la ligne de partage entre reclus et personnel, tout cela souligne également le côté précaire de la réalité sociale dans une institution totalitaire. Il ne faut donc pas s'étonner des

* L'auteur emploie l'expression française de « noblesse oblige » sous une forme substantivée que nous n'avons pu conserver dans la traduction. (N. d. T.)

faiblesses que révèle ainsi la mise en scène de cette sinistre coupure sociale; il est plutôt surprenant de ne pas voir surgir plus encore d'imperfections.

Tous les établissements, de quelque type que ce soit, finissent par ajouter aux buts, règlements, fonctions et rôles initiaux, une certaine couleur et une certaine profondeur. Ils attribuent certains devoirs et certaines récompenses d'ordre économique, mais, ce faisant, se déterminent un caractère et un être. Dans tout établissement à caractère totalitaire, le fait de définir les aspects d'une fonction comme inhérents à cette fonction est semble-t-il poussé jusqu'à ses limites extrêmes. Tout individu qui devient membre d'une telle institution est censé, de ce fait, posséder certains traits essentiels de caractère; cependant, ces traits diffèrent radicalement selon qu'il appartient au groupe des reclus ou à celui du personnel.

Le rôle du personnel d'encadrement et celui du reclus couvrent tous les aspects de l'existence. Mais l'ajustement harmonieux de ces activités caractéristiques doit être opéré par des spécialistes déjà rompus à d'autres rôles et à d'autres formes de relations. Plus l'institution cherche à accréditer l'idée que personnel et reclus appartiennent à des types humains profondément différents (en édictant par exemple des règles qui interdisent tout rapport autre qu'officiel entre les deux groupes), plus cette différence acquiert de profondeur dans l'action, et plus le rôle des protagonistes devient incompatible avec leur répertoire ordinaire et plus il leur est difficile de le tenir.

On a donc toutes les raisons d'affirmer que l'une des principales réalisations des institutions totalitaires est de mettre en scène une divergence entre deux catégories bien définies d'individus, différence dans la nature sociale et le caractère moral comme dans la manière de se percevoir soi-même et de percevoir l'autre groupe. Ainsi toutes les dispositions prises dans un hôpital psychiatrique semblent concertées pour mettre en évidence la profonde différence qu'il y a entre les médecins attachés à l'établissement et les malades mentaux; même opposition, dans les prisons, entre le personnel de l'administration et les condamnés, dans

les unités militaires (et surtout dans les unités d'élite) entre les officiers et leurs hommes. Il faut sûrement voir là l'exemple d'une magnifique réalisation sociale, même si l'on peut craindre que la similitude des acteurs, qu'attestent les cérémonies rituelles, n'entraîne certains problèmes pour la détermination des rôles et par là certaines contraintes personnelles.

Dans les institutions totalitaires courent certaines anecdotes tout à fait symptomatiques sur l'identification des reclus. Certains racontent qu'il leur est arrivé d'être pris pour des membres du personnel et d'avoir prolongé le quiproquo, ou qu'il leur est arrivé de confondre un membre du personnel avec un reclus; les membres du personnel racontent de la même façon qu'il leur est arrivé de passer pour des reclus. Ces problèmes d'identification donnent lieu à des plaisanteries: un individu se met tout à coup à imiter tel individu du groupe opposé, ou à traiter ses camarades comme le ferait un représentant de l'autre catégorie, pour amuser la galerie. Ces plaisanteries se retrouvent dans les pièces satiriques qui mettent, chaque année, le personnel en scène, et l'on s'y adonne à ces moments creux de la journée que l'on remplit par des badineries saugrenues. Il y a aussi en ce domaine des épisodes scandaleux: on pourrait s'étendre sur le cas des personnes qui, appartenant au personnel, ont été cassées, pour une raison ou pour une autre, et se sont retrouvées, dans la même institution ou dans une autre du même genre, au milieu des reclus. Ces épisodes, selon moi, mettent l'accent sur la difficulté à représenter la différence entre catégories qui pourraient bien souvent inverser leurs rôles et interpréter celui de l'autre et qui opèrent, en fait, sous la forme du jeu, de tels renversements. On ne voit pas bien quel genre de problèmes ces cérémonies résolvent mais on saisit parfaitement la nature de ceux qu'elles mettent en évidence.

RÉSERVES ET NUANCES

Cette interprétation des institutions totalitaires repose sur une structure de base unique : l'articulation reclus-personnel. On est donc en droit de se demander quelles sont les limites de cette perspective, ce qui lui échappe et ce qu'elle déforme.

La différenciation des rôles au sein du personnel.

Dans une étude plus complète des institutions totalitaires il serait important de prêter attention au phénomène de différenciation des rôles qui se produit à l'intérieur de chacun des principaux groupes¹⁸⁵ et de s'interroger sur la fonction institutionnelle de ces positions spécialisées. Certains de ces rôles particuliers ont été évoqués à propos de tâches spécifiques : tel membre du personnel devra représenter officiellement l'institution dans les conseils qui siègent à l'extérieur et devra pour réussir faire étalage d'un vernis qui ne doit rien à l'institution ; tel autre devra s'occuper des visiteurs et des autres relations des reclus ; tel spécialiste aura une tâche technique à exécuter ; tel autre devra passer la quasi-totalité de son temps dans la compagnie des reclus. Il en est même à qui revient la charge de proposer aux reclus un symbole personnalisé de l'institution sur lequel ils peuvent projeter toutes sortes

185. On trouvera un exposé du problème de la différenciation des rôles parmi les prisonniers, ch. V, « Argot Roles », in Sykes, *Society of Captives*, p. 84-108, et dans l'essai du même auteur « Men, Merchants and Thoughts, A Study of Reactions to Imprisonment », *Social Problems*, IV, 1956, p. 130-38. Pour une classification des différents types de malades mentaux, tels que le personnel les définit, cf. Otto Von Mering et S. H. King, *Remotivating The Mental Patient*, New York, Russel Sage Foundation, 1957, surtout p. 27-47 : « A Social Classification of Patients ».

d'émotions¹⁸⁶. Une étude approfondie des institutions totalitaires devrait porter une attention systématique à ces différences intra-catégorielles.

L'une des caractéristiques particulières des catégories inférieures du personnel est la stabilité des employés qui sont de ce fait les défenseurs de la tradition, alors que le personnel supérieur, et même les reclus, connaissent en principe un rythme de rotation plus rapide¹⁸⁷. En outre, ce sont les membres de ce groupe qui doivent transmettre personnellement aux reclus les exigences de l'institution. Il peut arriver dans ces conditions que ce personnel détourne la haine du reclus de la personne des hauts responsables, ce qui permet à ceux-ci, lorsqu'un reclus parvient à les atteindre, de faire montre de gentillesse protectrice, voire de distribuer des faveurs¹⁸⁸. Pareilles bontés ne sont possibles que parce qu'il n'entre pas directement dans les attributions du haut personnel — pas plus que dans celles des oncles au niveau familial — d'assurer la discipline et ils sont si rarement en contact avec les reclus qu'une telle bienveillance ne risque pas de mettre en cause la discipline générale. Il semble que les reclus tirent très souvent un sentiment de sécurité de l'impression, illusoire ou non, que, même si le personnel est dans sa grande majorité mauvais, l'homme qui se trouve à la tête de l'établissement est réellement bon, et qu'il se laisse sans doute simplement abuser par ses subordonnés. Les histoires populaires et les films policiers reflètent souvent ce sentiment : au bas de l'échelle, les sadiques, les corrompus, les individus douteux, mais à la tête de l'organisation, le « type bien ». C'est un bel exemple de ce que Everett Hughes appelle « la division morale du travail » : la différence des tâches accomplies par les individus entraîne une différence dans les caractères moraux prêtés à chacun d'eux.

186. La dynamique de ce processus est esquissée dans l'ouvrage bien connu de Freud, *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1951, p. 76-162 « Psychologie collective et analyse du moi ». On peut en trouver une application dans A. Etzioni, *op. cit.*, p. 123. Cette projection peut aussi viser d'autres objectifs de même nature ; ainsi la mascotte de l'équipe. Peut-être conviendrait-il de les étudier ensemble.

187. Cf. Belknap, *op. cit.*, p. 110.

188. Cf. Elliot Jaques, « Social Systems As a Defence Against Persecutory and Depressive Anxiety » in Melanie Klein *et al.*, *New Directions in Psycho-Analysis*, Londres, Tavistock, 1955, p. 483.

Les signes de déférence.

Second aspect de la différenciation des rôles chez le personnel : les signes de déférence. Dans la vie ordinaire les rites qui président aux rapports entre les individus, lorsqu'ils sont mis en présence les uns des autres, ont pour caractéristique essentielle une spontanéité en fait très concertée. Il faut donner à ces hommages rituels une allure spontanée, immédiate, non réfléchie, si l'on veut qu'ils expriment convenablement le cas que l'on fait de l'interlocuteur et qu'ils manifestent des sentiments personnels. Pareille conduite suppose une initiation si précoce au code de la politesse que l'accomplissement de ces rites est parfaitement « naturel ». Puisque les signes de déférence sont censés être spontanés il semble difficile de les imposer : on peut faire agir quelqu'un contre son gré, mais une démonstration forcée de sentiment n'est plus qu'une comédie. Si un individu se sent vexé pour n'avoir pas reçu un témoignage de politesse suffisant il peut toujours entreprendre une action contre son offenseur, mais en général il lui faut en cacher la véritable raison. Seuls, sans doute, les enfants peuvent être ouvertement sanctionnés pour manque de politesse et c'est bien la preuve que nous ne tenons pas les enfants pour des personnes accomplies.

C'est — semble-t-il — le propre de toute organisation et particulièrement de toute institution totalitaire de présenter un code spécifique de déférence auquel les reclus sont astreints et qui joue au bénéfice du personnel. La condition nécessaire en est que les personnes à qui doivent s'adresser ces marques spontanées de respect soient celles-là mêmes qui en enseignent les formes et en imposent l'exécution. Il en résulte — différence essentielle avec la vie civile — que dans les institutions totalitaires la déférence se trouve placée sur un plan institutionnel et s'accompagne d'exigences spécifiques et de punitions spécifiques en cas d'infraction. On ne demande pas seulement des actes, on exige aussi la manifestation extérieure de sentiments intimes et l'on sanctionne ouvertement certaines attitudes, telles que l'insolence.

Le personnel a recours à des expédients classiques pour se protéger contre les manquements à la déférence. Tout d'abord, du fait que les reclus ne sont pas, par définition, des adultes accomplis, le personnel n'a pas à rougir de se prévaloir de l'autorité qu'il tire de ses fonctions pour imposer le respect. Ensuite on trouve répandue, surtout dans l'armée, l'idée que c'est l'uniforme et non l'homme que l'on salue: l'homme ne demande pas le respect pour lui-même et, corrélativement, «peu importe ce que vous pensez dès lors que vous ne le montrez pas». Enfin, ce sont les catégories les plus humbles du personnel qui conduisent cet apprentissage, ce qui permet aux personnages les plus haut placés de recevoir des marques de déférence sans avoir à les exiger, ainsi que le suggère Gregory Bateson :

«La fonction essentielle de la catégorie moyenne est d'apprendre à la catégorie inférieure quel doit être son comportement en présence de gens de la catégorie supérieure et de la préparer à cette rencontre; la gouvernante apprend à l'enfant comment il doit se conduire envers ses parents, tout comme le sous-officier apprend au simple soldat comment il doit se comporter devant les officiers¹⁸⁹.»

Tendance à l'homogénéisation et variables institutionnelles.

Les deux groupes en présence étant aussi peu homogènes l'un que l'autre, le clivage simple entre d'une part le personnel et de l'autre les reclus peut masquer parfois des caractéristiques spécifiques importantes. Dans certains établissements, les fonctions et les prérogatives de reclus occupant certains postes d'hommes de confiance ou d'auxiliaires ne sont pas tellement éloignées de celles des gardiens qui font partie du personnel subalterne. En fait il arrive parfois que l'homme le plus haut placé de la catégorie la plus basse dispose d'un pouvoir plus étendu et d'une autorité plus grande que celui qui se

189. Cf. Gregory Bateson, in M. Mead et R. Métraux eds, *The Study of Culture at a Distance*, Chicago, University of Chicago Press, 1953, p. 372.

trouve au plus bas niveau de la catégorie supérieure¹⁹⁰. De surcroît, certains établissements obligent *tous* leurs membres à subir certaines privations fondamentales, sortes d'ascèse collective et rituelle, dont les effets peuvent se comparer à ceux de la fête de Noël et des autres cérémonies institutionnelles. Les récits de la vie conventuelle mettent cette coutume en évidence :

«Toute la communauté, y compris la supérieure, vivait là, sans considération d'âge, de rang ou de fonction. Les sœurs choristes et toutes les autres, qu'elles fussent artistes, docteurs en médecine ou en lettres, cuisinières, blanchisseuses ou cordonnières, les sœurs jardinières qui cultivaient le potager, toutes vivaient dans ces cellules carrées, identiques les unes aux autres dans leur forme et leur mobilier, dans la disposition du lit, de la table, des chaises et des couvertures, pliées trois fois et placées sur chaque chaise¹⁹¹.»

«Sainte Claire a écrit dans sa règle que l'abbesse et son adjointe doivent se plier, dans tous les domaines, à la vie commune. À plus forte raison les autres nonnes ! L'opinion de sainte Claire sur les prérogatives de l'abbesse était absolument nouvelle pour son siècle. «Aucun personnel, aucune suite ne sont attachés à la Mère Supérieure chez les Pauvres Clarisses. Point de Croix pectorale mais à son doigt, la même petite alliance à deux dollars et demi tout juste qu'au doigt de ses filles.»

Notre abbesse a en permanence un superbe rapièçage sur le devant de son habit; elle l'a fait de ses propres mains, de ces mêmes mains avec lesquelles elle coupe les pommes en quartiers et en enlève les vers avec toute l'habileté dont elles sont capables, ces mêmes mains qui manient le torchon à vaisselle comme le feraient des professionnelles¹⁹².»

190. Voir par exemple la façon dont Richardson envisage le rôle du maître d'équipage, *op. cit.*, p. 15-18. On trouvera un autre exemple en comparant le rôle du sergent-major de régiment ou de bataillon à celui de lieutenant chef de section.

191. Cf. Hulme, *op. cit.*, p. 20.

192. Cf. Francis, *op. cit.*, p. 179-80. Il est de règle, dans la tradition militaire anglo-américaine, que les officiers partagent tous les risques qu'ils imposent à leurs hommes et qu'ils prennent soin pendant les opérations de tout ce qui concerne la nourriture et le confort du soldat avant de penser à eux-mêmes. C'est là une variante subtile à ces rites d'endurcissement. En se montrant plus soucieux de leurs hommes que

Dans le cas de certains couvents donc, le clivage entre le personnel et les reclus n'est pas pertinent. On y trouve plutôt, semble-t-il, un groupe collégial unique dont l'unité n'est pas entamée par une stratification interne très finement graduée. De plus, il arrive que l'on juge utile dans certaines institutions comme les pensionnats d'intercaler entre professeurs et élèves une troisième catégorie, celle des agents de service.

Le degré de différenciation des rôles observable à l'intérieur des groupes de personnel ou de reclus varie considérablement selon le type de l'institution, de même que varie la rigueur de la ligne de partage entre les deux catégories.

Il en est de même de l'état d'esprit des reclus, lorsqu'ils arrivent à l'institution. À un extrême on rencontre l'entrée absolument involontaire de ceux qui ont été condamnés à la prison ou placés d'office dans un hôpital psychiatrique, ou encore enrôlés de force dans l'équipage d'un navire; c'est sans doute à eux que la version du reclus idéal telle que la définit le personnel a le moins de chance de s'appliquer. À l'autre extrême les institutions religieuses n'ont affaire qu'à des recrues qui se sont senties «appelées» et elles n'admettent finalement parmi ces volontaires que ceux qui ont le plus de dispositions et semblent nourrir les intentions les plus sérieuses (c'est probablement aussi le cas de certaines écoles d'officiers et d'écoles de formation politique). La conversion semble alors déjà faite et il reste seulement à enseigner au néophyte les moyens qui lui permettront la meilleure discipline. À mi-chemin entre ces deux types extrêmes se placent des institutions comme l'armée considérée du point de vue des conscrits, où l'on demande aux recrues de servir, mais en leur donnant mainte occasion de se rendre compte qu'il s'agit d'un service justifié qu'on leur recommande dans leur propre intérêt. De toute évidence, les institutions totalitaires présentent des différences importantes selon qu'elles recrutent des volontaires, des semi-volontaires ou des personnes qui y viennent contre leur gré.

d'eux-mêmes, les officiers peuvent en même temps renforcer les liens qui les unissent à la troupe tout en maintenant la distance qui les en sépare.

En même temps que le mode de recrutement, l'importance des changements que les responsables visent explicitement à provoquer chez le reclus pour le mettre en mesure d'assurer son propre contrôle, varie de façon tout aussi significative. Dans les institutions qui ont pour fonction de surveiller et de faire travailler le reclus, celui-ci doit seulement plier son comportement à des normes uniformes; l'esprit dans lequel il s'acquitte de sa tâche, ses sentiments personnels ne sont pas du ressort de l'établissement. Dans les camps de lavage de cerveau, dans les établissements religieux, dans les institutions où se pratique une psychothérapie intensive, les sentiments intimes du reclus comptent au contraire beaucoup. La simple soumission aux règles du travail paraît insuffisante et l'intériorisation des normes du personnel constitue tout autant une fin qu'une conséquence incidente du traitement.

La perméabilité de l'institution.

On peut voir un autre facteur de différenciation dans ce que l'on pourrait appeler le coefficient de perméabilité, c'est-à-dire la facilité selon laquelle les normes propres à l'institution et les normes du milieu environnant sont susceptibles d'interférer pour réduire le cas échéant l'opposition entre les deux milieux. Par ce biais nous abordons quelques-unes des relations dynamiques qui existent entre l'institution totalitaire et la société environnante qui l'encourage ou la tolère.

Lorsqu'on examine les différentes formalités de l'admission dans les institutions totalitaires, on est d'emblée frappé par l'imperméabilité de ces établissements, puisque les opérations de dépouillement et de nivellement mises en œuvre amputent brutalement le nouvel arrivant de ses diverses particularités sociologiques.

«Dans le monastère, l'Abbé ne fera aucune distinction de personnes. Il n'y aura pas de préférences affectives, sauf à l'égard de ceux qui excelleront par leur piété ou leur soumission. On tiendra l'ancien noble au même rang que l'ancien esclave, sauf si quelque autre cause justifie qu'il soit placé à un rang supérieur¹⁹³.»

193. Cf. *The Holy Rule of Saint Benedict*, ch. 2.

Comme nous l'avons rapporté précédemment, l'élève-officier découvre que les conversations «sur les antécédents familiaux ou financiers sont tabous» et que «malgré la modicité de sa solde, le cadet n'a pas le droit de recevoir d'argent de chez lui ¹⁹⁴». Même la hiérarchie de l'âge qui joue dans la société peut cesser de s'appliquer une fois la porte franchie comme on le voit dans le cas-limite de certaines institutions religieuses :

«Gabrielle se dirigea vers la place qui serait toujours la sienne, la troisième parmi les quarante postulantes. Si elle était la troisième dans le groupe, par ordre d'ancienneté, c'est qu'elle avait été la troisième à s'inscrire le jour où, moins de trois semaines auparavant, l'Ordre avait ouvert ses portes à de nouvelles arrivantes. À partir de ce moment-là, l'âge que lui reconnaissait l'état-civil avait disparu et un autre âge avait commencé pour elle, le seul qu'elle eût désormais, son âge en religion ¹⁹⁵.»

On trouve des exemples du même type, mais en moins rigoureux, dans l'armée de l'air ou dans les facultés de sciences où, en période de crise nationale, de très jeunes hommes peuvent occuper de très hautes places. Et, de même que l'on supprime les dates de naissance dans certaines institutions particulièrement strictes, on peut modifier le nom des gens lors de leur entrée pour mieux symboliser sans doute la rupture avec le passé et l'intégration à la vie de l'établissement.

Il semble qu'une certaine imperméabilité au monde soit nécessaire si l'on veut maintenir l'équilibre et le moral des membres d'un établissement. C'est en abolissant les principes de différenciation sociale du monde extérieur qu'une institution totalitaire peut se donner progressivement une orientation conforme à sa propre conception de l'honneur. Ainsi le fait qu'un hôpital psychiatrique d'État compte

194. Cf. Dornbusch, *op. cit.*, p. 317. Un exemple célèbre de cette sorte de nivellement de classe se trouve dans le système du *fagging* pratiqué dans les *Public Schools* britanniques (système d'après lequel les jeunes élèves font le service des grands).

195. Cf. Hulme, *op. cit.*, p. 22-23. On peut trouver cette conception bénédictine de la privation d'âge dans *The Holy Rule of Saint Benedict*, ch. 63.

une poignée de malades à statut socio-économique élevé donne à tout un chacun l'assurance qu'il existe un rôle spécifique du malade mental, que l'établissement n'est pas seulement une voie de garage pour les déchets des basses classes et que le sort réservé au reclus n'est pas seulement dû à son origine sociale; on peut dire la même chose des «pékings» dans les prisons britanniques ou des religieuses de naissance noble dans les couvents français. En outre, si l'institution a une mission militante (c'est le cas de certains établissements religieux, militaires ou politiques), le renversement partiel des statuts extérieurs peut constituer un rappel constant de la différence et de l'antagonisme qui séparent l'institution et le monde. Il faut noter qu'en abolissant ainsi les différences reconnues à l'extérieur, les plus rigoureuses des institutions totalitaires se révèlent les plus démocratiques. En effet, la certitude de ne pas être plus mal traité que n'importe lequel de ses compagnons peut procurer un sentiment de réconfort autant que de dépossession ¹⁹⁶. L'imperméabilité aux valeurs extérieures rencontre cependant dans les institutions totalitaires des limites.

Si les membres haut placés de l'administration dont on a décrit les tâches de représentation, doivent se mouvoir dans le monde avec grâce et efficacité, il peut être avantageux de les recruter dans le même petit cercle social que les dirigeants des autres établissements. Bien plus, si les cadres sont uniformément recrutés dans des catégories sociales nettement plus élevées que celles dont proviennent les reclus et si leur supériorité est admise par tous, le clivage social ainsi pré-opéré contribue à soutenir et à affermir l'autorité du personnel: ainsi, dans l'armée britannique, jusqu'à la Première Guerre mondiale, tous les hommes de troupe parlaient avec l'accent du peuple tandis que tous les officiers avaient l'accent des *public schools*, signe de ce que l'on nommait une «bonne éducation». En outre, comme on a souvent recours dans l'institution aux compétences manuelles, techniques et professionnelles des reclus, on comprend

196. C'est là évidemment une des difficultés auxquelles se heurte la direction médicale des hôpitaux psychiatriques qui voudrait que le traitement soit spécifiquement ajusté au diagnostic individuel.

que le personnel les autorise et parfois même les encourage à exercer dans certaines limites ces compétences¹⁹⁷.

Cette perméabilité peut avoir des conséquences variables sur le fonctionnement interne et la cohésion d'une institution. Ce fait est bien illustré par la position précaire des membres les plus humbles du personnel. Si l'institution est largement ouverte aux influences extérieures, il se peut que le personnel ait la même origine — voire une origine plus basse — que les reclus. Partageant alors la culture du reclus, ils peuvent servir de médiateurs naturels entre eux et les membres de la haute administration (plus souvent qu'entre l'administration et les reclus). Mais, dans le même temps, il leur est difficile de maintenir les distances que leur impose leur charge. Une récente étude sur les prisons a montré que cet état de fait pouvait singulièrement compliquer le rôle du gardien, en l'exposant au mépris du reclus qui espère en outre trouver en lui une personne compréhensive et vénale¹⁹⁸.

Que cette imperméabilité soit utile ou non, et quel que soit le caractère militant et d'avant-garde de l'institution totalitaire, ses aspirations novatrices rencontrent toujours des limites et elle fait elle-même un certain usage des distinctions sociales prévalentes dans la société environnante, ne serait-ce que pour régler les affaires indispensables qui la lient à cette société et pour s'en faire accepter. Il ne semble pas y avoir dans notre société d'institution totalitaire où les préoccupations socio-culturelles soient totalement absentes; et celles qui, comme les couvents, semblent totalement étrangères aux stratifications socio-économiques, ont malgré tout tendance à assigner les fonctions de domestiques aux recrues d'origine paysanne,

197. Cela s'applique même aux camps de concentration. Cf. Cohen, *op. cit.*, p. 154. Saint Benoît fait sagement remarquer le danger de cette pratique:

«S'il y a au monastère des moines doués d'une certaine habileté manuelle, on les laissera pratiquer leur art dans l'humilité et la piété, si tel est l'ordre du Père Abbé, mais si l'un d'entre eux s'enorgueillit de son savoir sous prétexte qu'il rapporte quelque profit au monastère, il sera privé de son art et cessera de le pratiquer, à moins qu'il ne fasse amende honorable et que le Père Abbé ne l'invite à reprendre son activité.»

198. Cf. Sykes, *Corruption of Authority*. Cf. aussi Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 96-97.

de même que ceux de nos hôpitaux psychiatriques qui pratiquent l'intégration ont des équipes de nettoyage à peu près exclusivement constituées de Noirs¹⁹⁹. On voit aussi, dans certains pensionnats britanniques les garçons de souche noble se permettre de commettre de multiples infractions au règlement intérieur²⁰⁰.

Parmi les différences que l'on rencontre entre les institutions totalitaires, l'une des plus intéressantes doit être cherchée dans l'avenir social des reclus qui en sortent. Ordinairement, ils se dispersent dans toutes les directions et la différence réside dans la force des liens structuraux qui subsistent malgré l'éloignement. L'un des cas-limites est constitué par les pensionnaires qui quittent chaque année les abbayes bénédictines et qui ne se contentent pas de garder des relations amicales avec la communauté, mais s'aperçoivent que leurs occupations et même leur lieu d'installation ont été déterminés par leur ancienne appartenance. Il en est de même pour les anciens forçats que leur séjour au pénitencier oriente vers les bas-fonds où ils demeureront leur vie durant. À l'autre limite se situent les gens qui, bien qu'ayant fait tout leur service militaire dans une même caserne, se fondent dans la vie civile dès leur démobilisation et refusent même de participer aux réunions des amicales de régiment. De même il est d'anciens malades mentaux qui évitent soigneusement toute personne et tout événement susceptibles d'établir un lien quelconque entre eux et l'hôpital. À mi-chemin entre ces extrêmes, se placent les libres associations d'«anciens» des écoles privées ou des universités qui ont pour but d'aider à la réussite sociale des titulaires de mêmes diplômes.

En les cataloguant, nous avons donné une définition dénotative des institutions totalitaires et nous avons essayé de dégager certaines de leurs caractéristiques communes. Nous disposons désormais sur ces

199. Il semble qu'à l'intérieur d'un établissement donné les rôles au sommet et à la base de la hiérarchie soient relativement perméables aux normes extérieures, tandis que les couches intermédiaires manifestent des tendances à l'isolement.

200. Cf. Orwell, *op. cit.*, p. 510-525.

établissements d'une documentation assez abondante pour nous permettre de remplacer ce qui n'était que simples suppositions par une somme d'observations solides sur la morphologie et le comportement de cette espèce d'être social. En effet, des similitudes si éclatantes et si persistantes se manifestent que nous sommes en droit de penser qu'il y a des raisons profondes et fonctionnelles à leur existence et qu'une méthode fonctionnaliste doit nous permettre de regrouper ces traits et d'en saisir le sens. Lorsque nous aurons accompli ce travail, nous serons sans doute beaucoup moins prompts à louer ou à blâmer tel économiste, commandant, gardien ou abbé, et plus enclins à comprendre les problèmes des institutions totalitaires et les conflits sociaux qui s'y manifestent par référence au schéma structural sous-jacent qui leur est commun.

2. LA CARRIÈRE MORALE DU MALADE MENTAL

Le concept de carrière.

Le terme de *carrière* est généralement réservé à l'entreprise de celui qui entend profiter des possibilités de promotion qu'offre toute profession respectable. Mais il est aussi employé dans une acception plus large, pour qualifier le contexte social dans lequel se déroule la vie de tout individu. On se place alors dans la perspective de l'histoire naturelle, c'est-à-dire que l'on néglige les simples événements pour s'attacher aux modifications durables, assez importantes pour être considérées comme fondamentales et communes à tous les membres d'une catégorie sociale, même si elles affectent séparément chacun d'entre eux. De ce point de vue, la carrière ne saurait être dite brillante ou décevante pas plus qu'elle ne saurait être considérée comme une réussite ou un échec. C'est sous cet éclairage que sera conduite la présente étude du malade mental.

L'intérêt du concept de carrière réside dans son ambiguïté. D'un côté, il s'applique à des significations intimes, que chacun entretient précieusement et secrètement, image de soi et sentiment de sa propre identité; de l'autre, il se réfère à la situation officielle de l'individu, à ses relations de droit, à son genre de vie et entre ainsi dans le cadre des relations sociales. Le concept de carrière autorise donc un mouvement de va-et-vient du privé au public, du moi à son environnement social, qui dispense de recourir abusivement aux déclarations de l'individu sur lui-même ou sur l'idée qu'il se fait de son personnage.

Cet essai est donc une tentative pour aborder l'étude du moi sous l'angle de l'institution. Il s'attachera surtout aux aspects *moraux* de la carrière, c'est-à-dire au cycle des modifications qui interviennent dans la personnalité du fait de cette carrière et aux modifications

du système de représentation par lesquelles l'individu prend conscience de lui-même et appréhende les autres¹.

L'institutionnalisation de la maladie mentale.

La catégorie de «malade mental» doit elle-même être prise dans un sens strictement sociologique. Le traitement psychiatrique de la personnalité ne revêt alors d'intérêt que dans l'exacte mesure où il modifie le destin social de l'individu, altération qui, dans notre société, ne devient, semble-t-il vraiment significative que si l'individu se trouve pris dans le processus de l'hospitalisation². On négligera donc certaines catégories voisines, comme ces personnes que les psychiatres jugeraient «malades» en fonction de leurs critères, mais qui n'apparaissent telles ni à elles-mêmes ni aux autres, bien qu'elles soient susceptibles de causer bien des ennuis à tout le monde³;

1. On peut trouver des renseignements relatifs à la carrière morale dans les premières études d'anthropologie sociale consacrées aux cérémonies qui marquent le passage d'un statut à un autre ou encore dans les ouvrages classiques de psychologie sociale où sont décrits les changements spectaculaires qui s'opèrent dans la conception de soi d'un individu lorsqu'il participe à des mouvements sociaux ou devient membre d'une secte. L'intérêt que portent les psychiatres aux problèmes de l'«identité» et les études sociologiques faites sur les carrières du travail ou la «socialisation des adultes» ont récemment mis en évidence de nombreux éléments de ce problème.

2. Le point a récemment été fait sur la question dans Elaine et John Cumming, *Closed Ranks*, Cambridge, Harvard University Press, Commonwealth Fund, 1957, p. 101-2: «L'expérience clinique renforce l'impression que, pour un grand nombre de gens, la maladie mentale est l'état de l'individu soigné dans un hôpital psychiatrique... La maladie mentale est semble-t-il l'état dans lequel se trouvent ceux qui doivent aller dans un établissement psychiatrique mais, jusqu'à ce qu'ils y entrent, presque tout ce qu'ils font est considéré comme normal.» Leila Deasy a attiré mon attention sur le parallélisme à établir avec la délinquance dans le milieu des cols-blancs. Parmi tous ceux que l'on sait s'adonner à de semblables activités, seuls ceux qui ne parviennent pas à éviter la prison se voient attribuer le rôle social de délinquant.

3. L'exploitation toute récente des dossiers de malades mentaux montre à quel degré de perturbation pour lui-même et les autres peut atteindre un individu avant que l'on ne commence à considérer qu'il relève de la psychiatrie, à plus forte raison, avant que l'on envisage de le soumettre à un traitement psychiatrique. Voir J. A. Clausen et Marian Radke Yarrow, «Paths to the Mental Hospital», *Journal of Social Issues*, XI, 1955, p. 25-32. August B. Hollingshead et Frederick C. Redlich, *Social Class and Mental Illness*, New York, Wiley, 1958, p. 173-74.

de même, les malades que les psychiatres estiment justiciables d'une thérapie médicamenteuse ou par électrochocs appliquée hors de l'hôpital; ou bien encore les malades en psychothérapie. Par contre, relève de cette étude toute personne qui en dépit d'une solide constitution, se laisse happer d'une manière ou d'une autre par l'engrenage d'un hôpital psychiatrique. Il faut donc se garder de confondre le fait d'être traité comme malade mental et le fait de présenter certains traits cliniquement qualifiés de psychopathologiques⁴. Sans doute ceux qui entrent dans les hôpitaux psychiatriques différent-ils les uns des autres par la nature et le degré d'intensité des maux qu'un psychiatre pourrait diagnostiquer et par les manifestations sur lesquelles pourrait s'appuyer un profane pour décrire ces maux; mais, une fois engagés dans le processus, ils se trouvent confrontés à des conditions largement identiques et réagissent de façon non moins semblable. Puisque ces similitudes ne proviennent pas de la maladie mentale, il faut en conclure qu'elles se manifestent malgré elle. Constaté que le statut uniforme de malade mental peut assurer à un ensemble d'individus une destinée commune, voire, par sa seule puissance, un caractère commun; constater en outre que ce remodelage social peut affecter les humains les plus irréductiblement hétéroclites qu'une société puisse présenter, c'est mesurer la puissance des forces sociales. Il ne manque à ce tableau que l'évocation des groupes de défense formés par les anciens patients pour circonscrire le cycle classique de réactions qui engendrent par des processus psychodynamiques la formation de sous-groupes de réfractaires au sein de la société.

La légitimité de cette perspective sociologique est largement confirmée par la méthode qu'emploient les sociologues spécialisés dans l'étude des hôpitaux psychiatriques. Comme l'a montré, à maintes reprises,

4. On trouvera un exemple de la manière dont on peut envisager sous cet angle toutes les formes de déviation dans Edwin Lemert, *Social Pathology*, New York, Mc Graw Hill, 1951, spécialement p. 74-76. Pour une application plus précise de cette perspective aux déficients mentaux, voir Stewart E. Perry, «Some Theoretic Problems of Mental Deficiency and their Action Implications», *Psychiatry*, XVII, 1954, p. 45-73, plus précisément p. 67-68.

l'étude des sociétés sans écriture, les sentiments de crainte mystique, de répulsion, d'exotisme que l'on éprouve à l'égard d'une culture étrangère peuvent s'affaiblir, au point que l'on peut parvenir à la familiarité la plus parfaite avec la vision du monde des sujets que l'on étudie. Il en va de même pour l'étude des hôpitaux psychiatriques : on finit très souvent par découvrir que la folie ou le « comportement anormal » attribué au malade résulte pour une grande part, non de sa maladie mais de la distance sociale qui sépare ce malade de ceux qui le déclarent tel. Quelles que soient les subtilités des diagnostics psychiatriques qui différencient les malades, quelles que soient aussi les particularités de la vie sociale « à l'intérieur » de l'institution, le chercheur est souvent amené à découvrir que la communauté avec laquelle il est en rapport ne se différencie guère de toutes celles qu'il a étudiées auparavant. Évidemment, dans la mesure où il limite son étude au groupe des malades jouissant d'un statut de liberté conditionnelle qui leur permet de circuler hors du quartier, il peut penser, avec certains patients eux-mêmes, que la vie dans les quartiers fermés est bizarre ; de même, s'il se trouve dans un quartier d'admission ou dans un service de convalescents, il peut avoir le sentiment que les quartiers « inférieurs » réservés aux arriérés chroniques sont, du point de vue social, les repaires mêmes de la folie. Mais il lui suffit d'élargir sa sphère de participation affective aux « pires » salles de l'hôpital pour que ces lieux mêmes lui apparaissent comme des milieux vivables où se déroule une vie sociale réelle et tout entière dotée de sens. Cela n'empêche qu'il trouvera dans chaque salle ou au sein de chaque groupe de malades une minorité d'individus apparemment tout à fait incapables de se plier aux règles d'une organisation sociale ; cela n'empêche pas non plus que l'accomplissement régulier d'actes conformes à des normes établies ne soit, pour une part, possible dans la société des malades seulement par l'intermédiaire de mesures concertées qui ont fini par être institutionnalisées dans les hôpitaux psychiatriques.

La carrière du malade mental envisagée hors de toute considération événementielle particulière passe par trois grandes phases : la période immédiatement antérieure

à l'entrée à l'hôpital, que nous appellerons « phase pré-hospitalière » (*pre-patient phase*), la période de séjour à l'hôpital ou « phase hospitalière » (*in-patient phase*), la période qui suit éventuellement la sortie de l'hôpital ou « phase post-hospitalière » (*ex-patient phase*)⁵. Cet essai traitera uniquement les deux premières phases.

5. Ce tableau schématique se complique dans le cas particulier (qui intéresse, en gros, un tiers des malades) de la réadmission à l'hôpital. C'est alors la phase de récurrence ou de « réhospitalisation ».

LA PHASE PRÉ-HOSPITALIÈRE

L'interné volontaire.

Un nombre relativement peu élevé de malades viennent à l'hôpital de leur plein gré, soit parce qu'ils pensent que cela leur sera bénéfique, soit qu'ils se rendent sans réserves aux arguments d'un proche. Vraisemblablement, ces sujets ont découvert d'eux-mêmes, dans leur conduite, la preuve évidente qu'ils perdaient l'esprit ou que leur propre contrôle leur échappait. Ce jugement sur soi-même paraît bien être un des dangers les plus perfides pour l'individu dans nos sociétés, et ceci d'autant plus qu'il se manifeste précisément lorsque le sujet est, en tout état de cause, assez atteint pour présenter des symptômes qu'il peut percevoir lui-même. Sullivan décrit ainsi ce phénomène :

«Les modifications que nous découvrons dans le rythme psychique d'un individu atteint de schizophrénie à un stade plus ou moins avancé consistent, dans leur forme la plus simple, en un embarras associé à une peur extrême qui pousse cet individu à prendre des dispositions assez générales et toujours extrêmement subtiles dans le dessein de dominer ce qui est, somme toute, son incapacité à être un homme, son incapacité à inspirer le respect en tant qu'être respectable⁶.»

En même temps que l'individu procède à cette nouvelle réévaluation destructrice de son moi, il se trouve placé devant l'obligation presque aussi lancinante de dissimuler aux autres, autant qu'il le peut, ces faits nouveaux qui le concernent et qu'il tient pour fondamentaux, tout en s'efforçant de deviner si les autres

6. Harry Stack Sullivan, «Clinical Studies», *Psychiatry*, édité par Helen Swick Perry, Mary Ladd Gawell et Martha Gibbon Norton, New York, 1956, p. 184-85.

n'en ont pas, également, pris conscience⁷. À ce sujet, l'impression de perdre l'esprit se fonde sur un ensemble de stéréotypes émanant de sa culture, profondément ancrés dans la société, et qui donnent leur signification à certains symptômes comme le fait d'entendre des voix, de perdre la notion du temps ou de l'espace, ou d'avoir l'impression d'être suivi. Même si le sujet leur accorde sur le coup une attention terrifiée, un grand nombre de ces symptômes parmi les plus spectaculaires et les plus convaincants ne sont, dans bien des cas, que la manifestation psychiatrique d'un trouble émotionnel temporaire, éprouvé dans une situation particulièrement tendue. De même, l'anxiété que fait naître la perception de cette nouvelle image de soi et les dispositions stratégiques prises pour la dominer ne sont pas le fruit d'une anomalie psychologique : tout être social formé dans notre civilisation qui se verrait en train de perdre la raison, réagirait de cette façon. Les diverses sous-cultures se distinguent, en Amérique, par le nombre d'images toutes faites et de supports qu'elles procurent pour de telles appréciations de soi-même, et tout se passe comme si l'aptitude à cette perception objective de soi, sans justification psychiatrique, était l'un des privilèges ambigus des classes supérieures⁸.

Quelles qu'en puissent être les raisons, l'individu qui en est arrivé à se percevoir sous les traits d'un déséquilibré mental peut éprouver un certain soulagement en entrant à l'hôpital, pour une part, peut-être, à cause de la transformation structurelle soudaine qui s'opère dans sa situation sociale : au lieu d'être, à ses propres yeux, un individu en difficulté s'efforçant de tenir le rôle d'un homme à part entière, il peut enfin devenir un être dont on étudie officiellement les problèmes, tout en sachant qu'au fond il n'en pose pas autant qu'il le semble. Mais

7. On peut opposer cette expérience à celle de la personne qui commence à s'adonner à la marijuana et qui, découvrant qu'elle peut atteindre l'euphorie tout en restant assez lucide pour que cela ne se voie pas, se laisse ainsi aller à augmenter la dose. Voir Howard S. Becker, «Marihuana Use and Social Control», *Social Problems III*, 1955, p. 35-44. Voir particulièrement p. 40-41.

8. Cf. Hollingshead et Redlich, *op. cit.*, p. 187, table 6 ; la fréquence relative de l'auto-observation en fonction des groupes sociaux.

l'hospitalisation aggrave aussi parfois la situation de l'interné volontaire dans la mesure où elle objective, et par là confirme, ce qui jusqu'alors était resté dans le domaine intime de l'expérience personnelle.

Une fois le malade entré de son plein gré à l'hôpital, il est soumis à la même suite routinière d'expériences que les internés de force. De toutes façons, c'est à ces derniers que nous nous attacherons principalement puisqu'ils constituent, dans l'Amérique contemporaine, la catégorie de loin la plus nombreuse⁹. Leur premier contact avec l'institution peut prendre trois formes classiques : ou bien ils cèdent aux exhortations de leur famille ou à ses menaces de rompre tout rapport s'ils ne viennent pas « d'eux-mêmes » à l'institution ; ou bien, ils entrent de force, escortés par la police, ou bien encore leur entrée est due à une erreur volontairement entretenue par leur entourage, ce qui arrive surtout dans le cas des jeunes entrants.

Les mécanismes de l'internement.

La carrière du malade, au cours de la phase pré-hospitalière, semble obéir à un plan d'ostracisme bien précis (*extrusory model*). Au départ, l'individu dispose d'un réseau de relations et il jouit de droits ; à la fin, lorsque commence son séjour à l'hôpital, il a pratiquement perdu les uns et les autres. Cette carrière, sous ses aspects moraux, commence donc par l'expérience de l'abandon, de la trahison et de l'amertume. Il en va ainsi dans tous les cas, même lorsqu'il est évident que le sujet a besoin d'un traitement et même si, une fois entré à l'hôpital, il finit par se ranger à cet avis.

Les dossiers de la plupart des malades mentaux révèlent des comportements scandaleux dans leurs fréquentations sociales, soit dans leur foyer, soit dans leur

9. La distinction faite ici entre malades consentants et non consentants va parfois à l'encontre de la distinction légale entre placements volontaires et placements d'office puisque certains individus peuvent être satisfaits d'entrer à l'hôpital bien qu'ils y soient amenés de force et que d'autres, qui n'y sont amenés que sous la contrainte du milieu familial, se classent d'eux-mêmes dans la catégorie des internés volontaires.

lieu de travail, dans les services semi-publics, magasins ou églises, ou sur la voie publique, rue ou parc. Souvent, on y trouve consignée la déposition d'un « plaignant », c'est-à-dire du personnage qui a entrepris l'action ayant entraîné l'hospitalisation du délinquant. Il se peut que cette personne ne soit pas l'auteur de la première plainte, mais en fait, son initiative est objectivement la première: indépendamment de l'origine psychologique de la maladie mentale, c'est là qu'il faut voir le point de départ « social » de la carrière du malade.

Les types de fautes qui conduisent à l'hospitalisation sont par nature différents de ceux qui conduisent à d'autres mesures d'ostracisme, emprisonnement, divorce, licenciement, perte des droits civils, interdiction de séjour, traitement psychiatrique hors de l'établissement, etc. Mais on sait peu de choses, semble-t-il, sur les facteurs de cette différenciation et quand on étudie concrètement les cas d'internement, il apparaît que d'autres dénouements eussent été possibles. Il semble vrai en outre, que pour tout délit entraînant le dépôt d'une plainte suivie d'effet, il en est bien d'autres, identiques d'un point de vue psychiatrique, qui n'ont jamais de suites de ce genre, soit parce qu'aucune action n'est intentée, soit parce que l'action entraîne des mesures de ségrégation différentes, ou encore parce que l'action intentée n'aboutit pas, le plaignant s'étant apaisé ou ayant été débouté. C'est pourquoi, ainsi que l'ont bien établi Clausen et Yarrow, tous les délinquants, même ceux qui finissent par être hospitalisés, ont en général derrière eux une longue série de poursuites restées sans effet¹⁰.

Entre les fautes qui pourraient conduire le délinquant à l'hôpital et celles qui l'y conduisent effectivement, on trouve un grand nombre de faits que les spécialistes des questions professionnelles appellent les contingences de la carrière¹¹. À défaut d'études approfondies, on dispose de quelques indications sur certaines de ces contingences, par exemple sur le statut socio-économique, le caractère

spectaculaire du délit, la proximité d'un hôpital psychiatrique, l'importance des facilités de traitement offertes, le niveau d'information sur telle forme de traitement appliquée dans les hôpitaux accessibles, etc.¹². Pour avoir quelques renseignements sur les autres contingences, il faut recueillir des « histoires de vie » le plus souvent atroces: telle épouse, par exemple, supporte au foyer son mari psychotique jusqu'à ce qu'elle prenne un amant, ou bien des enfants adultes s'occupent du malade jusqu'à ce qu'ils quittent leur maison pour aller vivre en appartement; tel alcoolique est envoyé à l'hôpital psychiatrique parce que la prison est pleine et tel drogué parce qu'il refuse de suivre un traitement psychiatrique à l'extérieur; telle adolescente en révolte ne peut plus être gardée à son domicile parce qu'elle menace d'afficher ouvertement une liaison avec un compagnon indésirable. On pourrait citer encore nombre d'exemples. Inversement, il existe autant de contingences qui permettent à l'intéressé d'échapper à un sort semblable et entre-t-il à l'hôpital qu'une nouvelle série de causes fortuites intervient pour déterminer le moment de sa libération: vœu de le voir revenir exprimé par la famille, possibilité de trouver un travail à sa portée, etc. Pour la société, les internés des hôpitaux psychiatriques sont là, officiellement d'abord parce qu'ils sont atteints de maladie mentale; pourtant, dans la mesure où le nombre des « malades mentaux » qui vivent hors de l'hôpital approche celui des internés ou même le surpasse, on pourrait dire que c'est moins la maladie mentale que les contingences de la vie qui décident de l'internement.

Les agents de l'internement.

De plus en plus important est aujourd'hui le rôle imparti par le système social à la série des agents et des services qui contribuent inexorablement à faire passer le

10. Cf. Clausen et Yarrow, *op. cit.*

11. On trouve cette notion, clairement appliquée au domaine de l'hygiène mentale chez Edwin Lemert, « Legal Commitment and Social Control », *Sociology and Social Research*, XXX, 1946, p. 370-78.

12. Par exemple Jerome K. Meyers et Leslie Schaffer, « Social Stratification and Psychiatric Practice: A Study of an Outpatient Clinic », *American Sociological Review*, XIX, 1954, p. 307-310; Lemert, *op. cit.*, p. 402-403; *Patients in Mental Institutions*, Washington, Bureau of The Census, Department of Commerce, 1941, p. 2.

malade du statut de personne normale à celui d'interné¹³ et qui, selon un circuit bien organisé, doivent se passer de l'un à l'autre les mêmes individus pour les prendre en charge ou les renvoyer. Le rôle de certains de ces agents sera évoqué ici, étant bien entendu que, dans un circuit donné, un même rôle peut se présenter à plusieurs reprises et qu'une même personne peut en tenir plusieurs.

En premier lieu, il y a, le «proche-parent» (*next of relation*) sur lequel le futur hospitalisé pense pouvoir le plus compter dans les moments difficiles; c'est en l'occurrence, le dernier à avoir mis en doute les facultés mentales du malade et le premier à avoir tenté l'impossible pour le sortir de l'ornière dans laquelle on le disait en train de s'enliser. Ce proche-parent est en général le père, la mère, l'époux ou l'épouse, mais pas nécessairement. En second lieu vient le «plaignant», celui qui paraît rétrospectivement à l'origine du processus d'hospitalisation; en troisième position se trouvent les «intermédiaires», toute la série des agents et services auxquels le malade est adressé et par l'entremise desquels il se trouve orienté puis acheminé vers l'hôpital. Ce groupe comprend aussi bien la police que le clergé, les praticiens de médecine générale, les psychiatres consultants, le personnel des dispensaires, les hommes de loi, les assistantes sociales, les maîtres d'école, etc. L'un de ces agents se verra légalement mandaté pour ratifier la décision d'internement et s'en acquittera: ainsi tous ceux qui le précèdent dans la chaîne se trouveront engagés dans une affaire dont les conséquences sont encore inconnues. Lorsque les intermédiaires disparaissent de la scène, le malade, de consultant est devenu interné pur et simple, et l'agent prépondérant est désormais le directeur de l'hôpital.

Alors que, généralement, le plaignant est un profane qui engage l'action en tant que citoyen, employeur, voisin, voire parent, les intermédiaires sont plutôt des spécialistes et différent de ceux qu'ils servent de plusieurs façons. Ils sont experts en l'art de s'occuper des situations difficiles

13. On trouvera un exemple de ce circuit des agents et de son influence sur les contingences de la carrière dans Oswald Hall, «The Stages of a Medical Career», *American Journal of Sociology*, LIII, 1948, p. 327-36.

et leur profession leur permet de conserver une certaine distance face à ceux dont ils s'occupent. À l'exception des policiers et peut-être aussi de quelques hommes d'église, ils ont, plus que le public profane, tendance à recourir aux solutions psychiatriques et découvriront la nécessité du traitement bien avant les autres¹⁴.

L'une des caractéristiques intéressantes de ces rôles réside dans les effets fonctionnels de leur interférence. Les sentiments du malade seront par exemple influencés de façon différente selon que la personne qui joue le rôle de plaignant joue aussi — ou ne joue pas — le rôle de «proche-parent», association gênante que l'on rencontre plus souvent, semble-t-il dans les classes supérieures que dans les classes inférieures¹⁵.

*La conspiration du silence*¹⁶.

Au cours de sa progression vers l'hôpital, le malade peut être conduit à vivre, en quelque sorte, en tiers exclu, comme s'il se trouvait confronté à une coalition visant à le faire interner. Son plus proche parent le presse d'aller discuter de son affaire avec un médecin, un psychiatre consultant, ou tout autre conseil. Se montre-t-il réticent, on le menace d'abandon, de désaveu, ou de quelque recours légal, ou au contraire on invoque la sympathie et le caractère purement exploratoire de la consultation. Cela n'empêche pas toutefois le proche parent d'avoir réglé les détails de l'entrevue en choisissant le spécialiste, en prenant rendez-vous avec lui, en lui exposant le cas, etc. Ce comportement tend à faire du parent le responsable de fait à qui la personnalité consultée peut

14. Cf. Cumming et Cumming, *op. cit.*, p. 92.

15. Cf. Hollingshead et Redlich, *op. cit.*, p. 187.

16. Certaines conséquences de ce circuit pour le malade hospitalisé sont analysées par Leila Deasy et Olive W. Quinn dans «The Wife of the Mental Patient and the Hospital Psychiatrist», *Journal of Social Issues*, XI, 1955, p. 49-60. Un autre exemple intéressant de ce type d'analyse se trouve aussi dans Alan G. Gowman, «Blindness and the Role of the Companion», *Social Problems*, IV, 1956, p. 68-75. On trouvera un exposé général dans Robert Merton, «The Role Set, Problems in Sociological Theory», *British Journal of Sociology*, VIII, 1957, p. 106-20.

faire les révélations nécessaires lorsque l'intéressé devient pour de bon le malade. Souvent le malade se rend à la consultation avec le sentiment d'avoir en celui qui l'accompagne un égal tellement attaché à lui que la présence d'une tierce personne ne peut fondamentalement altérer leurs relations. C'est même là une caractéristique essentielle des relations intimes dans notre société. Mais, dès l'arrivée au rendez-vous, le malade prend brutalement conscience que lui et son parent ne sont pas investis des mêmes rôles et que, selon toute vraisemblance, il existe entre son accompagnateur et le spécialiste une entente préalable qui joue contre lui. Cas limite, mais fréquent, il arrive que le spécialiste voie d'abord le consultant seul, pour l'examiner et établir le diagnostic, qu'il voie ensuite, seul également, le proche-parent pour le conseiller, et qu'il évite avec soin d'aborder des sujets vraiment sérieux lorsque les deux personnes sont réunies¹⁷. Même lorsque, sans consultation, un malade doit être enlevé de force à sa famille qui désire le garder, le proche-parent est généralement conduit à se ranger aux décisions officielles si bien que même alors, le malade peut avoir l'impression qu'une coalition s'est formée contre lui pour obtenir son internement.

Le sentiment d'être ainsi le tiers exclu face à une coalition de cet ordre est de nature à remplir le malade d'amertume, d'autant plus que ses troubles ont sans doute déjà quelque peu altéré ses relations avec son proche parent. Après l'admission à l'hôpital, les visites régulières de celui-ci pourront faire sentir à la longue au malade que l'on a agi dans son propre intérêt, mais les premières visites peuvent pour un temps renforcer son sentiment d'abandon; le plus souvent, il supplie son visiteur de l'emmener ou au moins de lui faire obtenir des faveurs et de s'apitoyer sur le sort monstrueux qui lui est fait, ce à quoi le visiteur ne peut généralement répondre qu'en essayant d'entretenir une note générale d'optimisme, en n'«entendant» pas ses requêtes, ou en donnant au malade l'assurance que les médecins sont au courant de tout et font

17. J'ai vu le dossier d'un homme qui prétendait avoir cru qu'il menait lui-même sa femme voir le psychiatre et s'être aperçu trop tard que c'était elle qui avait tout arrangé.

pour le mieux sur le plan médical; puis il s'en retourne avec indifférence dans ce monde qui apparaît maintenant au malade plein de liberté et de privilèges, le laissant en proie au sentiment que l'on n'a fait qu'ajouter de pieuses paroles à une trahison et à une désertion évidentes.

Cette trahison de son plus proche-parent fait naître chez le malade un sentiment d'autant plus profond qu'elle a un témoin. C'est là un facteur d'importance dans bon nombre de situations à trois. Une personne offensée peut fort bien se montrer clémente et accommodante lorsqu'elle se trouve seule à seule avec son offenseur et choisir la paix plutôt que la justice. Mais tout se passe comme si la présence d'un témoin ajoutait à la gravité de la faute, car il n'appartient plus alors ni à l'offenseur ni à l'offensé d'oublier, d'effacer ou de supprimer ce qui est arrivé: la faute est devenue chose publique¹⁸. Lorsque, comme c'est parfois le cas, le témoin est une commission d'hygiène mentale, la trahison publique revêt presque l'aspect d'une «cérémonie de dégradation¹⁹». Le malade ainsi offensé peut alors avoir l'impression que quelque action réparatrice spectaculaire accomplie devant témoins serait la seule façon de lui rendre son honneur et son poids dans la société.

Ceux qui suggèrent à quelqu'un d'entrer dans un hôpital psychiatrique ne le préparent généralement pas de façon précise au choc qu'il ressentira à son arrivée. On lui dit souvent qu'il devra subir un traitement médical et rester au repos et qu'on le fera probablement sortir au bout de quelques mois. Il est possible que ceux qui agissent aussi cachent ce qu'ils savent, mais en général ils livrent le fond de leur pensée. Sur ce point, il y a en effet une différence très importante entre les malades et les agents par l'entremise desquels ils entrent à l'hôpital, ces intermédiaires voyant souvent dans les hôpitaux psychiatriques des établissements médicaux à court terme où l'on est libre de venir chercher les soins et le repos dont on a besoin, et non des lieux d'exil forcé, ce qu'ils sont

18. Voir le commentaire de Kurt Riezler, «Comment on the Social Psychology of Shame», *American Journal of Sociology*, XLVIII, 1943, p. 458.

19. Cf. Harold Garfinkel, «Conditions of Successful Degradation Ceremonies», *American Journal of Sociology*, LXI, 1956, p. 420-24.

souvent pour le grand public. À son arrivée, le malade apprend très vite qu'il en va tout autrement. Il découvre que les renseignements qui lui ont été donnés sur la vie à l'hôpital n'ont fait qu'affaiblir la résistance qu'il eût manifestée, il le voit bien désormais, s'il avait connu les faits avec précision. Quelles qu'aient été les intentions de ceux qui ont collaboré à faire de la personne qu'il était l'interné qu'il est devenu, il les rend responsables de sa situation et éprouve le sentiment de «s'être fait avoir».

Si l'on sait que dans la phase pré-hospitalière, le malade jouit au départ, au moins en partie, des droits, libertés et satisfactions de l'homme ordinaire, et échoue dans la salle commune de l'hôpital pratiquement dépouillé de tout, on comprend que le circuit des épreuves par lesquelles il passe lui apparaisse comme une sorte de couloir de la trahison. Le passage de l'état de personne libre à celui d'interné s'effectue par une série d'opérations qui s'enchaînent et dont chacune est dirigée par un agent différent. Tandis que chaque opération entame considérablement les prérogatives du statut d'adulte libre, chaque agent essaie de faire croire que nulle autre restriction supplémentaire n'interviendra. Il arrive même qu'il s'efforce d'amener le malade jusqu'à l'intermédiaire suivant, sans cesser de l'entretenir dans cette idée; bien plus, par les mots, les bribes de phrases qu'ils prononcent, les gestes qu'ils font, les agents invitent constamment le malade à parler gentiment avec eux de choses et d'autres, parfaitement étrangères aux aspects administratifs de sa situation qu'ils évitent habilement d'aborder, si bien que, d'étape en étape, le malade comprend de moins en moins ce qui lui arrive. Le conjoint préfère ne pas avoir à crier pour décider le malade à consulter un psychiatre, le psychiatre préfère ne pas subir de scène lorsqu'il doit révéler au malade qu'il le verra seul à seul, qu'il verra ensuite son conjoint et que ces entretiens auront un caractère différent. Il est rare que la police amène un malade à l'hôpital en camisole de force, car elle trouve plus pratique, tout compte fait, de lui donner une cigarette, de lui prodiguer quelques paroles aimables et de le laisser libre de prendre ses aises sur la banquette arrière de la voiture. Enfin, le psychiatre chargé de l'admission à l'hôpital estime qu'il travaille mieux dans le calme et

le luxe relatifs des «pièces de réception», qui peuvent, le cas échéant, entretenir l'idée que l'hôpital psychiatrique est, somme toute, un endroit confortable. Si le malade tient compte de tout ce que l'on attend ainsi de lui et s'il fait jusqu'au bout preuve de modération, il peut fort bien parcourir tout le circuit depuis la maison jusqu'à l'hôpital sans obliger quiconque à regarder en face ce qui est en train de s'accomplir ou à se préoccuper de la vive émotion que sa situation pourrait très bien déclencher chez lui. Sa considération envers ceux qui le guident vers l'hôpital lui vaut en retour leur considération, et leurs rapports réciproques se déroulent alors dans l'atmosphère d'harmonie protectrice qui caractérise habituellement les contacts directs entre individus. Mais si le nouvel hospitalisé se remémore la succession des étapes qui l'ont amené à l'hôpital, il découvre que chacun a pris soin de sauvegarder son petit confort quotidien alors que son bien-être à lui se détériorait constamment. Cette prise de conscience peut constituer une expérience morale qui l'éloigne plus encore des gens de l'extérieur²⁰.

La mise en tutelle.

Les intermédiaires qui font passer le malade du statut de personne sociale autonome à celui d'interné, aussi bien que les gardiens qui le prennent en charge après son

20. Les pratiques des camps de concentration montrent bien comment on utilise le canal de la trahison pour susciter la coopération et diminuer les risques de résistance et de troubles, bien que l'on ne puisse dire que, dans ce cas, les médiateurs agissent dans l'intérêt des reclus. Lorsque la police allait arrêter un suspect à son domicile, il arrivait qu'elle se montrât joviale et pleine de bonhomie, qu'elle lui proposât de l'attendre jusqu'à ce qu'il ait achevé sa tasse de café. Les chambres à gaz étaient camouflées en salles d'épouillage, on recommandait aux victimes de bien noter l'endroit où elles laissaient leurs vêtements. Les personnes âgées, malades, physiquement ou mentalement déficientes et vouées à l'extermination étaient parfois transportées en ambulances de la Croix-Rouge jusqu'à des camps que l'on baptisait «Centres hospitaliers d'observation». Cf. David Boder, «I Did not Interview the Dead», University of Illinois Press, Urbana, 1949, p. 81 et Elie A. Cohen, *Human Behavior in the Concentration Camp*, Londres, Jonathan Cape, 1954, p. 32, 37, 107.

entrée à l'hôpital, ont tout intérêt à désigner un proche-parent responsable comme représentant ou tuteur; s'il ne se présente pas de candidat qualifié pour jouer ce rôle, on procède éventuellement à une désignation d'office. Ainsi, parallèlement à la modification du statut de l'individu, qui le transforme peu à peu en malade, l'enchaînement des circonstances fait progressivement d'un de ses proches un tuteur. Une fois ce tuteur désigné, tout le processus de mutation peut se dérouler normalement. Ce personnage est généralement au courant des engagements et des affaires du malade à l'extérieur; il est donc à même de démêler tous les fils d'un écheveau de complications dans lequel l'hôpital risquerait de s'empêtrer. Certains des droits dont le malade a été déchu peuvent lui être transmis, ce qui renforce la fiction légale selon laquelle, même si le malade ne jouit pas réellement de ses droits, il ne les a cependant pas vraiment perdus.

Les malades internés pensent communément, au moins dans un premier temps, que l'hospitalisation est globalement une entreprise injuste de spoliation et il arrive qu'ils parviennent à en persuader certaines personnes de l'extérieur. Dès lors, il est souvent utile, pour ceux que l'on rend responsables de ces mesures, si justifiables soient-elles, de pouvoir faire état de l'accord et de la coopération d'une personne que sa parenté avec le malade place au-dessus de tout soupçon parce qu'elle est, de toute évidence, celle qui a le plus à cœur l'intérêt de celui-ci: si le tuteur se satisfait des conditions faites au nouvel hospitalisé, tout le monde doit en faire autant²¹. Il semblerait donc que plus une personne est liée à une autre par un intérêt légitime et personnel, plus elle est apte à assumer le rôle de tuteur; mais les éléments de la structure sociale qui permettent la fusion reconnue des intérêts de deux personnes ont aussi d'autres conséquences. En effet, la personne auprès de laquelle le malade va chercher aide — contre une menace d'internement arbitraire, par exemple — est précisément

21. Des interviews recueillies au N. I. M. H. par l'équipe de Clausen nous montrent que lorsque le rôle de tuteur échoit à une épouse, cette responsabilité rompt la distance qui la séparait auparavant de sa belle-famille et amène dans leurs rapports, tantôt un resserrement qui doit leur procurer un soutien mutuel, tantôt au contraire un refroidissement marqué.

celle à laquelle en toute logique les intermédiaires et les administrateurs de l'hôpital ont demandé les autorisations nécessaires. On comprend alors que certains malades en viennent à penser, au moins pendant quelque temps, que l'intimité des liens qui les unissent à leur entourage ne donne aucune garantie de sa loyauté.

Cette interférence des rôles a encore d'autres effets fonctionnels. Lorsque, pour venir à bout des difficultés que lui cause le malade, le proche-parent demande l'aide d'intermédiaires, il se peut qu'il n'ait en tête aucune idée d'hospitalisation; il se peut même qu'il n'ait pas l'impression d'avoir affaire à un malade mental ou qu'il n'en soit pas vraiment convaincu²². Ce sont souvent les intermédiaires qui, par le déploiement fallacieux de leurs argumentations psychiatriques et leur foi dans le caractère médical des hôpitaux, définissent la situation pour le parent et lui donnent l'assurance que l'hospitalisation est une solution raisonnable et efficace, qu'elle n'implique de sa part aucune trahison, mais qu'elle est plutôt une action médicale entreprise dans l'intérêt profond du malade. Le proche-parent peut alors découvrir qu'à remplir ainsi ses devoirs à l'égard du malade il gagne sa défiance et même pour un temps sa haine. Mais le fait qu'il ait fallu faire appel à des spécialistes et que ce soient eux qui aient imposé cette orientation, le fait aussi qu'ils l'aient présentée comme un devoir moral, empêchent, dans un certaine mesure, cette personne de se sentir coupable²³.

22. On trouvera une analyse des perceptions de ce genre dans Marian Radke Yarrow, Charlotte Green Schwartz, Harriet S. Murphy et Leila Deasy, «The Psychological Meaning of Mental Illness in the Family», *Journal of Social Issues*, XI, 1955, p. 12-24; Charlotte Green Schwartz, «Perspectives on Deviance-Wives "Definition of their Husbands" Mental Illness», *Psychiatry*, XX, 1957, p. 275-91.

23. Cette fonction culpabilisante se retrouve, bien sûr, dans d'autres rôles. Ainsi lorsqu'un ménage bourgeois entame une procédure en séparation ou en divorce, les hommes d'affaires de chacune des parties estiment qu'il leur appartient de mettre leur client au fait de ses droits et des exigences qu'il peut formuler et le poussent à les faire valoir en dépit des bons sentiments qu'il peut conserver à l'égard des droits et de l'honorabilité de son ancien conjoint. Le client peut en toute bonne foi déclarer à son ancien conjoint — et se dire à lui-même — que, s'il formule ces revendications, c'est uniquement parce que son avocat estime avec certitude que c'est ce qu'il y a de mieux à faire.

Il est poignant de constater que ce rôle de médiateur incombe parfois à une fille ou à un fils adultes sur les épaules desquels retombe ainsi l'hostilité qui s'adresserait autrement au conjoint²⁴.

Une fois le malade admis à l'hôpital, les relations du personnel avec le parent sont pour une bonne part marquées par cette dimension culpabilisante²⁵. Les raisons mêmes, pour le parent, de croire qu'il n'a pas personnellement trahi le malade — quoi qu'en puisse penser ce dernier — peuvent lui fournir les bases de l'argumentation défensive qu'il développera lors de ses visites ultérieures à l'hospitalisé et justifier son espoir de voir leurs relations reprendre leur cours normal après avoir été suspendues pendant la période d'hospitalisation et ce point de vue peut en effet permettre au malade, s'il y est sensible, de lui trouver des excuses à supposer qu'il lui en cherche²⁶.

Par conséquent, si le parent peut être d'un grand secours pour les intermédiaires et les administrateurs de l'hôpital, ceux-ci ont également le pouvoir de lui rendre des services non négligeables. On voit donc naître un échange involontaire de services réciproques, qui, pour la plupart, demeurent eux-mêmes souvent involontaires.

L'illusion rétrospective.

En raison du rôle déterminant des contingences dans l'hospitalisation, il semble pratiquement impossible que le malade sache avant son arrivée effective à l'hôpital comment les choses se passeront exactement :

24. Noté par Clausen.

25. Précision due à Cumming et Cumming, *op. cit.*, p. 129.

26. Il est intéressant de noter le contraste avec la carrière morale du tuberculeux. Selon Julius Roth, ces derniers se rendent à l'hôpital de leur plein gré et en accord avec leur proche-parent pour se faire soigner. Plus tard, au cours de leur carrière hospitalière, lorsqu'ils prennent connaissance du temps qu'il leur faudra rester à l'hôpital ainsi que du caractère contraignant et absurde de certains règlements, ils cherchent à s'en aller et le personnel ainsi que leur famille les en dissuadent : à partir de ce moment, mais à partir de ce moment seulement, ils commencent à se sentir trahis.

jusqu'alors, il n'est un individu en voie d'internement ni pour lui-même ni pour les autres. Mais à partir du moment où on le maintient contre son gré à l'hôpital, parents et personnel de l'établissement auront grand besoin de toute une argumentation pour justifier les épreuves qui lui sont imposées. Les membres du personnel médical auront de la même façon besoin d'être certains qu'ils font bien le métier pour lequel on les a formés. La solution de ce problème se trouve facilitée — involontairement, sans aucun doute — par la reconstitution qui tend à situer la genèse de la maladie dans le passé du patient et à démontrer que, progressivement après l'apparition des premiers symptômes, le sujet a fini par devenir tellement malade que, s'il n'avait pas été hospitalisé, il lui serait arrivé des choses bien pires encore, ce qui est d'ailleurs possible. En outre, le malade lui-même ne manquera pas de raisons pour accorder crédit à cette reconstitution psychiatrique de son passé, s'il veut donner un sens à son séjour à l'hôpital et garder la possibilité de croire encore à l'honnêteté et aux bonnes intentions de son parent.

C'est là un aspect très délicat de la sociologie des carrières. La vue d'ensemble que chaque individu se construit lorsqu'il regarde rétrospectivement son évolution est un des aspects importants de toute carrière. Toute la carrière pré-hospitalière du malade découle, en un sens, de cette reconstruction. Le fait d'avoir parcouru ce genre de carrière avec, au départ, une maladie réelle, joue dans l'évolution du malade mental un rôle important qui ne peut apparaître qu'après l'hospitalisation : c'est en effet pour le malade la preuve que la phase qu'il a traversée — et qu'il vient de quitter — correspond bien à la carrière ordinaire d'un malade sur la voie de l'internement.

LA PHASE HOSPITALIÈRE

Les techniques de distanciation.

Durant les dernières étapes de la phase pré-hospitalière le malade, à tort ou à raison, prend conscience d'avoir été abandonné par la société et rejeté par ceux qui le touchent de plus près. Il n'est pas sans intérêt de constater que l'interné, surtout s'il s'agit d'une première admission, parvient parfois à éviter d'aller jusqu'au bout de cette pente, même s'il se retrouve dans un service fermé d'hôpital psychiatrique. Lorsqu'il arrive à l'hôpital, son plus vif désir est de ne pas se voir identifié à ce qu'il est devenu, ni à ce qu'il était avant son internement. Par suite, il se peut qu'il évite de parler à quiconque, s'isole le plus possible, prenne l'attitude d'un malade qui n'a pas un bon contact, ou d'un véritable fou pour éviter d'avoir à se prêter à tout échange qui le mettrait, par politesse, dans l'obligation d'user de réciprocité et de révéler ainsi aux autres ce qu'il est devenu. Le proche parent fait-il l'effort de rendre visite au malade? Il est fort possible qu'il se heurte à une personne qui refuse de desserrer les dents ou de se rendre au parloir; ces stratagèmes peuvent signifier que le malade s'attache aux rares liens qui l'unissent encore à ceux qui ont fait son passé et protège ces vestiges contre une destruction définitive en refusant tout contact avec les étrangers qu'ils sont devenus²⁷.

27. La stratégie fondamentale qui consiste, pour le reclus, à refuser le contact explique partiellement l'absence relative de formation de groupes parmi les malades des hôpitaux psychiatriques. C'est William R. Smith qui m'a montré cette relation. Le désir d'éviter la formation de liens personnels qui rendraient possibles des questions indiscrettes sur la vie intime a peut-être aussi son importance. Dans les hôpitaux psychiatriques évidemment, comme dans les camps de prisonniers, le personnel s'efforce parfois de briser dans l'œuf toute tentative de formation de groupes afin d'éviter les rébellions collectives et autres désordres dans le quartier.

En général, le malade finit par renoncer à cet effort éprouvant pour garder l'anonymat; il abandonne son attitude d'absentéisme et se prête peu à peu, avec les gens de l'hôpital, à des échanges sociaux conventionnels. Il ne manifeste dès lors son détachement que de certaines manières bien particulières, en n'employant que son surnom, en signant ses articles dans l'hebdomadaire des malades de ses seules initiales ou en utilisant pour son courrier l'inoffensive adresse « de couverture » que certains hôpitaux ont la délicatesse de mettre à la disposition de leurs malades; ou alors il ne s'écarte des autres que dans certaines circonstances particulières, par exemple lorsqu'un groupe d'infirmières stagiaires visite son quartier ou lorsque, se trouvant dans le parc en liberté conditionnelle, il se rend compte soudain qu'il va croiser quelqu'un qu'il a connu dans la vie normale. Parlant de ce retour à une sorte de disponibilité, les surveillants disent parfois que le malade « s'y fait »: cela signifie qu'il a adopté une nouvelle attitude et qu'il s'y tient. Ce processus ressemble à ce que l'on appelle dans d'autres groupes sociaux « faire ses débuts²⁸ ».

Une fois que le malade commence à se faire à l'hôpital, son destin tend, dans ses grandes lignes, à s'aligner sur celui des gens que l'on trouve dans tous les établissements de réclusion, prisons, camps de concentration, monastères, camps de travail, etc., dans lesquels le reclus passe la totalité de son existence et voit défiler ses journées

28. Une situation analogue se rencontre chez les homosexuels quand un individu qui « fait ses débuts » dans une société « galante » se présente franchement comme une personne « disponible » et non comme quelqu'un venu là en touriste. Cf. Evelyn Hooker, « A Preliminary Analysis of Group Behavior of Homosexuals », *Journal of Psychology*, XLII, 1956, p. 217-25, particulièrement p. 221. On en trouvera une bonne peinture dans le roman de James Baldwin, *Giovanni's Room*, New York, Dial, 1956, p. 41-57. Le comportement des enfants à l'âge de la pré-puberté relève également d'une attitude de « débutant », lorsque par exemple ces jeunes, après avoir quitté une pièce dans un élan de colère et d'« amour propre » (en français dans le texte) blessé y rentrent subrepticement. L'expression même vient sans doute d'un « rite de passage » (en français dans le texte), cérémonial instauré jadis par les mères de familles de la haute société à l'intention de leurs filles. Il n'est pas sans intérêt de noter que parfois dans les grands hôpitaux psychiatriques le premier grand bal des malades auquel le patient participe symbolise à ses yeux ses véritables « débuts ».

régimentaires dans l'étroite compagnie d'un groupe de personnes partageant le même statut institutionnel.

Comme tout néophyte dans la même situation, le nouvel hospitalisé se trouve proprement dépouillé de ce qui avait eu jadis pour lui une valeur de certitude, de satisfaction ou de protection, et soumis à toute une série d'expériences mortifiantes: atteintes à sa liberté de mouvement, vie communautaire, contrôle constant et omni-présent de toute la hiérarchie et ainsi de suite... On découvre alors combien l'idée que l'on se fait de soi se trouve vite remise en question lorsqu'elle est brutalement privée de ses supports habituels.

Le système des quartiers.

Pendant qu'il endure ces épreuves morales humiliantes, l'hospitalisé apprend à s'orienter dans le « Système des quartiers » (*ward system*)*²⁹. Il s'agit, dans les hôpitaux psychiatriques d'État, d'une série de dispositions

29. On trouvera une bonne description du système des quartiers dans Ivan Belknap, *Human Problems of a State Mental Hospital*, Mc Graw-Hill, New York, 1956, ch. IX, et particulièrement p. 164.

* « Dans les hôpitaux psychiatriques américains, la répartition des malades est organisée selon le principe des quartiers (*wards*) et des sections (*services*). Un quartier comprend habituellement les dortoirs (souvent fermés à clef), une salle de séjour, une chambre de garde pour les infirmiers, avec vue sur la salle de séjour, un certain nombre de bureaux d'entretien et d'administration, une rangée de cellules pour l'isolement et parfois un coin qui sert de salle à manger. Une section regroupe en général un certain nombre de quartiers, en un ou plusieurs bâtiments séparés, avec une administration commune et rassemble des malades selon certains critères d'homogénéité: âge, sexe, race, état chronique de la maladie, etc. Cette homogénéité permet à la section d'organiser les quartiers selon les caractères et les fonctions différenciées qui correspondent, en gros, aux différents échelons d'une échelle de privilèges, tout malade pouvant être déplacé vers le haut ou vers le bas avec le minimum de difficultés bureaucratiques. L'hôpital, pris dans son ensemble, tend à reproduire dans ses sections, l'organisation qu'en miniature chaque section met sur pied dans ses quartiers. » (Transposition d'une note placée par l'auteur dans la troisième étude, cf. *infra*, p. 266, note 59).

En France, depuis le plan d'organisation des asiles proposé par Parchappe (1852), un service ou « section » comprend en règle générale, sous l'autorité d'un médecin-chef, six quartiers ou « pavillons », calmes, demi-calmes, infirmerie, gâteux, demi-agités, agités. Une section groupe en général 400 malades environ. (N. d. T.).

hiérarchisées qui règlent la vie des malades au niveau des quartiers, et des unités administratives nommées «sections», par rapport aux statuts spéciaux de liberté conditionnelle. Au plus bas niveau, on ne trouve généralement que des bancs de bois, une nourriture insipide, un coin pour dormir. Au niveau le meilleur, on peut bénéficier d'une pièce pour soi, du privilège de sortir dans le parc ou en ville, de contacts à peu près neutres avec le personnel, d'une nourriture qui passe pour bonne et de nombreuses possibilités de divertissements. Pour toute désobéissance aux règles multiples en usage dans l'établissement, le reclus se verra infliger des châtimens sévères, consistant en retraits de privilèges acquis. En revanche, sa docilité lui vaudra, le cas échéant, de retrouver certains des humbles plaisirs qu'il tenait pour acquis avant son entrée à l'hôpital.

L'institutionnalisation de ces niveaux de vie radicalement différents les uns des autres jette une lumière crue sur tout ce qu'impliquent pour le moi les éléments du cadre social. Cela souligne encore le fait que le moi n'est pas formé uniquement par les échanges intersubjectifs que l'individu peut avoir avec d'autres personnes importantes à ses yeux, mais aussi par les conditions objectives de l'organisation. L'individu peut facilement ne pas voir en certains cadres des éléments d'expression ou d'extension de son moi : un touriste qui visite les bas-quartiers d'une ville peut fort bien prendre plaisir à cette situation, non parce qu'elle est un reflet de lui-même, mais parce qu'elle en est précisément le contraire. Il est d'autres cadres, celui d'une salle de séjour par exemple, que l'individu aménage à son idée et dont il se sert pour donner aux autres une impression favorable de lui-même ; et il en est d'autres encore, comme le lieu de travail, qui reflètent le statut professionnel du travailleur, mais sur lesquels il n'a aucun pouvoir puisque c'est l'employeur qui, avec plus ou moins de délicatesse, y impose ses vues. Le cas des hôpitaux psychiatriques se situe à la limite de cette dernière éventualité, et ce n'est pas seulement dû aux conditions d'existence exceptionnellement dégradées que l'on y réserve aux malades, mais aussi à la façon exceptionnelle, unique, dont on leur fait sentir, à tous moments, dans tous les domaines, et avec une insistance

persistante, le poids du milieu sur leur moi. Tout est fait pour rappeler au malade placé dans un quartier donné que les restrictions et les privations dont il est l'objet ne sont pas dues aux nécessités aveugles de la tradition ou de l'économie — qui pourraient donc être dissociées du moi — mais qu'elles sont voulues et font partie de son traitement, qu'elles correspondent à ses besoins actuels et qu'elles expriment par conséquent l'état dans lequel il est tombé. Ayant toutes les raisons de réclamer de meilleures conditions d'existence, le malade s'entend répondre que le personnel prendra toutes dispositions utiles lorsqu'il l'estimera «capable de se débrouiller» ou susceptible de «se sentir à l'aise» dans un meilleur quartier. Bref, l'affectation à un quartier n'est pas présentée au malade comme une récompense ou une punition, mais comme l'expression de son comportement social moyen et de son statut d'individu. Compte tenu du fait que les quartiers les plus médiocres procurent aux malades atteints de déficience mentale organique une existence quotidienne à laquelle ils s'adaptent assez bien, et que ces êtres humainement très diminués sont là pour en administrer la preuve, on peut se faire une idée du poids des structures hospitalières sur l'individu³⁰.

Le système des quartiers procure donc un exemple extrême de la façon dont l'organisation matérielle d'un établissement peut être explicitement utilisée pour modifier l'opinion qu'un individu se fait de lui-même mais, dans le cas des hôpitaux psychiatriques, cette idée de soi subit des atteintes encore plus directes et plus graves du fait de la mission psychiatrique dont sont officiellement investis ces établissements. Plus l'orientation d'un hôpital est «médicale» et d'avant-garde, plus il se veut fait pour les soins et non pour la seule surveillance et plus le malade risque de se trouver en présence d'un personnel de haut niveau qui lui montrera que son passé a été un échec, que les causes de

30. L'hôpital psychiatrique est peut-être pire que le camp de concentration ou la prison en tant que lieu où l'on doit «faire» son temps. Dans les établissements de la seconde catégorie, il est peut-être plus facile de faire abstraction du décor et de ses implications symboliques. À l'hôpital, c'est parfois si difficile que les malades doivent recourir à des artifices dans lesquels le personnel voit autant de symptômes psychotiques.

cet échec doivent être cherchées au plus profond de lui-même, que son attitude devant la vie est mauvaise et que, s'il veut être quelqu'un, il lui faudra changer et son attitude à l'égard des autres et l'idée qu'il se fait de lui-même. Souvent, pour faire bien pénétrer en lui la valeur morale de ces attaques verbales, on demandera au malade de faire un effort pour adopter sur lui-même ce point de vue psychiatrique au cours de séances privées d'autocritique ou de psychothérapie collective dont les détails ont été préarrangés.

On observe que tout individu, à un stade donné de sa carrière (et cela ne s'applique pas aux internés), se forge une image de sa vie — passée, présente et future — qui sélectionne, élimine et déforme certains détails de façon à se présenter comme un dispositif susceptible de s'appliquer à toutes les situations ordinaires. De façon générale, au cours de cette démarche, l'individu suit une ligne qui, par réflexe d'auto-défense, le met en parfait accord avec les valeurs fondamentales de son milieu, et mérite ainsi le nom d'apologie. S'il parvient à présenter un tableau qui, pour le passé, met en évidence le jeu de qualités personnelles avantageuses et dévoile pour l'avenir des perspectives favorables, on a l'histoire d'une réussite. Si son passé et son présent revêtent des caractères particulièrement sombres, le mieux qu'il puisse faire est sans doute de montrer qu'il n'est pas responsable de ce qui lui est arrivé et de construire ce qu'on peut appeler l'histoire de ses malheurs (*sad tale*). Il n'est pas sans intérêt de remarquer que plus un individu se trouve, par son passé, placé en marge des valeurs morales essentielles, plus il se croit obligé de raconter l'histoire de ses malheurs à tous ceux, quels qu'ils soient, qui l'entourent; peut-être est-ce pour répondre partiellement au besoin qu'il sent chez les autres de ne pas voir remettre en question l'idée qu'ils ont du déroulement de leur propre existence. En tout cas, ce sont, semble-t-il, les forçats, les ivrognes et les prostituées qui sont le plus enclins à se livrer à ce genre de récits³¹.

31. En ce qui concerne les forçats, cf. Anthony Heckstall-Smith, *Eighteen Months*, Londres, Allan Wingate, 1954, p. 52-53. Sur les autres catégories, cf. Howard G. Bain, «A sociological Analysis of the Chicago

Les histoires de malheurs.

Dans les hôpitaux psychiatriques, le cadre et les règlements intérieurs rappellent avec insistance à l'interné qu'il représente, en tout état de cause, un cas de maladie mentale, qu'il a subi à l'extérieur une sorte d'effondrement social, qu'il a échoué à peu près dans tous les domaines et qu'il est désormais, socialement parlant, de peu de poids, puisqu'il est à peine capable de se comporter en personne pourvue de tous ses moyens. Ces humiliations sont sans doute ressenties avec plus d'acuité par les malades des classes moyennes que leurs conditions de vie antérieures n'ont pas immunisés contre de tels affronts, mais tous les malades, quels qu'ils soient, éprouvent un sentiment de déchéance plus ou moins aigu. Tout comme le ferait à l'extérieur n'importe quel individu normal appartenant au même milieu culturel, le malade mental fait généralement face à cette situation en cherchant à accréditer une histoire de ses malheurs prouvant qu'il n'est pas «fou», que les «petits ennuis» qu'il a connus sont en réalité imputables à quelqu'un d'autre, que toute sa vie passée s'est, dans l'ensemble, déroulée dans l'honneur et la droiture et qu'il est par

Skid Row Lifeway», thèse de M. A. non publiée, université de Chicago, département de sociologie, sept. 1950; et plus précisément, «The Rationale of the Skid-Row Drinking Group», p. 141-146, la thèse, trop négligée, de Bain est une source précieuse de documentation sur les carrières morales. Apparemment, l'un des risques inhérents à l'exercice de la prostitution tient au fait que les clients et autres personnes qui entrent en contact professionnel avec la prostituée s'obstinent à exprimer leur sympathie en voulant trouver une explication dramatique à sa déchéance. Parce qu'il lui faut avoir constamment une histoire de ses malheurs à raconter le cas échéant, la prostituée mérite sans doute plus notre pitié que notre condamnation. On trouvera de bons exemples d'histoires de malheurs de prostituées dans Henry Mayhew, *London Labour and the London Poor*, vol. IV, *Those That Will Not Work*, Charles Griffin et Cie, 1862, p. 210-212. Documentation contemporaine dans C. H. Rolph ed., *Women of the Streets*, Londres, Secker et Warburg, 1955, principalement p. 6: «Presque toujours, après quelques remarques sur la police, la fille, commençait à expliquer comment il se faisait qu'elle en fût là, le plus souvent en termes d'auto-justification...» Récemment évidemment, les spécialistes en psychologie ont fortement aidé le corps des prostituées en leur fournissant des histoires de malheurs tout à fait remarquables. Cf. Harold Greenwald, *The Call Girl*, New York, Ballantine Books, 1958.

conséquent injuste de la part de l'hôpital de lui imposer le statut de malade mental. Cette tendance au respect de soi est profondément institutionnalisée dans la société des malades qui, lors de la prise de contact, parlent volontiers, sur le mode des conversations à bâtons rompus, de la vie ordinaire, des quartiers dans lesquels ils résident et de la durée de leur séjour, mais taisent les raisons de leur présence³². Lorsqu'une familiarité plus grande s'établit, chaque malade propose volontiers des raisons à peu près plausibles pour justifier son hospitalisation et accepte en même temps les explications de ses camarades sans poser sur le coup la moindre question directe. Nombre d'histoires de ce genre trouvent le plus grand crédit :

«Je suivais des cours du soir pour passer une licence tout en travaillant, et tout cela est devenu beaucoup trop lourd à supporter.»

«Les autres ici sont des malades mentaux mais, moi, c'est seulement mon système nerveux qui ne va pas, et c'est cela qui me vaut toutes ces phobies.»

«On m'a mis ici par erreur, parce que je fais du diabète, et je dois m'en aller dans deux jours.» (Ce malade était là depuis sept semaines.)

«J'ai eu une enfance ratée et, plus tard, j'ai cherché chez ma femme le protecteur que je n'avais pas eu.»

«Le malheur, avec moi, c'est que je ne peux pas travailler, c'est pour cela que je suis ici : j'ai eu deux places, avec tout l'argent que je désirais et un foyer agréable³³.»

Il arrive que le malade renforce ces histoires en embellissant sa profession antérieure. Tel qui était parvenu à obtenir une audition de speaker à la radio se qualifie de speaker, tel autre qui a travaillé quelques mois comme

32. On a observé dans les prisons la même règle d'auto-défense. Voir ainsi dans Alfred Hassler, *Diary of a Self-Made Convict*, Chicago, Regnery, 1954, p. 76, la relation d'une conversation avec un co-détenu. «Il ne parlait guère des motifs de sa condamnation et je ne lui posais pas de questions à ce sujet car telle était la conduite généralement adoptée en prison.» On trouve une version romancée de ce comportement à l'hôpital psychiatrique dans J. Kerkhoff, *How Thin the Veil: A Newspaperman's Story of His Own Mental Crack-up and Recovery*, New York, Greenberg, 1952, p. 27.

33. Extrait des notes prises sur le vif par l'auteur au cours d'entretiens libres avec les malades et transcrites aussi littéralement que possible.

petit rédacteur et à qui on a ensuite confié un reportage dans un journal à grand tirage se qualifie de reporter, bien qu'il ait été remercié au bout de trois semaines.

C'est un rôle social complet qui peut s'édifier dans la communauté des malades sur la base de ces fictions réciproquement entretenues, et les amabilités que l'on se fait en face sont quelque peu atténuées par les commérages faits par derrière, plus proches des faits «objectifs». On peut voir s'exercer là une des fonctions sociales classiques dans les groupes non structurés et homogènes : les individus s'y servent mutuellement de public, pour se reconforter par le récit de leurs propres histoires, un peu plus consistantes que la pure fiction et un peu plus fragiles que la réalité.

Mais le contexte hospitalier, quasi unique en son genre ici, se révèle particulièrement peu propice au développement de ces récits autobiographiques, sauf s'ils reposent déjà sur des données psychiatriques. Le pouvoir de destruction que possède le milieu s'exprime de façon bien plus profonde que par simple mention portée sur le dossier officiel et attestant que le malade n'est pas sain d'esprit, qu'il constitue un danger pour lui-même et pour les autres — attestation qui, soit dit en passant, est de nature à affecter, sinon à anéantir, son amour-propre.

Il est certain que les conditions dégradantes offertes par le cadre de l'hôpital ôtent toute crédibilité à la plupart des histoires que racontent les malades et le fait même qu'un individu soit interné dans un hôpital psychiatrique dément les récits qu'il peut construire. De surcroît, évidemment, la solidarité entre malades n'est pas toujours assez grande pour éviter que dans certains cas, ils ne mettent réciproquement en doute leurs récits, de même qu'il y a toujours des surveillants qui ne sont pas à ce point «formés» («*professionalized attendants*») * qu'ils évitent de mettre en doute les

* *Attendants* (surveillants) et *guards* (gardiens) sont généralement ici des termes interchangeables. Ils désignent les membres très peu qualifiés du personnel chargés sous la responsabilité des infirmières de maintenir l'ordre et de veiller à la sécurité. À la différence des infirmières qui ont une activité directement thérapeutique sous l'autorité des médecins ils ne doivent pas, en principe, intervenir dans les soins proprement médicaux. L'expression «*professionalized attendants*» désigne cependant ici une

paroles des malades. Comme le répétait sans cesse un malade à l'un de ses compagnons pour lui faire prendre conscience de son état :

« Si tu es si malin, comment as-tu pu te laisser mettre ici ? »

La suspicion médicale.

Mais le cadre de l'hôpital psychiatrique est encore plus traître. Le personnel, indépendamment même de la véritable raison qui le pousse à douter, a beaucoup à gagner à mettre en question l'histoire du malade. Pour que l'équipe de surveillance puisse mener à bien sa tâche quotidienne, sans difficultés ni récriminations, il peut se révéler utile qu'elle soit en mesure de lui démontrer que les références personnelles sur lesquelles il fonde ses demandes sont fausses, qu'il n'est pas ce qu'il prétend être et qu'en fait, en tant qu'homme, il n'est qu'un raté. Pour que l'équipe des psychiatres puisse imposer au malade l'opinion qu'elle a du personnage qu'il s'est créé, elle doit être en mesure de lui démontrer en détail que sa version de son passé et de son caractère est beaucoup plus solide que celle qu'il avance lui-même³⁴. Pour pouvoir amener le malade à coopérer aux différents traitements psychiatriques, ces deux équipes peuvent avoir intérêt à lui montrer qu'il se trompe sur leurs intentions et l'amener à la conviction

minorité de surveillants qui ont suivi des cours d'hygiène mentale et de psychiatrie élémentaire, et qui représentent « l'élite » de la profession. (N. d. T.).

34. Dans le jargon de la prison ou de l'hôpital, on qualifie l'« asticotage » (*bugging*) le fait de faire subir à un individu un examen psychiatrique pour ensuite modifier ou abaisser son statut. Cela signifie qu'une fois tombé entre les mains des spécialistes des tests vous êtes automatiquement classé comme fou, à moins que ce ne soit l'application des tests qui ne vous mette effectivement dans cet état. Il semble ainsi que, parfois, le rôle du personnel psychiatrique ne soit pas de découvrir si vous êtes malade, mais bien de vous rendre malade, et l'expression « ne m'asticote pas » peut signifier « si tu continues à me harceler, je vais finir par perdre la tête ». Sheldon Messinger m'a fait remarquer que si l'on emploie dans ce sens le mot « *bugging* », on l'utilise aussi pour désigner le branchement d'un micro secret dans une pièce pour recueillir des propos susceptibles de discréditer celui qui les a tenus, et que ces deux sens sont voisins.

qu'elles savent ce qu'elles font et qu'elles agissent au mieux de ses intérêts. Bref, les difficultés suscitées par un malade sont étroitement liées à sa propre version de ce qui lui est arrivé et il est très utile de discréditer cette version pour obtenir sa coopération. Le malade doit finir par adopter au plus profond de lui-même, ou faire semblant d'adopter, l'opinion de l'hôpital sur sa personne.

Outre l'effet de miroir exercé par le cadre hospitalier, le personnel dispose aussi de moyens théoriques pour rejeter l'argumentation du malade. En psychiatrie, on définit couramment le désordre mental comme un trouble qui peut avoir ses racines dans la première enfance du malade, se manifester tout au long de sa vie et envahir presque tous les domaines de son activité quotidienne. Il n'est donc aucun secteur de son passé ou de son présent qui échappe à la compétence ou aux attributions du psychiatre. Les hôpitaux institutionnalisent bureaucratiquement la compétence extrêmement étendue qu'ils s'attribuent en fondant explicitement leur traitement du malade sur le diagnostic des psychiatres et, partant, sur leur interprétation de son passé.

Rien n'exprime mieux cette idée d'une compétence généralisée que l'usage des dossiers médicaux : dans l'ensemble, le rôle du dossier n'est pas d'enregistrer scrupuleusement les preuves données par le malade de son aptitude à se tirer honorablement de situations difficiles ni de donner un échantillonnage moyen de la conduite passée de l'intéressé ; son rôle essentiel est de décrire les différentes manifestations de la « maladie », de montrer que l'on a bien fait de l'interner et que l'on fait bien de le garder encore enfermé ; on y parvient en isolant de l'ensemble de sa vie les incidents qui ont, ou auraient pu avoir une signification symptomatologique³⁵. Les méssa-

35. De nombreuses organisations tiennent des dossiers sur leurs membres, mais elles ne peuvent y consigner qu'indirectement les faits de quelque importance du point de vue social qui, officiellement, ne les concernent pas. Or, du fait qu'ils sont légitimement habilités à s'occuper de l'individu dans sa totalité, les hôpitaux psychiatriques n'ont pas besoin de reconnaître de limites officielles à leur rôle, ce qui leur confère une liberté fort intéressante du point de vue sociologique. C'est un fait historique étrange que les partisans de l'extension des libertés dans tous les autres domaines penchent pour l'octroi au psychiatre de pouvoirs

ventures qui pourraient faire penser à une «tare» de ses parents ou de ses frères y figurent; les actes qui peuvent être considérés comme symptômes des troubles de son jugement ou de ses désordres affectifs y sont consignés, de même que les circonstances dans lesquelles il a agi d'une façon qui, aux yeux des profanes, passerait pour immorale, perverse, velléitaire, infantile, irréfléchie, impulsive ou folle. Les dérèglements de conduite dans lesquels on a vu le sommet de son égarement et qui ont exigé une intervention immédiate y sont généralement mentionnés avec force détails. En outre, on trouve dans le dossier la description de l'état du malade lors de son admission qui, en général, est loin de correspondre à une période de calme et de quiétude. Ce rapport peut aussi faire état de la ligne de conduite mensongère adoptée par le malade dans ses réponses à des questions embarrassantes, et le faire apparaître ainsi sous les traits de quelqu'un qui n'hésite pas à nier l'évidence:

«déclare qu'elle ne vit chez sa fille aînée ou ses sœurs que lorsqu'elle est malade et a besoin de soins; qu'autrement elle vit avec son mari; lui prétend qu'il n'en est rien depuis douze ans»;

«contrairement aux rapports du personnel, il déclare que depuis longtemps, il ne tape plus de grands coups sur le parquet et qu'il ne crie plus le matin»;

«cache le fait qu'on lui a enlevé les organes et prétend être toujours réglée».

«Elle a commencé par nier avoir eu des relations sexuelles avant de connaître son mari, mais après qu'on lui eût parlé de Jim, elle dit avoir oublié ce qui s'était passé entre eux parce que cela n'avait pas été agréable³⁶.»

Lorsque le rapporteur n'a pas connaissance des faits qui contredisent la version du malade, il en admet néanmoins la possibilité:

discretionnaires vis-à-vis de ses malades. Tout se passe comme si l'on pensait que, plus larges sont les pouvoirs accordés aux médecins et aux administrateurs qualifiés dans le domaine médical, mieux les intérêts du malade seront servis. À ma connaissance, on n'a pas demandé l'opinion des malades sur ce sujet.

36. Transcription littérale d'éléments de dossiers.

«La malade a nié avoir eu la moindre expérience hétéro-sexuelle et aucun piège n'a pu l'amener à reconnaître avoir été enceinte ou s'être livrée à des pratiques sexuelles d'aucune sorte. Elle a nié également s'être masturbée.»

«Malgré la pression considérable exercée sur elle, elle a refusé de laisser paraître la moindre manifestation de mécanismes paranoïdes.»

«L'existence d'un élément psychotique n'a pu être, à ce jour, mise en évidence³⁷.»

Et, de façon encore plus gratuite, des pointes de scepticisme apparaissent souvent dans la description du comportement social du malade à l'hôpital.

«Pendant l'interrogatoire, il est affable et apparemment sûr de lui; il émaille librement ses réponses de hautes considérations générales.»

«Avantageusement tiré à quatre épingles et pourvu d'une petite moustache soignée à la Hitler, cet homme de 45 ans qui est à l'hôpital depuis cinq ans au moins s'y est organisé une vie très heureuse en adoptant le rôle d'un bon vivant distingué, non seulement très supérieur intellectuellement aux malades qui l'entourent, mais sachant aussi plaire aux femmes. Ses discours sont truffés de mots interminables qu'il emploie généralement à bon escient mais s'il parle assez longtemps sur un sujet quelconque, il paraît bientôt tellement perdu dans cette diarrhée verbale que ce qu'il dit se révèle dépourvu de toute signification³⁸.»

Les notations inscrites dans le dossier sont donc très exactement de celles qu'un profane jugerait scandaleuses, diffamatoires ou déshonorantes. Il me paraît juste de noter qu'en général le personnel des hôpitaux psychiatriques, à tous les niveaux, ne parvient pas à utiliser ces éléments avec la neutralité morale nécessaire à l'établissement de rapports médicaux et de diagnostics psychiatriques, mais qu'au contraire il manifeste dans ses intonations et ses gestes, si ce n'est autrement, les

37. *Idem.*

38. *Idem.*

mêmes réactions que les profanes. Ces réactions peuvent se produire aussi bien en présence des malades qu'au cours de rencontres entre membres du personnel.

La divulgation des informations.

Dans certains hôpitaux psychiatriques, l'accès aux dossiers est en principe réservé au corps médical et aux infirmiers supérieurs, mais, là encore, le personnel subalterne peut lui aussi y accéder officieusement ou en connaître indirectement le contenu³⁹. En outre, on estime que le personnel de salle a le droit de connaître les aspects de la conduite antérieure du malade qui, nonobstant la réputation qu'il veut se forger pour les dissimuler, permettent de le traiter au mieux, dans son propre intérêt, et avec un minimum de risques pour les autres. De surcroît, la totalité du personnel peut en principe consulter les fiches de soins rédigées au quartier, qui consignent les péripéties quotidiennes de l'évolution des troubles et, partant, du comportement du malade. Ces fiches fournissent ainsi sur son état actuel le même genre de renseignements que le dossier sur son passé.

Sans doute la plupart des renseignements consignés dans les dossiers sont-ils en gros exacts, mais il est

39. Cependant certains hôpitaux psychiatriques possèdent un « classeur secret » dont les dossiers ne peuvent être consultés que sur autorisation spéciale. Ces dossiers sont, par exemple, ceux des malades employés dans les bureaux comme garçons de courses et qui seraient autrement à même de s'en emparer pour y jeter un coup d'œil, ceux des reclus qui occupaient une situation en vue à l'extérieur, ceux des malades qui, susceptibles d'intenter une action contre l'hôpital, auraient des raisons particulières d'essayer d'avoir accès aux documents les concernant. Certains hôpitaux ont même un « classeur ultra-secret » placé dans le bureau du directeur. Signalons en outre que la qualité professionnelle du malade, surtout si elle est d'ordre médical, est parfois omise à dessein sur sa fiche. Toutes ces exceptions à la règle générale d'exploitation des documents montrent bien que l'institution est consciente des risques que peut comporter le fait de tenir des dossiers psychiatriques. Un autre exemple est donné par Harold Taxe, « Authority Structure in a Mental Hospital Ward », thèse de M. A. non publiée, université de Chicago, département de sociologie, 1953, p. 11-12.

non moins exact que l'on pourrait trouver dans la vie de presque tout le monde une quantité suffisante de faits infamants pour justifier un dossier d'internement. De toutes façons, il ne s'agit pas de décider s'il est ou non souhaitable d'établir un dossier ou de chercher les raisons qui poussent le personnel à en tenir un. L'important est que, dans la mesure même où ces faits relevés sur son compte sont justes, le malade n'a aucune possibilité de les dissimuler comme il serait normalement incité à le faire sous la pression de son milieu culturel, ce qui lui apporterait un certain soulagement ; et le pire est sans doute la menace constante que fait peser sur lui le sentiment que ces données sont livrées à tous, sans qu'il ait la moindre possibilité de contrôle⁴⁰. Un jeune homme, d'allure virile, qui réagit à l'appel sous les drapeaux en s'enfuyant de la caserne pour se cacher dans la penderie d'une chambre d'hôtel où sa mère le retrouve en larmes ; une femme qui entreprend d'aller de l'Utah à Washington pour prévenir le Président qu'un destin funeste le menace ; un homme qui se dévêt devant trois fillettes ; un garçon qui interdit l'accès de la maison à sa sœur et lui casse deux dents

40. Nous touchons là au problème du « contrôle de l'information » dont plusieurs groupes ont plus ou moins à souffrir. Cf. E. Goffman, « Discrepant Roles », *The Presentation of Self in Everyday Life*, New York, Anchor Books, 1959, ch. IV, p. 141-166. Ce problème est abordé, à propos des dossiers des prisons, par James Peck, dans son histoire « The Ship that Never Hit Port », in Holley Cantine & Dachine Rainer ed., *Prison Etiquette*, New York, Retort Press, 1950, p. 66. « Les carnets ont évidemment tous les atouts en main face aux détenus car ils n'ont qu'à rédiger une demande de sanction pour qu'elle soit immanquablement appliquée. Toute infraction au règlement est consignée dans la chemise du détenu, sorte de classeur où figurent tous les détails de la vie de l'individu avant et depuis son arrestation. On y trouve des rapports d'ordre général rédigés par le gardien chargé de distribuer les tâches, celui qui a la charge de surveiller les cellules, ou tout autre individu susceptible d'avoir intercepté une conversation, ainsi que des récits de mouchards. Toute lettre qui retient l'attention des autorités est versée au dossier, le préposé à la censure peut photocopier une lettre entière ou en recopier simplement un passage ou bien encore la passer au directeur. Il arrive souvent qu'un détenu soit appelé devant le directeur ou le gardien-chef et qu'on lui exhibe un de ses écrits, si ancien qu'il l'avait oublié. Qu'il s'agisse de sa vie personnelle ou de ses opinions politiques, c'est l'expression d'une pensée que les autorités de la prison ont jugée dangereuse et qu'ils ont mise de côté pour l'utiliser ultérieurement. »

quand elle essaie d'entrer par la fenêtre: tous ces gens auront de bonnes raisons de dissimuler leurs actes et de non moins bonnes raisons de mentir à leur sujet.

Les différentes formes de relations, officielles ou non, qui se nouent entre membres du personnel, accusent encore ce processus de divulgation que l'existence même du dossier déclenche. Le malade commet-il un acte répréhensible à un moment donné de la journée et dans un secteur particulier de l'établissement, la chose, sera selon toute vraisemblance rapportée aux personnes qui contrôlent d'autres domaines de son existence, où elles le jugeraient incapable d'agir ainsi.

À l'hôpital, comme en un certain nombre d'autres établissements, la pratique des réunions entre membres du personnel à tous les niveaux s'est généralisée. Au cours de ces réunions, le personnel expose son opinion sur les malades, décide en commun la ligne que ceux-ci essayent de suivre et celle qu'il convient d'adopter à leur égard. Le malade qui entretient des relations personnelles avec un surveillant ou qui, à force de se plaindre d'être l'objet de mauvais traitements, finit par jeter le trouble dans l'esprit d'un surveillant, se trouve parfois remis à sa place par ce conseil du personnel, qui lui donne soit un avertissement, soit l'assurance que le malade est vraiment «atteint». Puisque les différentes images de lui-même qui lui sont habituellement renvoyées de tous les niveaux de son entourage finissent ici par se trouver réduites, derrière son dos, à une seule, le malade s'estime parfois en butte à une sorte de conspiration, même si l'on pense sincèrement agir en fonction de son intérêt à long terme. En outre, tout changement de quartier ou de section décidé pour des raisons officielles s'accompagne en général de commentaires officieux sur le caractère du malade, pour faciliter en principe la tâche de l'employé qui en aura désormais la responsabilité.

Enfin, dans les circonstances les moins officielles — lors du déjeuner ou de la pause-café par exemple —, la conversation du personnel porte souvent sur les derniers faits et gestes des malades et ces commérages, courants dans tout établissement, prennent ici un relief particulier parce que l'on y est convaincu que tout ce qui touche au malade concerne directement, d'une manière ou d'une

autre, les employés de l'hôpital. Rien ne s'oppose, en principe, à ce que de tels commérages grandissent le sujet au lieu de l'abaisser, mais on a toujours tendance, en ce genre de conversations, à critiquer les absents pour mieux sauvegarder l'intégrité et le prestige du cercle où se tiennent ces propos. Aussi, même lorsque les commentaires semblent relever d'une intention généreuse, ils n'en suggèrent pas moins, le plus souvent, que le malade n'est pas une personne achevée, témoin ce jugement formulé en prenant le café avec des amis par un thérapeute de groupe consciencieux et bienveillant avec ses malades :

«J'ai eu deux ou trois perturbateurs dans le groupe. Un homme surtout — un juriste très brillant (à voix basse), James Wilson — qui m'a rendu la vie impossible; mais je n'ai pas cédé, je l'ai constamment incité à monter sur la scène et à faire quelque chose. Je commençais à désespérer, alors je me suis retourné contre son médecin personnel qui m'a dit qu'à ce moment précis, l'homme, en dépit de son bluff et des apparences, avait vraiment besoin du groupe, que cela avait sûrement beaucoup plus d'importance pour lui que n'importe quel autre traitement applicable à l'extérieur, qu'il avait vraiment besoin de ce soutien. Eh bien, cela a complètement modifié mes sentiments à son égard... Il est sorti maintenant».

En règle générale, les hôpitaux psychiatriques font systématiquement circuler sur chaque malade les renseignements que celui-ci s'efforce de tenir cachés et que l'on utilise quotidiennement, d'une manière plus ou moins poussée, pour lui clore le bec. Au moment de l'admission, ou de la visite médicale, on lui pose des questions auxquelles il se croit obligé de donner des réponses erronées s'il veut sauvegarder sa dignité, mais il arrive alors que la vraie réponse lui soit jetée à la figure. Le surveillant à qui il donne sa propre version de son passé ou des raisons pour lesquelles il est interné sourit parfois d'un air incrédule ou lui répond «ce n'est pas ce que j'ai entendu dire», conformément au principe psychiatrique qui veut que l'on ramène le malade à la réalité. S'il aborde un médecin ou une infirmière dans le quartier pour réclamer certaines faveurs ou solliciter son départ, la riposte prend la forme d'une question à

laquelle il ne peut répondre sincèrement sans évoquer telle période peu brillante de sa vie. Si, au cours d'une séance de thérapie de groupe, il avance sa propre version de la situation dans laquelle il se trouve, le thérapeute, par ses questions, tente de lui ouvrir les yeux sur les fausses raisons par lesquelles il essaie de sauver la face et le pousse à adopter une interprétation qui fait de lui la seule personne à blâmer et la seule qui doit changer. S'il déclare au personnel ou à ses compagnons qu'il se sent bien et qu'il n'a jamais été vraiment malade, il se trouve toujours quelqu'un pour lui rappeler, détails à l'appui, comment, un mois seulement plus tôt, il se pavanait comme une fille, se prenait pour Dieu le Père, refusait de manger ou de parler, ou faisait des expériences de coiffure pour le moins curieuses. Chaque fois que le malade voit ses prétentions ainsi dégonflées par le personnel, son sentiment de ce qu'un homme doit être et des règles qui régissent les rapports entre pairs le poussent à reconstituer son histoire, et chaque fois qu'il agit ainsi il est de l'intérêt du personnel surveillant aussi bien que de celui des psychiatres de ruiner ces récits.

La dégradation hospitalière.

Par-delà les fluctuations du moi au cours de ces échanges, on découvre une base institutionnelle tout aussi précaire. Contrairement à l'opinion généralement répandue, le «système des quartiers» assure dans les hôpitaux psychiatriques une mobilité interne assez grande, surtout au cours de la première année d'internement. Durant cette période, l'interné a des chances de changer une fois de section, trois ou quatre fois de quartier et de voir son statut de liberté conditionnelle subir plusieurs modifications. Tous ces changements sont susceptibles d'intervenir tantôt dans le bon, tantôt dans le mauvais sens. Chacun de ces déplacements entraîne une altération radicale de son style de vie ainsi que des conditions à partir desquelles il pourrait se créer un ensemble d'activités susceptibles d'affermir sa personnalité, et les effets de cette altération équivalent, par leur ampleur, à ceux que provoquerait, dans la vie

sociale normale, le passage d'une classe inférieure à une classe supérieure ou l'inverse. En outre, les camarades auxquels il s'est au moins partiellement identifié seront affectés par des déplacements identiques, mais dans des directions différentes, et à des rythmes différents, ce qui, par une sorte de choc en retour, donne à l'individu un sentiment de changement social, même s'il n'en fait pas lui-même l'expérience directe.

Comme nous l'avons dit, les principes sur lesquels repose la pratique psychiatrique peuvent encore accentuer les effets des fluctuations sociales dues au système des quartiers. Ainsi, les psychiatres voient volontiers ce système comme une sorte de serre sociale dans laquelle le malade entrerait dans un état d'infantilisme et d'où, après avoir au bout d'un an atteint la salle des convalescents, il sortirait à l'état d'adulte réadapté à la société. Cette opinion surestime considérablement l'importance et le caractère valorisant que le personnel est en droit d'attendre de son travail et trahit, surtout chez ceux qui sont aux sommets de la hiérarchie hospitalière, un certain aveuglement devant les autres représentations possibles du système des quartiers, qui est aussi, entre autres choses, une méthode disciplinaire permettant d'obtenir l'obéissance des insoumis par la distribution de récompenses ou de punitions. De toutes façons, cette représentation de la réadaptation sociale tend à sous-estimer, pour les occupants de mauvais quartiers, les possibilités de comportement social, et à surestimer chez les autres le désir de tenir à nouveau un rôle dans le jeu social ainsi que leur capacité à le faire. Parce que le système des quartiers est plus qu'un simple moyen de réadaptation sociale, les internés trouvent dans certains quartiers plus d'une raison de «faire des histoires» ou de s'attirer des ennuis et mainte occasion, par conséquent, de perdre, par le jeu des rétrogradations, les privilèges afférents aux positions acquises. On peut toujours justifier officiellement ces rétrogradations en invoquant des rechutes psychiques ou morales et la théorie de l'hôpital-maison-de-réadaptation-sociale se trouve ainsi sauvée. Mais la conséquence de ces interprétations est de transformer une simple infraction au règlement suivie de rétrogradation en une expression fondamentale du moi

du coupable. À l'inverse, les promotions qui peuvent avoir pour origine l'encombrement d'un quartier, ou le fait que l'on a besoin quelque part d'un «malade qui travaille», ou toute autre raison étrangère à la psychiatrie, peuvent devenir des indices tenus pour profondément révélateurs du moi intégral du malade. On voit même le personnel attendre du patient qu'il fasse lui-même un effort pour se «remettre d'aplomb» en un peu moins d'un an et donc le pousser constamment à penser en fonction de la réussite ou de l'échec de son moi⁴¹.

Dans ces conditions, l'interné peut découvrir que le fait de rétrograder dans l'échelle morale n'est pas aussi grave qu'il l'avait imaginé. Après tout, les fautes qui déterminent des reculs ne peuvent pas être sanctionnées légalement, pas plus qu'elles ne font empirer les conditions du statut de malade proprement dit, puisque de toutes façons, tout cela est déjà acquis. De surcroît, aucun délit passé ou présent ne paraît en lui-même assez odieux pour exclure un malade de la communauté des malades, si bien que l'échec, sur le plan de la vie morale, perd une bonne part de sa signification infamante⁴². Finalement, en acceptant la version que l'hôpital donne de sa disgrâce, le malade peut se poser en personne qui travaille à son propre «redressement» et réclamer la sympathie, les faveurs et l'indulgence du personnel, afin de stimuler cette entreprise.

Le relâchement moral.

Les risques pressants qu'il doit apprendre à affronter, les importantes variations auxquelles est soumise la considération dont il est l'objet, et l'absence quasi totale de moyens pour peser sur l'octroi ou le refus de cette considération font accomplir au malade un pas important dans la voie de l'adaptation au milieu et cette démarche est riche d'enseignements sur la situation de l'interné. Le fait de voir ses erreurs anciennes et son évolution

présente soumises à un examen moral permanent contribue semble-t-il à forger un type particulier d'adaptation qui se traduit par une attitude moins que morale du point de vue du moi idéal. Faiblesses et succès prennent une place trop grande et ont une signification trop hasardeuse dans la vie de l'individu pour qu'il puisse se soucier, comme on le fait habituellement, de l'opinion des autres à leur sujet. Il apprend qu'une image défendable du moi peut être comme une chose extérieure à soi-même que l'on construit, perd, reconstruit, toujours très rapidement et avec une sorte de sérénité. Il apprend aussi à discerner s'il est opportun d'adopter un point de vue — et par conséquent un moi — étranger à celui que l'hôpital peut lui fournir ou lui retirer.

Il semble donc que le cadre de l'hôpital engendre ce que l'on pourrait appeler un artificialisme cosmopolite, ou une forme d'apathie civique: dans ce contexte moral peu sérieux mais où tout ce qui se passe est étrangement amplifié, se construire un moi ou le voir détruire devient une espèce de jeu cynique et, voir cela comme un jeu, c'est perdre en quelque sorte le sens moral, tant ce jeu est fondamental. À l'hôpital donc, l'interné apprend que le moi, loin d'être une forteresse, ressemble plutôt à une petite ville ouverte et il peut se lasser d'avoir à exprimer tantôt de la satisfaction, lorsqu'elle est occupée par ses propres troupes, et tantôt du mécontentement lorsqu'elle est tenue par l'ennemi. Une fois qu'il sait ce que représente le fait d'être défini par la société comme un être au moi inconsistant, cette définition, pleine de dangers — et c'est bien pourquoi les gens montrent tant d'attachement pour le moi que la société leur reconnaît —, devient beaucoup plus tolérable. Le malade semble atteindre un nouveau palier à partir du moment où il se rend compte qu'il peut survivre tout en adoptant une façon d'agir que la société qualifie d'auto-destructrice.

Les exemples de cette lassitude morale ne manquent pas. Dans les hôpitaux psychiatriques publics, on observe que les malades acceptent une sorte de «suspension» des liens matrimoniaux avec la complicité plus ou moins ouverte du personnel. Il arrive parfois, au malade qui «tourne» autour de plusieurs partenaires en même temps, de subir une pression hostile de la part de ses pairs, mais

41. Je dois ces remarques — et bien d'autres — à l'obligeance de Charlotte Green Schwartz.

42. Cf. troisième étude, *infra*, p. 354, note 167.

il ne semble guère y avoir de sanction effective à l'encontre de celui qui entretient une liaison, temporaire mais sérieuse, avec une personne du sexe opposé, même lorsque les deux partenaires sont, de notoriété publique, mariés, chargés de famille, et qu'ils reçoivent régulièrement la visite de leurs proches. Bref, il est parfaitement possible, dans les hôpitaux psychiatriques, de recommencer sa vie sentimentale tout en sachant cependant que rien de définitif ni de très sérieux ne peut en sortir. Comme les aventures de croisière ou de vacances, ces idylles montrent bien que l'hôpital forme un monde clos, coupé de la communauté extérieure, et qu'il fonctionne pour la satisfaction de ses habitants. Cette suspension trahit évidemment les sentiments de désaffection et d'hostilité que les malades ressentent à l'égard des personnes extérieures à l'établissement auxquelles ils étaient jadis étroitement liés. Mais, en outre, cela montre bien le relâchement qui s'opère lorsque l'on vit dans un monde enfermé à l'intérieur d'un autre monde, dans des conditions telles qu'il est difficile de les prendre l'un ou l'autre au sérieux.

Seconde situation de relâchement moral, dans les quartiers les plus médiocres, où l'on assiste couramment à des pratiques blessantes, qui tiennent pour une part au manque de commodités et pour une autre aux moqueries et aux sarcasmes qui semblent bien être la règle habituelle du comportement professionnel des surveillants et des infirmières chargés de la surveillance de ces lieux; en même temps, l'insuffisance de l'équipement et l'absence de droits reconnus font qu'il n'est guère possible de se constituer un moi. Le malade se trouve donc constamment rabaissé, mais il est vrai qu'il ne tombe pas de bien haut. Il se développe alors, dans certaines de ces salles, une sorte d'humour macabre désinvolte, avec une grande liberté de comportement qui pousse à tenir tête au personnel et à retourner insulte pour insulte. On peut recourir aux punitions mais elles sont peu efficaces, tant il est vrai qu'on laisse de toutes façons aux malades peu de ces douceurs qu'il faut bien commencer par assurer aux gens si l'on veut les soumettre ensuite à des privations subtiles. Comme les prostituées en matière sexuelle, les internés ont dans ces quartiers très peu à perdre en matière de réputation et de droits et peuvent

ainsi s'octroyer certaines libertés. En revanche, au fur et à mesure que l'individu s'élève dans le système des quartiers, il s'arrange progressivement pour éviter les incidents qui l'empêcheraient de se prétendre un être humain et pour se procurer un nombre toujours croissant d'éléments qui concourent à assurer sa dignité personnelle. Aussi, lorsqu'il lui arrive d'être rabaissé — et cela lui arrive —, il tombe de plus haut. Par exemple, le malade privilégié vit dans un cadre qui s'étend au-delà des limites du quartier, il y trouve des moniteurs qui distribuent à la demande des gâteaux, des cartes, des balles de ping-pong, des billets de cinéma, du matériel pour écrire. Mais s'il ne dispose pas de ce moyen de contrôle social qu'est l'argent, généralement fourni par un correspondant extérieur, le malade court le risque d'entendre telle employée de l'institution, pourtant au fond bien intentionnée, lui dire par exemple d'attendre qu'elle ait fini sa petite conversation ou l'interroger pour l'ennuyer sur les raisons de sa demande, ou ne lui répondre qu'après un temps de silence pesant et non sans lui jeter un froid regard inquisiteur.

Promotions et rétrogradations dans le système des quartiers n'impliquent donc pas seulement, pour le malade, l'instabilité des éléments nécessaires à la construction de son moi, ni l'instabilité du statut dont il fait l'expérience; elles signifient aussi que le calcul des risques peut varier considérablement. L'expérience morale courante se fonde, entre autres, sur l'art de reconnaître les risques que court l'idée que l'on se fait de soi-même. Mais on découvre plus rarement que le niveau même auquel on situe ces risques n'est, somme toute, que le résultat d'un dosage social, et cette expérience est de celles qui font tomber les illusions.

Les conditions dans lesquelles s'effectue le plus souvent le départ de l'hospitalisé constituent un troisième exemple de relâchement moral. Il se trouve généralement placé sous la surveillance et l'autorité de son plus proche parent ou d'un employeur soigneusement choisi et particulièrement vigilant. S'il commet des fautes pendant qu'il est sous leur coupe, ils peuvent rapidement obtenir sa réadmission. Il se trouve donc placé sous l'autorité spéciale de gens qui, normalement, n'auraient disposé sur lui d'aucun contrôle

de ce genre et à qui il a même pu avoir antérieurement des raisons d'en vouloir. Pour pouvoir malgré tout sortir de l'hôpital, il se gardera peut-être de montrer le déplaisir que lui inspirent ces dispositions et feindra d'accepter de bon gré cette sorte de tutelle, au moins jusqu'à ce qu'il se trouve rayé des contrôles de l'établissement, mais cette procédure crée donc une situation sans issue: en invitant l'individu à jouer extérieurement un rôle auquel il n'adhère pas au fond, contrairement à ce qui se passe habituellement, elle l'éloigne plus encore des domaines que les autres prennent au sérieux.

Le moi et l'institution.

La carrière morale d'une personne appartenant à une catégorie sociale donnée s'accompagne d'une série classique de modifications dans sa façon de concevoir la personne en général et surtout la sienne. On peut suivre les traces à demi effacées de ces développements en étudiant les expériences morales de l'individu, c'est-à-dire les événements qui marquent un tournant dans sa manière d'appréhender le monde, encore que les particularités de cette appréhension soient difficiles à définir. On peut aussi signaler les ruses et les stratagèmes qu'il emploie en public, c'est-à-dire les attitudes qu'il adopte devant des tiers déterminés, quelle que soit la nature secrète et les modalités particulières de son adhésion intime à ces rôles. En notant ainsi les expériences morales intimes et les attitudes publiques, on peut obtenir une représentation relativement objective en des domaines relativement subjectifs. La carrière morale, par conséquent le moi de chacun, s'élabore dans les limites d'un système institutionnel, que ce soit un établissement social, comme un hôpital psychiatrique, ou un complexe de relations personnelles et professionnelles. Le moi semble ainsi résider dans les dispositions d'un système social donné, à l'usage des membres de ce système. En ce sens, le moi n'est pas la propriété de la personne à qui il est attribué mais relève plutôt du type de contrôle social exercé sur l'individu par lui-même et ceux qui l'entourent.

Ce type de disposition institutionnelle soutient moins le moi qu'elle ne le constitue.

Nous nous sommes attachés dans cet essai à étudier les conséquences de la dégradation de ces règles fondamentales pour l'individu intégré dans un système donné dans deux situations institutionnelles de ce type. La première résulte de la fluctuation de la confiance du malade envers ses proches en fonction des rapports qui s'établissent entre celui-ci et les intermédiaires, surtout pendant la phase préhospitalière. La seconde concerne les moyens de défense qui sont nécessaires à l'individu pour présenter aux autres une certaine image de lui-même et que l'institution lui retire systématiquement sinon intentionnellement. Bien entendu il ne s'agit là que de deux dispositions institutionnelles particulières susceptibles d'influer sur la formation du moi de l'individu; il en est d'autres aussi importantes, qui ne seront pas envisagées ici.

On s'attend habituellement à voir aliénation et mortification engendrer au cours de la formation de l'adulte de nouvelles convictions ou une nouvelle façon d'envisager son moi. Ce remodelage peut s'observer chez le malade hospitalisé, à travers sa croyance aux vertus de la psychiatrie ou, au moins pendant quelque temps, dans son empressement à épouser la cause du traitement des malades mentaux. Cependant la carrière du malade présente un intérêt spécifique: elle prouve qu'il est possible pour quelqu'un de se dépouiller des guenilles de son ancien moi, ou de s'en faire dépouiller, sans avoir besoin de chercher un nouveau vêtement ou un nouveau public devant lequel il se sentira rougir. Au contraire, l'individu apprend là, au moins pour un temps, à pratiquer devant tout le monde l'art parfaitement amoral de l'impudeur.

3. LA VIE CLANDESTINE D'UNE INSTITUTION TOTALITAIRE¹

(des moyens de faire son chemin
dans un hôpital psychiatrique)

1. Une version abrégée de cette étude a été présentée au Colloque annuel de la Société américaine de sociologie (*American Sociological Society*), Washington D. C., août 1957.

PREMIÈRE PARTIE INTRODUCTION

A. CE QUE L'ON FAIT ET CE QUE L'ON EST

1. ENGAGEMENT ET ATTACHEMENT.

Entre toute réalité sociale — idéologie, nation, métier, famille ou simplement échange verbal — et l'individu qui y participe existent des liens aux propriétés communes. L'individu est soumis à des obligations, tantôt pénibles — lorsqu'elles impliquent une décision à prendre, un travail à faire, un service à rendre, du temps à passer, de l'argent à donner —, tantôt agréables, lorsqu'elles font appel aux sentiments d'appartenance, d'identification ou d'attachement sentimental. La participation à une réalité sociale exige donc implicitement l'engagement et l'attachement simultanés de l'individu.

Mais les exigences d'une institution ont des limites qu'il faut définir si l'on veut bien comprendre le problème que pose la participation. L'armée demande au soldat d'être brave, mais n'exige pas que sa bravoure excède les limites du devoir, elle accorde même en certaines circonstances de la vie personnelle des permissions spéciales qui atténuent la rigueur de ses exigences. De même, pour former avec son mari une unité sociale évidente, une épouse doit paraître constamment en public à ses côtés, mais simultanément les tâches professionnelles séparent quotidiennement le couple et il se peut même que, de temps à autre, le mari prenne la liberté de passer la soirée seul dans un bar, de jouer aux cartes avec d'autres consommateurs ou de se livrer à tout autre occupation indépendante.

La sociologie a précisément fait de ce lien social et de ses limites le double thème de ses investigations traditionnelles. Dans les sociétés occidentales, l'accord formel,

ou contrat, exprime le double aspect de cette relation en sanctionnant, par le même acte écrit, le lien créé et les limites de sa validité. Mais on ne peut pas se contenter de constater cette dualité du contrat. Depuis les travaux de Durkheim, nous savons que tout contrat présuppose des clauses non formulées sur la personne des contractants². En s'accordant sur ce qu'elles se doivent ou ne se doivent pas, les parties acceptent tacitement les dispositions générales de validité, les droits et obligations contractuelles, les diverses conditions d'invalidation et la légitimité des types de sanctions encourues en cas de rupture de contrat. Les parties s'accordent aussi tacitement sur leur compétence juridique, leur bonne foi et les limites entre lesquelles se fonde la sincérité du contrat. Renoncer par contrat à certaines prérogatives, s'en réserver d'autres, c'est, tacitement, de la part de chacune des parties, reconnaître qu'elle jouit effectivement de ces prérogatives et peut en disposer, par contrat, en toute légitimité. Bref, passer un contrat, c'est s'affirmer en tant qu'individu doté d'une personnalité et d'une existence précises. Le contrat le plus insignifiant, qui définit minutieusement les droits et les devoirs d'un individu, repose donc parfois sur un nombre considérable de présupposés qui concernent la personnalité de cet individu.

Ces présupposés relatifs à la nature des contractants prennent une importance beaucoup plus considérable encore lorsqu'il s'agit de liens moins rigides que ceux créés par le contrat, dont la forme juridique a précisément été conçue pour assurer le maximum d'indépendance à l'égard des humeurs et de la personnalité des contractants. Ainsi, dans les rapports d'amitié ou de parenté qui permettent, dit-on, de tout demander qui ne soit explicitement exclu, la condition nécessaire et suffisante pour être un bon ami ou un frère loyal est de posséder personnellement les qualités qui font les bons amis ou les frères loyaux. De même, si un individu ne parvient pas à entretenir décemment sa femme et ses quatre enfants, c'est qu'il est totalement dépourvu des qualités qui font les bons pères et les bons époux.

2. Émile Durkheim, *Leçons de sociologie, physique des mœurs et du droit*, Paris, P. U. F., 1950, p. 206-246.

La question qui se pose alors est de savoir comment l'individu assume la définition de lui-même impliquée par ces liens. Plusieurs possibilités-limites lui sont offertes : il peut faillir ouvertement à ses obligations, rompre le lien et faire preuve de cynisme face aux regards de mépris qu'on lui lance ; il peut aussi rejeter toutes les implications personnelles de son engagement, tout en ayant soin d'éviter que ce refus ne se manifeste dans le moindre de ses actes ; il peut, enfin, adopter les caractéristiques impliquées par son engagement et se conformer à ce que l'on attend de lui. Pratiquement, l'individu se tient le plus souvent à l'écart de ces positions extrêmes. Il refuse de s'aligner totalement sur les exigences impliquées par son adhésion, laisse voir une partie de ses réticences, mais remplit malgré tout ses obligations majeures. Cette volonté de distanciation et les comportements caractéristiques qui l'expriment constituent l'objet de la présente étude. La plupart des exemples sont tirés de l'observation de la vie d'un hôpital psychiatrique, qui représente une catégorie d'« organisations réglementées à des fins utilitaires » (*instrumental formal organizations*).

II. DIVERSITÉ DES FONCTIONS D'UNE INSTITUTION.

Une « organisation réglementée à des fins utilitaires » est une institution dont le système d'activités est coordonné dans le dessein manifeste d'atteindre certains objectifs constamment affirmés. Cette fin peut consister en productions artistiques aussi bien qu'en services, décisions ou renseignements, et chacun des participants peut en bénéficier de manières diverses. Nous étudierons essentiellement les organisations réglementées dont l'activité se déroule entièrement à l'intérieur d'un seul bâtiment ou d'un complexe de bâtiments contigus et que nous nommerons, pour plus de commodité, établissements, institutions ou organismes communautaires.

On peut faire des réserves sur la manière dont ce sujet est habituellement abordé. Ces organisations peuvent poursuivre des buts officiels multiples et

contradictoires, chacun d'eux ayant ses propres artisans, en sorte que l'on peut se demander quel est le groupe qui exprime véritablement l'organisation. En outre, s'il existe des institutions dont toutes les activités, même secondaires, s'ordonnent par rapport à des buts déterminés (réduction des frais de fonctionnement ou aseptie par exemple), il en est d'autres, comme les clubs ou les centres de loisirs, dont les buts sont trop imprécis pour qu'une étude détaillée de la vie interne de l'établissement puisse s'y référer. Dans d'autres établissements, la fonction patente peut jouer un rôle minime, l'essentiel étant alors le souci d'assurer la conservation ou la survivance de l'organisation elle-même. Enfin, les murs et autres limites dans lesquelles elles s'inscrivent peuvent finalement ne constituer qu'un trait fortuit et non caractéristique de ces organisations³.

Les organisations dont l'activité se déroule entre quatre murs présentent une caractéristique qu'elles partagent avec quelques autres entités sociales : une partie des obligations de leurs membres consiste à participer publiquement et au moment opportun à l'activité de l'institution, ce qui suppose une mobilisation de l'attention, un effort musculaire et une tension de tout l'être. Cet accaparement forcé finit par symboliser aussi bien l'engagement que l'attachement de l'individu à l'organisation : celui-ci montre ainsi qu'il accepte la définition de lui-même qui est impliquée par cette participation. Pour étudier la manière dont les individus acceptent cette identification et cette définition d'eux-mêmes, il faut donc examiner en premier lieu leur comportement face aux activités de l'organisation.

III. L'EMPRISE DE L'INSTITUTION.

Une organisation utilitaire ne survit que si elle est capable de susciter chez ses membres une contribution active qui présente une utilité, ce qui implique la nécessité de définir explicitement les moyens et les fins. Cependant,

3. Argument avancé par Amitai Etzioni au cours d'une conversation privée.

comme le montre Chester Barnard, une organisation agissant par le truchement de sa direction doit fixer les limites au-delà desquelles elle ne peut compter sur la contribution active de ses membres⁴. L'homme passe pour être faible : il faut user envers lui de compromis, lui témoigner de la considération et des égards. La manière spécifique dont s'expriment ces limites à l'utilisation des participants dans un milieu culturel donné, constitue une caractéristique très importante de ce milieu⁵.

Schématiquement, dans la mesure où l'on accepte d'assimiler, selon le point de vue adopté ici, l'organisation à ses dirigeants, les caractéristiques suivantes résument de manière approximative la représentation que les Anglo-américains se font de ces limites :

En premier lieu, pendant sa période de participation active à l'organisation, tout membre bénéficie d'un certain bien-être, supérieur au minimum nécessaire à la conservation biologique de l'organisme humain, c'est-à-dire d'un certain niveau de confort, de santé, de sécurité ; il bénéficie aussi de certaines garanties qualitatives et quantitatives pour l'effort qu'on lui demande d'accomplir ; on prend en considération son appartenance à d'autres organisations qui ont des droits sur lui ; on lui confère également le droit de se retirer de l'organisation et de se mettre en congé, de formuler des griefs et même de faire appel ; enfin, au moins au niveau des déclarations publiques, on lui confère le droit à la dignité, à la liberté d'expression et à l'initiative personnelle⁶. Ces garanties prouvent qu'un homme ne se définit pas simplement par sa participation à telle ou telle organisation.

En second lieu, selon ce système de représentations, un individu coopère de son plein gré parce qu'il trouve

4. Chester Barnard, «The Economy of Incentives», *The Functions of the Executive*, Cambridge, Harvard University Press, 1947, ch. XI.

5. Le point concernant les institutions économiques a été récemment fait par Talcott Parsons et Neil J. Smelser, «The Institutional Structure of the Economy», chap. III, *Economy and Society*, Glencoe Ill., The Free Press, 1956. On trouve dans Reinhard Bendix, *Work and Authority in Industry*, New York, Wiley, 1956, un exposé détaillé relatif aux organisations industrielles.

6. Bendix, «Managerial Conception of the Worker», *op. cit.*, p. 288-97.

dans l'organisation un ensemble de «valeurs associées» (*joint values*) dans lesquelles se confondent, pour des raisons intrinsèques aussi bien que stratégiques, son propre intérêt et celui de l'organisation. Parfois, c'est l'individu qui s'identifie aux buts et au destin de l'organisation; c'est le cas de quiconque s'enorgueillit de son école ou de son lieu de travail. En d'autres circonstances, c'est en quelque sorte l'organisation qui s'introduit dans le destin individuel d'un sujet, comme lorsqu'un membre d'une équipe médicale se prend d'une véritable passion pour la guérison d'un malade. Dans la plupart des organisations, les motivations de l'individu relèvent en proportion variable de ces deux types de valeurs associées.

En troisième lieu, on admet parfois la nécessité de fournir des «stimulants» sous forme de récompenses ou de rétributions officieuses: on reconnaît ainsi clairement que les intérêts fondamentaux de l'individu diffèrent de ceux de l'organisation⁷. Certains de ces stimulants consistent en récompenses dont le bénéficiaire peut user selon son bon plaisir à l'extérieur de l'établissement, en dehors du contrôle des autres membres de l'organisation: rétributions en argent, formation professionnelle et remise de diplômes constituent l'essentiel de ce type de récompenses. D'autres stimulants agissent à l'intérieur de l'établissement: ce sont les menus avantages qui ne se conçoivent que dans ce cadre. Parmi les plus importants, citons les promotions internes et la possibilité de mieux profiter des facilités offertes par l'institution. Au nombre des stimulants qui relèvent simultanément de ces deux types, on peut citer les titres qui accompagnent certaines fonctions dites «d'exécution».

Enfin il est possible d'amener les participants à coopérer bon gré mal gré en les menaçant de peines ou

7. Suivant notre façon d'envisager le problème, il nous est facile de distinguer les buts de l'organisation et la rétribution des employés, alors qu'en fait il peut arriver que ceux-ci coïncident. On peut définir le but de l'organisation comme l'attribution aux employés de récompenses pour leur consommation privée: en ce sens, il n'y a aucune différence entre la rétribution d'un concierge et les bénéfices d'un capitaliste. Cf. R. M. Cyert et J. G. March, «A Behavioral Theory of Organizational Objectives», in Mason Mair, *Modern Organization Theory*, New York, Wiley, 1959, p. 80.

de sanctions. Ces stimulants négatifs peuvent consister en une réduction très sensible des récompenses ou du niveau de bien-être habituels, mais ils peuvent être aussi d'une autre nature: l'idée que la punition puisse constituer un moyen efficace pour susciter l'activité désirée suppose une conception de la nature humaine différente de celle qui sous-tend la croyance en l'effet motivant des stimulants. La peur de la sanction semble suffisante pour empêcher l'individu d'accomplir ou de ne pas accomplir certains actes. Mais il faut, semble-t-il, des stimulants positifs si l'on veut obtenir un effort personnel soutenu et de longue portée.

Ainsi, dans notre société, comme dans d'autres sans doute, une «organisation utilitaire» ne se contente pas d'utiliser l'activité de ses membres, elle définit aussi les normes officielles en fait de bien-être, de valeurs associées, de stimulants et de sanctions. Ces conceptions élèvent un simple contrat de participation aux dimensions d'une définition de la nature et de l'être social du participant. Ces représentations implicites constituent un élément important des valeurs que défend toute organisation, indépendamment de son degré d'efficacité ou de son apparence impersonnelle⁸. Les dispositions sociales propres à toute organisation impliquent donc une conception très précise de ses membres, une conception qui, d'ailleurs, ne les concerne pas seulement en tant que membres, mais plus profondément en tant qu'êtres humains⁹.

Les mouvements politiques extrémistes et les sectes évangélistes où l'on préconise à la fois un style de vie spartiate et l'usage intensif et permanent des «valeurs associées» illustrent bien cette conception de l'homme. Dans de telles organisations, les membres sont censés se mettre à la disposition du mouvement pour répondre à ses besoins. En leur disant ce qu'ils doivent faire, et

8. Pour une étude plus complète des valeurs attachées aux tâches imposées par les organisations économiques, se reporter à Philip Selznick, *Leadership in Administration*, Evanston Ill., Row, Peterson & Cie, 1957.

9. Pour l'étude d'un cas particulier, cf. Alvin Gouldner, *Wildcat Strike*, Londres, Routledge et Kegan Paul, 1955, et plus précisément «The Indulgency Pattern», p. 18-22, où il souligne ce qu'attendent moralement les travailleurs de l'organisation en dehors des termes officiels du contrat.

pourquoi ils doivent avoir envie de le faire, l'organisation est censée leur dire tout ce qu'ils peuvent être. Sans doute y a-t-il des occasions de rechute, et, même si ces rechutes ne sont pas fréquentes, leur seule éventualité peut causer bien des soucis, car elle pose clairement la question de l'identité et de la définition du moi¹⁰. Mais on ne saurait négliger le fait que, si l'institution offre officiellement des stimulants externes et prétend explicitement détenir, au moins partiellement, le droit de contrôler la loyauté, l'emploi du temps et l'esprit de ses membres, ceux-ci, en acceptant ces conditions, acceptent du même coup une certaine idée de leurs propres motivations et, par là, de leur identité, quoi qu'ils fassent par ailleurs de leurs récompenses et indépendamment de la manière dont ils se sentent ou se montrent liés à l'organisation. Dans la mesure où les intéressés eux-mêmes jugent de tels présupposés parfaitement naturels et acceptables, il n'est pas étonnant que ceux-ci passent ordinairement inaperçus aux yeux des étrangers qui les étudient, mais ils n'en existent pas moins. Un hôtel où, par respect pour les clients, on refuse autant que possible de se mêler de leurs affaires privées et un camp de lavage de cerveau où l'on affirme qu'aucun secteur de la vie du prisonnier ne doit échapper aux investigations se ressemblent sur un point : tous deux se font de leur pensionnaire une conception globale qui le concerne au premier chef et avec laquelle il est censé être d'accord.

Les situations extrêmes sont pourtant particulièrement riches en enseignements, moins sur les formes les plus spectaculaires de loyauté ou de trahison que sur les petits faits de la vie quotidienne. Peut-être est-ce seulement en étudiant, dans les mémoires d'idéalistes scrupuleux comme les prisonniers politiques ou les objecteurs de conscience, les problèmes que pose le degré de « coopération » permise avec les autorités, que l'on commence à voir tout ce qu'implique pour la personnalité la moindre concession à l'organisation. Ainsi le fait de répondre à une demande polie — ne parlons pas d'un ordre — cautionne déjà en partie la légitimité de la ligne de conduite adverse.

10. Isaac Rosenfeld en donne une bonne description dans son récit « The Party », *The Kenyon Review*, automne 1947, p. 572-607.

Pour un prisonnier, accepter des privilèges comme le droit de se donner de l'exercice dans la cour ou de détenir ce qu'il faut pour peindre revient à accepter, dans une certaine mesure, la conception qu'a le geôlier des désirs et des besoins du prisonnier ; c'est aussi s'exposer à devoir montrer quelque reconnaissance et un certain esprit de coopération (ne serait-ce qu'en prenant ce qui est offert) et par là donner au geôlier le droit de vous juger¹¹. Le problème de la collaboration avec l'ennemi est ainsi posé. Un prisonnier à qui un gardien demande aimablement de montrer ses peintures à des visiteurs peut se croire tenu de refuser de peur que cette simple marque de coopération ne soit interprétée comme une légitimation de la conception que celui-ci a du prisonnier¹². De même, s'il est trop évident que le prisonnier politique qui meurt sans parler sous la torture est en total désaccord avec la conception que se font ses bourreaux de ses propres motivations et par conséquent de sa nature d'homme, la situation du prisonnier de guerre comporte des enseignements moins évidents peut-être, mais non moins importants : soumis à un interrogatoire subtil, un prisonnier tant soit peu scrupuleux peut finir par penser que même le silence qu'il oppose aux questions peut être interprété utilement et faire ainsi de lui un collaborateur involontaire ; la situation acquiert de ce fait un pouvoir de définition personnelle auquel le prisonnier ne peut se soustraire simplement par la fermeté et la sincérité¹³.

Les prisonniers qui entretiennent des scrupules moraux ne sont naturellement pas les seules personnes de haute conscience dont le comportement permette de découvrir tout ce qu'implique pour l'individu le fait de participer à une organisation, même au niveau de certains détails. Ces oisifs conscients et organisés qui, sans bourse délier, vivent d'expédients dans une ville comme New York, forment un groupe également intéressant. En errant à

11. Voir, par exemple, Lowell Naeve, « A Field of Broken Stones » in Holley Cantine et Dachine Rainer eds, *Prison Etiquette*, New York, Retort Press, Bearsville, 1950, p. 28-44.

12. *Ibid.*, note 11, p. 35.

13. Albert Biderman, « Social-Psychological Needs » et « Involuntary Behavior As Illustrated by Compliance in Interrogation », *Sociometry*, 1960, XXIII, p. 120-47, surtout p. 126-28.

travers la ville, ils l'apprécient en fonction des possibilités qu'elle leur offre de manger, de se chauffer ou de dormir gratuitement, et cela fait apercevoir que, dans ce genre de situation, les gens ordinaires sont censés avoir d'autres préoccupations : celles-là même que leur caractère leur commande. Découvrir tout ce que comporte la bonne utilisation des institutions d'une ville, c'est saisir du même coup le tempérament et les préoccupations que l'on impute à ses citoyens et qui passent, aux yeux de ces derniers, pour légitimes. Comme le rappelle un ouvrage populaire récent¹⁴, la Grande Gare principale est faite pour les gens qui partent en voyage ou viennent chercher des amis ; ce n'est pas un endroit pour vivre ; de même une rame de métro est faite pour voyager, un salon d'hôtel pour rencontrer des gens, une bibliothèque pour lire, une issue de secours pour s'échapper en cas d'incendie, une salle de cinéma pour voir des films, et quiconque utilise ces lieux comme chambre à coucher ne manifeste pas la motivation habituellement approuvée par la société. L'histoire de cet homme qui se rendait dans une clinique chirurgicale chaque après-midi d'un long mois d'hiver pour rendre visite à une jeune fille qu'il connaissait à peine, parce que la clinique était chauffée¹⁵, nous fait découvrir que, dans un hôpital, les visiteurs peuvent avoir les intentions les plus diverses, mais que là comme dans n'importe quelle autre entité sociale on peut abuser et tirer profit des possibilités offertes et utiliser en somme l'établissement d'une façon qui ne correspond en rien à la fonction que ses usagers lui attribuent. De même, lorsque nous savons que certains pickpockets professionnels, parce qu'ils ont trop d'amour-propre pour acheter purement et simplement ce dont ils ont besoin, commettent des larcins sans grande importance mais dangereux¹⁶, nous mesurons combien les emplettes que nous effectuons dans nos Monoprix peuvent être révélatrices de notre personnalité.

14. Edmund G. Love, *Subways Are for Sleeping*, New York, Harcourt Brace & Cie, 1957.

15. *Ibid.*, p. 12.

16. David Maurer, « Whiz Mob », publicat. n° 24 de *American Dialect Society*, 1955, p. 142.

Le décalage actuel entre l'opinion officielle d'une organisation sur ses membres et l'opinion personnelle de ceux-ci se manifeste particulièrement dans l'industrie, à propos de la recherche des stimulants légitimes et de l'acception donnée au concept de « travailleur assidu ». Selon le point de vue de la direction, les employés veulent généralement travailler de façon continue pour faire des économies et avoir de l'ancienneté. Pourtant, si l'on observe certaines classes inférieures de travailleurs urbains et les nombreux travailleurs issus de bidonvilles et élevés en marge de la société industrielle, il est difficile d'affirmer que le concept de « travailleur assidu » leur convienne. Ainsi, au Paraguay :

« La façon dont se comportent les ruraux lorsqu'il travaillent pour un salaire est instructive. L'opinion la plus fréquente, et aussi la plus idéalisée, veut qu'en travaillant pour quelqu'un on lui rende un service personnel et que les gages perçus en retour soient autant de cadeaux ou de marques d'estime. Plus secrètement, on considère le travail rémunéré comme le moyen de se constituer un petit pécule dans un dessein précis. On ne considère pas le travail comme une marchandise que l'on vend ou achète de façon impersonnelle, pas plus que l'on ne regarde le fait de travailler pour un employeur comme un moyen possible d'assurer son existence. Le roulement de la main-d'œuvre dans les rares plantations et la briquetterie s'effectue à un rythme rapide parce qu'en règle générale, dès qu'un travailleur a mis de côté la petite somme qu'il s'était donné pour but d'amasser, il s'en va. Les employeurs étrangers au Paraguay ont décidé dans certains cas de payer des salaires supérieurs aux rémunérations courantes de façon à obtenir la main-d'œuvre la plus qualifiée et à avoir des ouvriers satisfaits qui seraient plus stables. La conséquence de l'augmentation des salaires fut inverse : le roulement de la main-d'œuvre s'accéléra. On n'avait pas compris que ceux qui travaillent pour un salaire ne le font qu'occasionnellement, pour obtenir une certaine somme : plus vite la somme est atteinte, plus vite ils s'en vont¹⁷. »

17. E. R. et H. S. Service, *Tobati, Paraguayan Town*, Chicago, University of Chicago Press, 1954, p. 126.

Les organisations industrielles ne sont pas seules à découvrir que certains de leurs membres définissent leur situation de manière imprévue. Il en est de même dans les prisons : lorsqu'un prisonnier ordinaire est mis en cellule, il peut endurer les privations que la direction avait prévues, mais pour un Anglais des couches aisées qui se trouve jeté au milieu des bas-fonds de la société anglaise la réclusion solitaire peut prendre une signification inattendue :

«Durant les cinq premières semaines de ma peine, mises à part les deux heures de travail de la matinée et de l'après-midi et les périodes d'exercice, j'étais enfermé dans ma cellule, seul par bonheur. La plupart des prisonniers redoutaient les longues heures où ils étaient enfermés, mais au bout de quelque temps j'en vins à attendre avec impatience le moment où je me trouverais seul comme un soulagement bienheureux, parce que je n'aurais plus à subir les vociférations des gardiens, ni à écouter le langage constamment ordurier des autres prisonniers. Je passais la plus grande partie de ces heures de solitude à lire¹⁸.»

Un fonctionnaire de l'administration française en Afrique Occidentale nous donne un exemple encore plus caractéristique :

«Quant à l'emprisonnement, il n'est pas toujours compris de la même manière par tous les peuples d'Afrique Occidentale Française. Ici, c'est une espèce d'aventure qui n'a rien de déshonorant en soi ; ailleurs, au contraire, c'est comme si l'on était condamné à mort. Il y a des Africains qui, si vous les mettez en prison, deviennent en quelque sorte des domestiques et finissent par se prendre pour des membres de votre famille. Mais si vous emprisonnez un Fulani, il meurt¹⁹.»

18. Anthony Heckstall-Smith, *Eighteen Months*, Londres, Allan Wingate, p. 34.

19. Robert Delavignette, *Freedom and Authority in French West Africa*, International African Institute, Londres, Oxford University Press, 1950, p. 86. En résumé, des murs de pierre ne font pas nécessairement une prison — thème traité sous ce titre dans un chapitre de l'ouvrage de Evelyn Waugh, *Decline and Fall*.

La direction de l'organisation exprime une conception idéologique de l'essence humaine de ses membres, qui revêt ici une grande importance. On ne peut cependant limiter la discussion à cet aspect du problème²⁰ : il faut aussi étudier l'*action* entreprise par la direction dans la mesure où cette action exprime également une certaine conception des individus qu'elle concerne²¹. Là encore, les prisons fournissent un excellent exemple. Au niveau de l'idéologie, l'administration pénitentiaire peut partir du principe (ce qu'elle fait d'ailleurs parfois) que le prisonnier doit accepter, sinon admettre sans réserve, le fait d'être en prison, puisque ces établissements (du moins les plus «modernes» d'entre eux) sont censés lui permettre de payer sa dette envers la société, d'intérioriser le respect de la loi, de méditer sur ses fautes, d'apprendre un métier honnête et, dans certains cas, de bénéficier du traitement psychothérapeutique dont il a besoin. Mais au niveau de la pratique, la direction pénitentiaire s'organise essentiellement autour des questions de «sécurité», c'est-à-dire sur les moyens de prévenir les désordres et les évasions, la volonté de s'échapper avant d'avoir purgé sa peine, si on lui en donne la moindre chance, venant au premier plan parmi les caractères que la direction attribue au prisonnier. De surcroît, le désir d'évasion des prisonniers et la volonté généralement répandue parmi eux de réprimer ce désir en raison des risques de capture et de punition qu'ils encourrent exprime sur le mode implicite plus qu'explicite un accord avec le point de vue de la direction. Une situation de conflit et d'hostilité intenses entre la direction et les prisonniers ne les empêche donc pas d'être d'accord sur certains caractères de la nature du reclus.

Il paraît donc légitime d'étudier la participation à l'organisation sous un angle particulier. L'important n'est pas tant de savoir ce que le participant est censé devoir

20. Cf. Bendix, *op. cit.*

21. Pour les motivations d'ordre économique, cf., par exemple, Donald Roy, «Work Satisfaction and Social Reward in Quota Achievement: An Analysis of Piecework Incentive», *American Sociological Review*, 1953, XVIII, p. 507-14, et William F. Whyte *et al.*, *Money and Motivation*, New York, Harper, 1955, surtout p. 2 où Whyte discute les conceptions de la direction sur la nature humaine de l'ouvrier à travers les dispositions qui régissent le travail aux pièces.

faire, ni ce qu'il fait réellement, mais le fait que l'activité prévue dans l'organisation implique une certaine conception de l'exécutant et que, par conséquent, l'organisation puisse être tenue pour un milieu capable d'engendrer des attributs d'identification. En franchissant le seuil de l'établissement, l'individu contracte l'obligation de prendre conscience de la situation, d'en accepter les orientations et de s'y conformer. Lorsqu'il participe à une activité donnée, il contracte l'obligation de s'engager lui-même dans cette activité du moment. Par cette orientation, par cette mobilisation de son attention et de ses efforts, il fonde de toute évidence son attitude envers l'établissement, et implicitement la conception de lui-même que lui offre cet établissement. Se livrer à une activité particulière dans l'esprit requis, c'est accepter d'être un type particulier d'individu dans un univers particulier.

Une fois admis qu'un établissement social est un milieu susceptible d'engendrer certaines conceptions de la personnalité, on pourra, en poussant plus avant l'analyse, le considérer aussi comme un milieu dont les membres réagissent systématiquement à ces conceptions. S'abstenir de participer à certaines activités prescrites ou y participer d'une manière ou dans une intention qui ne sont pas conformes aux prescriptions, c'est prendre ses distances par rapport au personnage officiel et à l'univers imposé. Prescrire une activité, c'est prescrire un univers ; se dérober à une prescription, ce peut être se soustraire à une identification.

Les musiciens qui participent à un récital de musique à Broadway sont censés se présenter à l'heure, vêtus selon l'usage, connaissant leur partition et parfaitement conscients de leur mission. Une fois dans la fosse, ils sont censés s'absorber, l'air attentif et guindé, dans leur jeu ou dans l'attente de leur attaque. En tant que musiciens, ils sont censés, enfin, faire effort pour s'incorporer totalement à l'univers musical. Tel est le personnage que la fosse d'orchestre et l'activité musicale leur imposent. Mais, une fois leur partition apprise, ils n'ont plus rien à faire et ils se trouvent, de plus, à demi cachés de ce public qui leur demande d'être seulement des musiciens en action. Ils ont alors tendance, malgré leur immobilité, à laisser leur esprit vagabonder, loin de leur travail, et à

jouer subrepticement un personnage différent dans un monde totalement étranger à la salle de concerts. En prenant soin qu'on ne les voie pas, il leur arrive d'écrire des lettres, de composer, de relire les classiques, de faire des mots croisés, de s'envoyer de petites notes, de jouer aux échecs sur un jeu glissé au ras du plancher ou de s'amuser à se faire des farces avec des pistolets à eau. Évidemment, si un musicien qui a dans sa poche un petit poste à écouteurs fait soudain sursauter les auditeurs du premier rang en commentant à voix haute les nouvelles qu'il entend²², il est clair qu'il sort du rôle et de l'univers qui lui avaient été assignés, comme les protestations du public auprès de la direction l'attestent.

Second exemple, dans un camp allemand de prisonniers de guerre²³ : un prisonnier qui croise un gardien sans que son comportement prête à la moindre critique peut sembler parfaitement intégré au camp et accepter parfaitement sa captivité. Mais il se peut que ce prisonnier cache sous son manteau deux barres de lit pour étayer un tunnel d'évasion. Le prisonnier n'est donc pas tel qu'il apparaît au gardien, et son monde réel n'est pas celui que le camp est censé lui imposer : il est physiquement présent au camp mais, dans sa nature profonde, il l'a quitté. En outre, puisqu'un manteau peut dissimuler la preuve indéniable de cet abandon et puisqu'une certaine apparence personnelle, qui inclut l'habillement, va de pair avec la participation à l'organisation, *n'importe quelle* attitude prise par *n'importe qui* peut dissimuler le fait que l'on a pris congé en esprit de l'institution.

Toute organisation impose donc une contrainte mais, ce qui nous intéresse ici, c'est qu'à un certain stade elle implique aussi une contrainte de l'être lui-même, c'est-à-dire l'obligation d'avoir tel trait de caractère et de participer à tel univers. Le but de cette étude est d'examiner cette forme particulière d'absentéisme qui consiste à prendre ses distances, non par rapport à une activité, mais par rapport à un personnage prescrit.

22. Albert M. Ottenheimer, «Life in the Gutter», *The New Yorker*, 15 août 1959.

23. P. R. Reid, *Escape from Colditz*, New York, Berkley Publishing Corp., 1956, p. 18.

B. ADAPTATIONS PRIMAIRES ET ADAPTATIONS SECONDAIRES.

I. LES DIFFICULTÉS DE LA DISTINCTION.

Dans notre type de société, lorsqu'un individu collabore à une organisation en participant à une activité demandée dans les conditions requises, sous l'impulsion des motivations courantes telles que la recherche du bien-être qu'offre l'institution, l'énergie que procurent stimulants et valeurs associées et la crainte de sanctions prévues, il se transforme en «collaborateur» et il devient un membre «normal», «programmé» ou incorporé. Il donne et reçoit, avec l'état d'esprit requis, ce qui a été systématiquement décidé, qu'il lui en coûte personnellement peu ou beaucoup. Bref, il découvre qu'on lui demande officiellement de n'être ni plus ni moins que ce à quoi il est préparé et se trouve obligé de vivre dans un univers qui est fait pour lui. Nous dirons dans ce cas qu'il y a de la part de l'individu «adaptation primaire» (*primary adjustment*) à l'organisation, en négligeant le fait qu'il serait aussi juste de parler de l'adaptation primaire de l'organisation à l'individu.

J'ai fabriqué cette expression assez barbare pour en introduire une seconde, celle d'«adaptation secondaire» (*secondary adjustment*) qui caractérise toute disposition habituelle permettant à l'individu d'utiliser des moyens défendus, ou de parvenir à des fins illicites (ou les deux à la fois) et de tourner ainsi les prétentions de l'organisation relatives à ce qu'il devrait faire ou recevoir, et partant à ce qu'il devrait être. Les adaptations secondaires représentent pour l'individu le moyen de s'écarter du rôle et du personnage que l'institution lui assigne tout naturellement. Par exemple, on affirme couramment en Amérique que l'on doit accorder aux prisonniers l'accès à une bibliothèque,

sous prétexte que la lecture peut et doit leur être intellectuellement bénéfique. Cependant, si on leur donne ce droit, il est facile de penser, comme le montre Donald Clemmer, que souvent ce n'est pas pour s'enrichir l'esprit que les prisonniers commandent des livres, mais pour impressionner favorablement la commission des libérations sur parole, ou pour ennuyer le bibliothécaire, ou tout simplement pour recevoir un paquet²⁴. Il existe certes des expressions sociologiques consacrées pour désigner ces adaptations secondaires, mais elles peuvent également s'appliquer à d'autres situations: ainsi, on pourrait employer le terme «non réglementé» (*informal*) mais une organisation peut procurer tout à fait réglementairement à ses membres du temps et de l'espace qu'ils peuvent officiellement utiliser pour leurs loisirs comme bon leur semble: ils peuvent alors se comporter avec toute l'absence de formalisme qui caractérise les activités privées. Tel est le cas des récréations à l'école. L'absence de réglementation officielle relève ici de l'adaptation primaire. On pourrait aussi employer le terme d'«officieux» (*unofficial*), mais ce concept n'a de sens que par rapport à tout ce qui serait normalement officiel dans l'organisation; de plus, il s'applique parfaitement à ces ententes tacites, ces activités libres qui permettent de servir les buts officiels de l'organisation et qui conduisent les participants à la meilleure adaptation primaire possible²⁵.

24. Donald Clemmer, *The Prison Community*, New York, Rinehart, nouvelle édition, 1958, p. 232.

25. L'étude classique faite à Hawthorne sur les organisations de travail non réglementées et officieuses montre que la solidarité des travailleurs semble avoir pour fonction essentielle de s'opposer aux conceptions de la direction sur ce qu'ils doivent faire et sur ce qu'ils doivent être. En ce cas, adaptations secondaires et adaptations non réglementées désigneraient la même chose. Cependant, des études plus récentes ont illustré le fait que dans le travail certains groupements non réglementés pouvaient assumer des activités parfaitement compatibles avec le rôle imparti aux ouvriers par la direction et même durcir ce rôle. Cf. Edward Gross, «Characteristics of Cliques in Office Organizations», XIX, *Research Studies*, State College of Washington, 1951, surtout p. 135. «Some functional Consequences of Primary Controls in Formal Work Organizations», *American Sociological Review*, XVIII, 1953, p. 368-73. De toute évidence, l'administration peut choisir, tout autant que ses subordonnés, une efficacité fondée sur la réalité des rapports humains plutôt qu'une pseudo-rationalité formaliste, ce qui revient toujours à choisir certains buts officiels parmi

L'emploi du concept d'adaptation secondaire entraîne cependant un certain nombre de difficultés. Sous certaines formes, comme lorsqu'un travailleur fait bénéficier sa famille des produits qu'il fabrique, ces adaptations font si indiscutablement partie du fonctionnement de l'organisation qu'elles revêtent le caractère de «petits profits» ayant le double avantage de n'avoir pas à être sollicités et de ne pas exposer à des questions indiscrètes²⁶. En outre, certaines de ces activités ne sont pas de celles que l'on se soucie de légitimer rapidement: pour garder leur efficacité, elles doivent rester officieuses. Comme l'a montré Melville Dalton, il faut parfois sanctionner les compétences particulières d'un membre de l'organisation par des récompenses qu'il est le seul à recevoir; ce que ce privilégié considère comme un avantage qu'il a acquis lui-même (adaptation secondaire) peut en fait lui avoir été accordé délibérément par un fonctionnaire consciencieux, soucieux de maintenir l'efficacité générale de l'organisation²⁷. En

d'autres buts officiels qui leur font concurrence. Cf. par exemple Charles Page, «Bureaucracy's Other Face», *Social Forces*, XXV, 1946, p. 88-94; A. G. Frank, «Goal Ambiguity and Conflicting Standards: An Approach to the Study of Organization», *Human Organization*, XVII, 1959, p. 8-13. Cf. aussi l'étude très remarquable de Melville Dalton, *Men who Manage*, New York, Wiley, 1959, par ex. p. 222. «L'action non réglementée peut se proposer de nombreux buts: changer l'organisation et la préserver, protéger les faibles, punir les fautifs, récompenser les autres, recruter du personnel nouveau, maintenir la dignité de ce qui est réglementé aussi bien que faire du conflit de prérogatives un principe de direction et travailler à des fins qui nous feraient tous sourciller.»

26. Cf. par exemple l'exposé de Paul Jacob, «Pottering About With the Fifth Amendment», *The Reporter*, 12 juillet 1956.

27. Dalton, *op. cit.*, surtout ch. VII: «The Interlocking of Official and Unofficial Reward». Dalton montre (p. 198-99) qu'il existe dans l'industrie, parallèlement à un large éventail de récompenses officieuses, un non moins large éventail de services officieux que la direction doit demander à ses membres si elle veut que l'organisation fonctionne sans à-coups. «Bien qu'en principe la récompense officieuse sanctionne un effort ou un service qui dépassent le cadre normal des fonctions afférentes à un rang donné, elle est parfois accordée à des fins bien différentes. Par exemple, elle peut l'être: 1° pour remplacer une promotion ou une augmentation de salaire impossibles; 2° en guise de gratification pour l'exécution de travaux nécessaires mais désagréables ou dégradants; 3° comme opium, pour faire oublier des défaites rencontrées sur le plan politique ou des contestations relatives au statut; 4° pour se concilier un collègue irrité ou pour sanctionner un accord passé avec un autre service;

outre, ainsi que nous l'avons déjà suggéré, on peut hésiter à identifier les véritables porte-parole de l'organisation et, même lorsqu'il y a accord sur ce point, ces représentants peuvent hésiter à faire le partage entre adaptations primaires et adaptations secondaires. Par exemple, dans bien des universités américaines, on pense que toute initiative visant à restreindre outrancièrement la part « sociale » des activités extra-universitaires relèverait d'une conception malveillante de la nature estudiantine, opinion d'ailleurs conforme à la nécessité couramment exprimée d'avoir des étudiants « complets » ou « épanouis » ; mais les avis sont plus partagés quand il s'agit de répartir avec précision l'emploi du temps entre le travail académique et les activités extra-universitaires. De même, on comprend et on accepte généralement que bon nombre d'étudiantes rencontrent leur futur mari à l'université et qu'une fois mariées elles trouvent préférable d'abandonner leurs études au lieu de les poursuivre en vue d'obtenir un diplôme. Mais les doyens font preuve d'un enthousiasme mitigé lorsqu'ils voient des étudiantes changer chaque année de sujet d'études en fonction des perspectives de rencontres masculines que les cours leur ouvrent. Même attitude chez les directeurs de bureaux commerciaux : ils peuvent estimer en toute sincérité qu'employés et secrétaires ont parfaitement le droit de nouer des relations personnelles pourvu que cela n'empiète pas sur leur temps de travail, et être tout aussi sincèrement hostiles aux apprenties qui

5°) comme pots de vin, à certaines personnes influentes des milieux cléricaux ou professionnels pour prévenir les lenteurs administratives et soutenir leur vigilance afin de prévenir les erreurs dans les moments critiques ; 6°) comme supplément direct à un salaire bas mais maximum ; 7°) pour récompenser la compréhension et l'aide témoignées pour la défense et le bon fonctionnement du système de stimulants officieux ; 8°) pour sanctionner de grands sacrifices personnels. Il y a bien entendu d'autres cas plus subtils, qui peuvent ne pas être explicités, mais que l'on reconnaît par intuition et que l'on récompense lorsque c'est possible. Ce sont par exemple, le zèle déployé pour maintenir le moral du groupe ou du service, l'habileté à choisir et à conserver de bons subordonnés, la faculté de comprendre tacitement ce que les supérieurs et les collègues attendent, mais ne voudraient pas, dans certains cas, formuler, même à titre officieux ; enfin l'habileté déployée pour permettre aux supérieurs de sauver la face et de maintenir la dignité de l'organisation lorsque les conditions sont les moins favorables.»

restent juste le temps nécessaire à l'inventaire complet des possibilités de flirt et partent pour un nouveau bureau et un nouveau terrain de chasse. Mais la direction se montre beaucoup plus hésitante lorsqu'il s'agit de tracer la ligne de séparation entre ces deux possibilités extrêmes que sont l'usage fortuit et légitime des possibilités offertes par l'établissement et l'abus illégitime de ces possibilités à des fins personnelles.

La distinction entre adaptations primaires et adaptations secondaires n'épuise cependant pas la gamme des possibilités d'adaptation à une institution. Quelle que soit la direction dans laquelle l'administration cherche à orienter ses membres, ceux-ci peuvent manifester un engagement et un attachement à l'établissement plus grands qu'il n'est nécessaire, plus grands même, parfois, que ne le souhaite l'administration. Il est des paroissiens trop empressés à vivre dans l'église et pour l'église, des maîtresses de maison qui tiennent leur intérieur trop propre, des officiers subalternes qui insistent pour couler avec leur navire. Sans doute ne touchons-nous pas là un problème majeur du niveau social, sauf peut-être dans le cas de ces reclus ou pensionnaires qui refusent d'user de leur droit de quitter la prison, l'hôpital psychiatrique, la caserne, l'université ou le foyer familial. Il faut bien noter cependant, pour être complet, qu'il y aura toujours à côté de ceux qui se voient reprocher de ne pas être assez solidaires de l'organisation à laquelle ils appartiennent, d'autres gens qui peuvent gêner l'organisme en embrassant ses buts avec trop de chaleur.

Enfin, dans la pratique, on trouve des cas fréquents où la ligne officielle est tellement négligée au bénéfice d'une doctrine semi-officielle dont l'audience est au contraire si large que c'est par rapport à ce système, autorisé sans doute, mais pas très officiel, qu'il nous faudra analyser les adaptations secondaires.

II. VARIATIONS SOCIO-HISTORIQUES.

De toute évidence, les adaptations primaires ou secondaires doivent être replacées dans leur contexte socio-historique : une adaptation ou un stimulant,

légitimes à une période donnée, dans un milieu social donné, peuvent ne pas le demeurer à une autre période ou dans un autre milieu social. Un condamné américain qui réussit à passer une nuit avec sa femme à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison atteint une sorte de sommet en fait d'adaptation secondaire²⁸ mais pour le détenu d'une prison mexicaine, cela fait partie du minimum de bien-être auquel il peut s'attendre : il s'agit en l'occurrence d'une adaptation primaire. Dans les camps d'internement américains, la fréquentation des prostituées n'est pas conçue comme un besoin susceptible d'être satisfait à l'intérieur de l'établissement ; certains camps de concentration allemands avaient au contraire une vue plus large des besoins essentiels et naturels des hommes²⁹. Au XIX^e siècle, la marine américaine reconnaissait en ses hommes de gros buveurs et leur servait un grog par jour ; aujourd'hui, cela passerait pour une adaptation secondaire. Par contre, Melville raconte qu'à la même époque, dans la marine, on considérait comme un privilège spécial le droit de jouer aux échecs par exemple, pendant les moments de détente³⁰ alors qu'aujourd'hui jouer à bord pendant les temps libres est tenu pour un droit naturel incontesté ; dans l'industrie britannique contemporaine, la journée de huit heures, avec une heure pour le déjeuner et dix minutes le matin pour la pause-café, attestent les conceptions communément admises à l'égard de la personne des travailleurs, mais vers 1830 certaines filatures britanniques partaient du principe que les travailleurs étaient ainsi faits qu'ils n'avaient pas besoin de respirer d'air frais ni de boire d'eau pure, et on mettait à l'amende ceux que l'on surprenait à se procurer par ruse ces plaisirs pendant les heures de travail³¹. À cette époque, en Grande-Bretagne, la conception des employeurs à l'égard de leurs employés reposait sur un pur calcul de rentabilité : il fallait les faire travailler aussi longtemps et aussi dur que

28. Cf. James Peck, *in* Cantine & Rainer, *op. cit.*, p. 47.

29. Cf. Eugen Kogon, *The Theory and Practice of Hell*, New York, Berkeley Publishing Corp., n. d., p. 123-24.

30. Herman Melville, *White Jacket*, New York, Grove Press, n. d., p. 346.

31. Cf. Bendix, *op. cit.*, p. 39.

possible à la seule condition de ne pas compromettre leur possibilité de travailler le lendemain.

Les châtiments corporels sont un bon exemple d'une pratique très révélatrice des croyances relatives à la personnalité des punis et sur laquelle les conceptions ont beaucoup changé. Au VI^e siècle, saint Benoît décrétait que celui qui se trompait en récitant les prières dans l'oratoire devrait recevoir un châtiment corporel³². Cette manière d'inculquer l'obéissance s'est maintenue avec une remarquable continuité dans notre société occidentale à l'égard des enfants. C'est seulement depuis quelques décennies que les écoles américaines estiment que seuls les parents ont le droit de corriger leurs enfants. Dans les cinquante dernières années, notre marine en est venue, elle aussi, à considérer les marins comme des « êtres humains » dotés d'un minimum de dignité, qui ne doivent donc pas recevoir le fouet. Dans la plupart des prisons, la mise au cachot est sérieusement contestée depuis que se répand la conviction que l'isolement est incompatible avec la nature de l'homme et ne doit pas lui être imposé.

Les pratiques religieuses illustrent également la diversité des conditions de la participation sociale. Dans notre société, toute institution à caractère plus ou moins résidentiel respecte la tradition sabbatique, se fondant en cela sur la conviction que la nature de l'homme le pousse toujours à prier, quoi qu'il ait pu faire antérieurement : on lui reconnaît là, en tant qu'être religieux, un droit inaliénable. En vertu de ce principe, on respecte, dans le commerce et l'industrie, le repos dominical et les quelques jours fériés établis à l'occasion des fêtes religieuses. Dans certains pays d'Amérique latine cependant, les entreprises de travail doivent donner beaucoup plus d'importance à ce qui est réputé relever de la nature religieuse de l'homme. Les employeurs des Indiens de l'Équateur par exemple sont parfois obligés de leur accorder jusqu'au tiers de l'année pour leur permettre de célébrer dans des libations les différentes fêtes et les différents événements de leur vie personnelle qui ont un caractère sacré³³.

32. *The Holy Rule of St-Benedict*, ch. 45.

33. Cf. l'exposé très utile de Beate R. Salz, « The Human Element in Industrialization », mémoire n° 85, *American Anthropologist*, LVII, 1955, n° 6, 2^e partie, p. 97-100.

Dans des établissements de même type qui fonctionnent dans les mêmes conditions sociales, et à la même époque, on peut relever aussi des différences appréciables dans la ligne de partage entre adaptations primaires et adaptations secondaires. L'expression d'«avantages marginaux» (*fringe benefits*) * désigne des fins et des moyens que les gens d'un même établissement considèrent comme un dû, mais que ceux d'en face se voient officiellement refuser. À l'intérieur du même établissement, des changements importants interviennent également avec le temps. Il est ainsi arrivé, dans les camps nazis, qu'une organisation interdite de prisonniers dont le but était de faire régner l'ordre dans le camp finisse par se faire officiellement accepter³⁴. De même aux États-Unis il est arrivé parfois que des militants essayent d'organiser clandestinement des syndicats dans les entreprises et les usines et obtiennent ensuite leur reconnaissance officielle comme délégués syndicaux. En tout cas, il est clair qu'à l'intérieur d'un établissement ce qui est adaptation primaire pour les membres d'une catégorie peut être adaptation secondaire pour les membres d'une autre; tel est le cas lorsque les cuisiniers à l'armée parviennent à manger régulièrement mieux que les hommes de leur rang, lorsqu'une bonne déguste en cachette les liqueurs de la maison ou lorsqu'une garde d'enfants utilise son lieu de travail pour organiser une surprise-partie.

Outre ces variations, il faut remarquer que les organisations ont tendance à faire face aux adaptations secondaires, non seulement en rendant la discipline plus stricte, mais aussi en les légitimant partiellement avec l'espoir de regagner ainsi de l'autorité et du pouvoir, même au risque d'abandonner certains de leurs droits sur les participants. Les familles ne sont pas les seules formations sociales à régulariser par le mariage un concubinage antérieur. Étudier le rôle des adaptations secondaires, c'est découvrir en même temps les effets divers des tentatives faites pour les légitimer.

* *Fringe benefits*: expression largement utilisée aux États-Unis pour désigner les gratifications non monétaires, telles que temps libre, nourriture gratuite, etc. que dispensent certains emplois. (N. d. T.).

34. Cf. Kogon, *op. cit.*, p. 62.

III. ADAPTATIONS DÉSINTÉGRANTES ET ADAPTATIONS INTÉGRÉES.

Bien que, jusqu'à présent, les adaptations secondaires n'aient été étudiées qu'en fonction d'une organisation officielle, il ne fait pas de doute qu'elles peuvent se manifester, et se manifestent effectivement, lorsque l'individu se trouve assujéti à des réalités sociales d'un autre type. C'est sous cet angle qu'il faut envisager par exemple le fait de boire de l'alcool par rapport aux règlements des villes «sèches»³⁵, les mouvements clandestins par rapport à l'État, les liaisons sexuelles par rapport à la vie conjugale et l'escroquerie sous toutes ses formes par rapport aux principes de la propriété et de la légalité en vigueur dans le monde des affaires³⁶. De même, les organisations dont l'activité se déroule entre quatre murs ne sont pas les seules qui s'efforcent de maintenir leur autorité en légitimant les adaptations secondaires, c'est-à-dire en les transformant en adaptations primaires, témoin cet exemple qui concerne une administration urbaine:

«À cette époque de l'été, notre police new-yorkaise avec l'aide du corps des pompiers et des services des eaux, du gaz et de l'électricité, doit livrer des escarmouches constantes et dans tous les coins de la ville contre les enfants qui forcent les bouches d'incendie pour s'en faire des douches privées. Cette pratique n'a fait que croître au cours des années et tous les moyens de lutter se sont révélés pratiquement inutiles, aussi bien les punitions que les mesures préventives. En conséquence, police, pompiers et service des eaux essaient de faire admettre un compromis équitable qui leur permettrait de se concilier les bonnes grâces des enfants sans trop compromettre l'approvisionnement en eau de la ville; n'importe quel groupe ou individu honorables (les

35. Cf. par exemple C. K. Warriner, «The Nature and Functions of Official Morality», *American Journal of Sociology*, LXIV, 1958, p. 165-68.

36. Un exposé bien connu de ce thème pour les régimes politiques est développé par David Riesman dans «Some Observations on the Limits of Totalitarian Power», *The Antioch Review*, été 1952, p. 155-68.

demandeurs font l'objet d'une enquête de police approfondie) peut solliciter un bouchon vaporisateur spécial, adaptable sur les bouches d'incendie, semblable à un bouchon ordinaire si ce n'est qu'il est de couleur orange et perforé d'une cinquantaine de trous qui permettent à l'eau de jaillir comme pour une douche, de façon à la fois méthodique, économique et — du moins l'espère-t-on — satisfaisante pour les utilisateurs³⁷.

Mais si l'on se propose d'étudier les adaptations secondaires en fonction d'une entité sociale quelle qu'elle soit, il faut se référer à des unités plus vastes, car il est nécessaire de tenir compte à la fois du lieu où s'effectue réellement cette adaptation et de la « zone d'origine » (« *drawing region* ») de l'intéressé. S'il s'agit d'enfants qui chipent des galettes dans la cuisine maternelle pour les manger dans la cave, ces distinctions ne s'imposent pas, puisque le foyer familial est à la fois l'organisation concernée, la « zone » d'où les intéressés sont issus et, globalement, le lieu où l'événement se produit. Mais, dans d'autres cas, l'organisation n'est pas la seule unité concernée. Il en va ainsi quand les enfants de tout un quartier se rassemblent dans une maison vide pour se livrer à des activités interdites dans leurs familles, ou lorsque les points d'eau situés un peu à l'écart de certaines petites villes attirent tous les jeunes du voisinage en leur procurant le cadre d'activités interdites. Il y a dans chaque ville un « quartier des boîtes » qui draine des hommes mariés de toute la ville, et il y a des villes entières, comme Las Vegas ou Atlantic-City, qui jouent le même rôle à l'échelle de la nation.

Mettre en relation l'endroit où se pratiquent réellement les adaptations secondaires et les lieux d'origine de leurs adeptes présente l'avantage de faire passer le centre d'intérêt du plan de l'individu et de son acte à celui de la collectivité. Sur le plan d'une organisation officielle telle qu'un établissement social, le mouvement correspondant consisterait à passer de l'adaptation secondaire d'un individu à l'ensemble des adaptations que tous les

37. *The New Yorker*, 27 août 1960, p. 20.

membres de l'organisation réalisent individuellement ou collectivement. L'ensemble de ces pratiques forme ce que l'on peut nommer la « vie clandestine » (*underlife*) de l'institution, et est à l'établissement social ce que ses bas-fonds sont à une ville.

Pour en revenir aux établissements sociaux, on constate qu'une des caractéristiques importantes des adaptations primaires consiste en ce qu'elles contribuent à la stabilité de l'institution. Celui qui s'adapte de cette manière à l'organisation lui conserve en principe sa collaboration aussi longtemps qu'elle le veut bien et, s'il s'en va avant ce terme, son départ s'effectue de telle sorte que la transition entre lui et son remplaçant se fasse sans heurts. Cet aspect des adaptations primaires nous amène à distinguer deux types d'adaptations secondaires : en premier lieu, les adaptations « désintégrant » (*disruptive adjustments*), dont les auteurs ont la ferme intention d'abandonner l'organisation ou de modifier radicalement sa structure et qui conduisent, dans les deux cas, à briser la bonne marche de l'organisation ; en second lieu, les adaptations « intégrées » (*contained adjustments*), qui ont ceci de commun avec les adaptations primaires qu'elles acceptent les structures institutionnelles existantes sans faire pression pour un changement radical³⁸, et qui peuvent avoir pour fonction évidente d'infléchir des forces qui seraient, autrement, désintégrant. Les éléments fixes et permanents de la vie clandestine d'une organisation sont donc essentiellement composés d'adaptations intégrées et non d'adaptations désintégrant. Les adaptations secondaires désintégrant ont été étudiées à l'occasion du développement conflictuel des mouvements syndicaux et des infiltrations subversives dans les gouvernements.

38. Richard Cloward a remarqué ce caractère spécifique des adaptations secondaires intégrées. Cf. 4^e cession des *New Perspectives for Research on Juvenile Delinquency*, Helen L. Witmer et Ruth Kotinsky eds, U. S. Department of Health, Education and Welfare, Children's Bureau, publication n° 356, 1956, principalement page 89. Cf. aussi son « Social Control in the Prison », *Social Science Research Council Pamphlet* n° 15, *Theoretical Studies in Social Organization of the Prison*, 1960, p. 20-48, principalement p. 43 sq., où Cloward observe le caractère « conservateur » de l'adaptation chez les reclus d'élite.

Cependant, du fait que les adaptations de ce genre sont, par définition, des manifestations temporaires (la mise au point d'une mutinerie par exemple), le terme d'« adaptation » ne leur convient peut-être pas très bien.

Nous nous limiterons principalement ici aux adaptations intégrées qui seront désignées sous le terme plus simple de « pratiques ». Même si dans leur forme, ces pratiques sont souvent semblables aux adaptations désintégrant, leurs fins sont essentiellement différentes et elles n'intéressent le plus souvent qu'une ou deux personnes (le but recherché étant un gain personnel, et non le renversement de l'ordre). Les adaptations secondaires intégrées portent différents noms populaires selon l'organisation sociale où elles se réalisent. Nos principales sources proviennent d'études sur les relations humaines dans l'industrie et l'univers carcéral. Dans ce dernier cas, on parle d'« adaptations officieuses » ou d'« arrangements » (*conways*)^{39*}.

Ces explications socio-psychologiques sont sans doute légitimes ici, s'agissant de comprendre les gratifications que seules les adaptations secondaires permettent à un individu d'obtenir. Mais ce qu'un individu « tire » précisément d'une pratique n'est sans doute pas le principal chef d'intérêt du sociologue. Pour celui-ci, le premier problème n'est pas de savoir ce que l'adaptation secondaire apporte à celui qui en use, mais plutôt quelle est la nature des relations sociales nécessaires pour son instauration et sa conservation. Ce point de vue structural s'oppose au point de vue utilitariste ou psycho-sociologique. Si nous prenons un individu et l'une de ses adaptations secondaires, nous pouvons placer le problème sur un plan général et étudier systématiquement les caractéristiques de l'ensemble abstrait des individus concernés par cette pratique : sa taille, la nature du lien qui unit ses membres, le type de sanction nécessaire au maintien du système. En outre, si nous

39. Cf. Clemmer, *op. cit.*, p. 159-60; Norman S. Hayner et Ellis Ash, « The Prisoner Community As a Social Group », *American Sociological Review*, IV, 1959, p. 362-69.

* *Conways* : expression générique dans la sociologie des établissements hospitaliers pour désigner les coutumes observées au sein des prisons américaines. (N. d. T.).

prenons tout le groupe concerné par une adaptation secondaire individuelle, nous pouvons nous poser la question de savoir quelle est, dans l'institution, la proportion des personnes de ce genre et, parmi elles, la proportion de celles qui appartiennent à des groupes semblables. Nous parviendrons ainsi à mesurer le niveau de « saturation » concernant une pratique donnée.

IV. LES ADAPTATIONS SECONDAIRES EN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE.

Les adaptations secondaires mises en œuvre dans la vie clandestine des établissements sociaux apparaissent tout d'abord avec une fréquence variable et sous des formes différentes selon la place qu'occupe l'individu dans la hiérarchie de l'organisation. Dans les grandes organisations, les gens placés au bas de la hiérarchie agissent dans une grisaille sur laquelle se détache l'activité des membres haut placés qui, motivés par des stimulants personnels, peuvent jouir ostensiblement de satisfactions que les autres n'ont pas. Les membres subalternes se sentent en général moins engagés dans l'institution et lui sont moins attachés sentimentalement. Ils y trouvent un travail, ils n'y font pas carrière. Par conséquent, il y a toutes chances pour qu'ils inclinent davantage à user des adaptations secondaires. Les gens qui occupent le sommet de la hiérarchie sont, eux, particulièrement motivés par les valeurs associées, mais leurs charges particulières en leur qualité de représentants de l'organisation leur donneront l'occasion de faire des voyages, de prendre des distractions, de participer à des cérémonies. Ces adaptations secondaires regroupent l'ensemble des activités qui donnent lieu à des « notes de frais ». Peut-être est-ce parmi les classes intermédiaires que les adaptations secondaires sont les plus rares et que l'on trouve les gens les plus proches de ce que l'organisation attend de ses membres : leur exemple fournit les modèles de conduite édifiante à l'intention des niveaux inférieurs⁴⁰.

40. Suggéré par Paul Wallin.

En même temps, bien sûr, la *nature* des adaptations primaires diffère aussi selon le rang. On voit mal les employés des derniers échelons se jeter à corps perdu dans une organisation ou «l'emporter avec eux» à domicile, mais les fonctionnaires de haut rang sont parfois soumis à de telles obligations et aux identifications qu'elles impliquent. Ainsi dans un hôpital psychiatrique d'État le surveillant qui cesse le travail dès la fin de son temps de service agit d'une façon légitime et conforme au rôle que l'organisation lui reconnaît. Si un chef de service, par contre, adopte le même style «8 heures-midi, 2 heures-6 heures», la direction peut le considérer comme un poids mort, qui ne vit pas selon les principes de dévouement que l'on s'attend à trouver chez un vrai médecin. De même, un surveillant de quartier a le droit de lire un illustré pendant ses heures de service dès lors qu'un devoir urgent ne nécessite pas son intervention, mais une infirmière qui se conduirait ainsi serait beaucoup plus sûrement accusée de manquer à ses devoirs professionnels.

La prolifération clandestine des adaptations secondaires varie aussi considérablement selon les types d'établissements. Sans doute est-il d'autant plus facile pour la direction de faire accepter un programme d'activités et d'intérêts que le séjour des personnes concernées dans l'organisation est plus bref ou fragmenté. Ainsi, dans les établissements qui vendent des articles courants de peu de prix comme les cigarettes, la clientèle accomplit en général toutes les opérations de l'empiette sans beaucoup s'écarter du rôle qui lui est imparti, sauf peut-être en sollicitant ou en refusant quelques contacts humains. Au contraire, les établissements qui obligent leurs membres à «résider» seront selon toute vraisemblance riches en activités clandestines, car les chances de succès total de toute programmation diminuent au fur et à mesure que s'allonge la durée du temps programmé. De même, lorsque les recrues ne participent pas à l'organisation de leur plein gré on peut, du moins pendant la période initiale, s'attendre à ce qu'elles ne s'identifient pas à la définition du personnage officiellement proposé et à ce qu'elles cherchent à s'adonner à des activités non reconnues. Enfin les établissements qui, parce qu'ils n'ont pas cherché à se concilier leurs membres en les prenant par

leur point faible, n'offrent pas de stimulants externes substantiels, ont de bonnes chances, nous l'avons vu, d'en voir se développer officieusement.

Les établissements tels que les hôpitaux psychiatriques et, parmi eux, l'Hôpital Central que j'ai étudié une année durant⁴¹ appartiennent à la catégorie des institutions «totalitaires» en ce sens que leurs pensionnaires y passent toute leur existence dans l'intimité étroite d'autres personnes qui sont, comme eux, totalement coupées du monde extérieur. Ces institutions contiennent deux types principaux d'agents, le personnel et les reclus, dont il faut étudier séparément les modes d'adaptation secondaire.

À l'Hôpital Central, le personnel recourt en effet à des adaptations secondaires. Ainsi, j'ai pu constater que l'on y emploie de temps en temps des malades comme gardes d'enfants⁴² jardiniers ou personnel à tout faire⁴³. Médecins et infirmières envoient parfois les malades autorisés à sortir en ville faire leurs commissions; des surveillants tentent de se procurer certains aliments à l'hôpital, bien que ce soit

41. Cf. les précisions données dans la préface.

42. Il semble que dans toutes les institutions totalitaires où des familles du personnel sont logées, il y ait des gardes d'enfants. Voir par exemple T. E. Lawrence dans son ouvrage sur la vie dans les casernes de l'armée de terre et de l'aviation anglaises dans les années 20, *The Mint*, Londres, Jonathan Cape, 1955, p. 40.

43. Kogon (*op. cit.*, p. 84-86) rapporte des renseignements intéressants sur la façon dont les S. S. utilisaient pour leur compte personnel le travail des détenus dans les ateliers du camp au moment de Noël: travaux de couture, de photographie, d'imprimerie, d'armement, de poterie, de peinture, etc. Dalton (*op. cit.*, p. 199), analysant les récompenses décernées officieusement dans une entreprise industrielle américaine, cite un cas de spécialisation de cette fonction: «Ted Berger, officiellement contremaître dans l'entreprise de charpente de Milo, était, sous le manteau, gardien et défenseur du système des récompenses extraordinaires. D'une loyauté au-dessus de tout soupçon, il pouvait prendre une grande liberté à l'égard du règlement et l'on attendait de lui, au moins au niveau des chefs de service, qu'il jouât le rôle de régulateur du système. Sa récompense personnelle était tout à la fois d'ordre social et d'ordre matériel, mais la façon dont il faisait fonctionner le système produisait, sans qu'il l'eût voulu, une sorte d'amalgame qui liait des gens de niveaux et de services différents. Dispensé de travailler sur les machines, Berger passait au minimum six heures par jour à faire des lits de bébé, des contre-fenêtres, des fenêtres de garage, des voitures de poupées, des chevaux à bascule, des tables, des planches à découper, des rouleaux à pâtisserie et autres choses du même genre. Ces objets étaient généralement destinés à différents chefs de service.»

interdit, et il est bien connu que le personnel des cuisines leur en « passe »; le garage de l'hôpital sert parfois d'atelier de réparations ou de magasin de pièces détachées pour les automobiles du personnel⁴⁴; un surveillant de service de nuit prolonge son travail par une activité diurne sachant, avec beaucoup de réalisme, qu'il pourra dormir pendant son service; pour ce faire, il lui arrive de charger d'autres surveillants ou même des malades complaisants de le réveiller en cas de nécessité⁴⁵. Une ou deux fois même, des escroqueries se sont produites: un malade m'a parlé, par exemple, de fonds détournés à la cantine des malades muets et utilisés pour acheter des produits que les surveillants distribuaient ou consommaient eux-mêmes.

Ces adaptations secondaires de la part des employés de l'Hôpital Central n'ont pas une grande envergure. Une vie clandestine bien plus élaborée se développe parmi le personnel de beaucoup d'autres hôpitaux psychiatriques⁴⁶ ou dans d'autres établissements, comme les services de l'armée et, inversement, on rencontre très souvent chez la plupart des employés un dévouement qui dépasse les attentes de la direction, comme lorsqu'ils prennent sur leur temps libre pour s'occuper de divertir les malades. Il est également inutile de s'attarder ici sur les nombreuses adaptations secondaires pratiquées par les subordonnés dans les organisations de travail: freinage du rendement⁴⁷, « bricolage », « perruque »* (*government*

44. Pour un exemple dans l'industrie, cf. Dalton, *op. cit.*, p. 202.

45. Le relâchement pendant le service de nuit est un phénomène courant dans les organisations de travail américaines. (Cf. par ex. S. M. Lipset, M. A. Trow et J. S. Coleman, *Union Democracy*, Glencoe 111, 1956, p. 139).

46. Par exemple, l'utilisation de l'électro-choc à des fins disciplinaires. John Maurice Grimes (*Why Minds Go Wrong*, Chicago, publié par l'auteur, 1951, p. 100) cite le célèbre « passage au savon »* parmi les instruments efficaces utilisés par les surveillants, il ne laisse pas de traces, il peut aisément être tenu secret et il ne tue jamais.

47. L'article de Donald Roy, « Quota Restriction and Gold Bricking in a Machine Shop », *American Journal of Sociology*, LVII, 1952, p. 427-42, est important sur ce point. Cf. aussi O. Collins, M. Dalton et D. Roy, « Restriction of Output and Social Cleavage in Industry », *Applied Anthropology* (maintenant *Human Organization*), V, 1946, p. 1-14.

* On nomme « perruque » dans certains ateliers français, le travail que les ouvriers effectuent pour leur compte personnel avec le matériel de l'établissement. (N. d. T.).

work)⁴⁸, contrôle concerté exercé sur la productivité⁴⁹. On se reportera sur ce point aux ouvrages de Donald Roy ou Melville Dalton: le soin méticuleux et plein de sympathie avec lequel ces auteurs exposent ces techniques d'adaptation fait de leurs travaux des modèles pour toute étude d'établissements analogues.

Mettant mes observations en parallèle, chaque fois que cela sera possible, avec celles qui ont été faites dans d'autres types d'établissements, j'aurai recours à une classification des adaptations secondaires que je crois applicable à tous les établissements et je passerai donc librement de l'étude des cas à l'analyse comparative en insistant parfois plus sur les comparaisons que sur l'hôpital psychiatrique envisagé.

Du point de vue des psychiatres, il ne semble pas y avoir d'adaptations secondaires possibles pour des internés: tout ce qu'un malade est amené à faire peut s'interpréter comme un élément de son traitement ou la conséquence des mesures de surveillance qui lui sont appliquées; tout ce qu'il fait de son propre chef peut s'interpréter comme un symptôme de dérangement mental ou, au contraire, d'amélioration. Un criminel qui « trouve un truc » pour purger sa peine à l'hôpital psychiatrique plutôt qu'à la prison peut apparaître aux psychiatres comme quelqu'un qui, au fond, a réellement besoin d'un traitement, tout comme à l'armée le tire-au-flanc qui simule des troubles mentaux peut être reconnu authentiquement malade, même si le désordre dont il souffre n'est pas celui dont il simule les symptômes. De même, au lieu de passer pour un hôte abusif, le malade qui s'installe à l'hôpital en y prenant ses aises a toutes chances de passer, du fait même qu'il choisit ce mode d'adaptation, pour une personne réellement malade.

48. Comme l'a souligné dans une note Edward Gross (*Work and Society*, New York, Cromwell, 1958, p. 52), « parfois également nommé "travail pour la maison", ce genre d'activités désigne les travaux pour soi effectués pendant le temps de travail réglementaire: réparation d'un pied de table de la salle à manger, entretien des outils personnels, fabrication de jouets pour les enfants, etc. ».

49. Cf. par exemple Donald Roy, « Efficiency and "The Fix": Informal Intergroup Relations in a Piecework Machine Shop », *American Journal of Sociology*, LX, 1954, p. 255-66.

Cependant, pour l'essentiel, le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques d'État ne repose pas sur les théories psychiatriques, mais sur le «système des quartiers»*. Des conditions de vie impitoyablement mutilantes sont offertes aux internés à travers un système de punitions et de récompenses qui reprend plus ou moins le langage des institutions pénitentiaires. C'est à ce contexte verbal et situationnel que se réfèrent presque toujours les surveillants et même, dans une grande mesure, le personnel plus haut placé, surtout lorsqu'ils ont en vue les questions concernant le fonctionnement quotidien de l'hôpital. Ce système de référence disciplinaire offre un ensemble à peu près complet de moyens et de fins que les malades ont le droit de s'approprier légitimement et, sur l'arrière-plan de ce système autoritaire mais pas très légal, de nombreuses activités de malades se transforment *effectivement* en activités illicites, ou du moins non autorisées. Dans certains quartiers, la vie que les malades sont effectivement autorisés à mener est à ce point vide de sens que le moindre de leurs mouvements, ou presque, en vient à leur procurer comme une satisfaction supplémentaire non prévue au programme.

SECONDE PARTIE LA VIE CLANDESTINE DE L'HÔPITAL

A. LES MATÉRIAUX.

I. LES EXPÉDIENTS.

Une première constatation s'impose d'emblée : la prépondérance des moyens de fortune (*make-do's*) parmi les matériaux utilisés par les malades pour les besoins de leurs adaptations secondaires. Dans tous les établissements sociaux, les individus utilisent tous les objets qui leur tombent sous la main d'une manière et à des fins très différentes des prévisions officielles, modifiant ainsi les dispositions prises pour régler leurs conditions de vie. Cela suppose parfois un remodelage physique de l'objet, ou simplement une utilisation qui sort du contexte légitime, deux caractéristiques qui illustrent, mais sur une échelle modeste, le thème de Robinson Crusoë. Les prisons proposent des exemples particulièrement spectaculaires de ces pratiques : couteaux forgés dans des cuillers, encre à dessin tirée des pages de *Life*⁵⁰, cahiers dont on déchire les pages pour en faire des bordereaux de paris⁵¹ et cigarettes allumées de toutes les façons possibles : à l'étincelle d'un fil électrique⁵² ou d'un briquet de fortune⁵³ ou d'un fragment d'allumette⁵⁴. Même si ces procédés de transformation mettent en œuvre plusieurs pratiques complexes, ils se manifestent surtout lorsque leur utilisateur est isolé (sauf pour l'apprentissage et la transmission de

50. Cf. Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 42.

51. Cf. Frank Norman, *Bang to Rights*, Londres, Secker & Warburg, 1958, p. 90.

52. *Ibid.*, p. 92.

53. Cf. George Dendrickson et Frédéric Thomas, *The Truth About Dartmoor*, Londres, Gollancz, 1954, p. 172.

54. *Ibid.*, p. 172-173.

* Cf. N. d. T., deuxième étude, p. 193 (N. d. T.).

la technique pour lesquels il a besoin des autres) et consomme seul le fruit de son invention.

À l'Hôpital Central, d'après ce que j'ai pu observer, plusieurs expédients simples sont tacitement tolérés. C'est ainsi que l'on voit fréquemment les pensionnaires utiliser les radiateurs pour faire sécher leur linge après l'avoir lavé dans le lavabo de la salle de bains, organisant ainsi eux-mêmes leur blanchissage, alors qu'en principe ce chapitre devrait rester du ressort de l'institution. Dans les quartiers pourvus, en guise de sièges, de bancs de bois, les malades transportent des journaux qu'ils roulent pour les glisser sous leur tête lorsqu'ils s'allongent sur les planches dures. Manteaux ou serviettes roulés remplissent le même office. Les malades habitués à d'autres institutions carcérales emploient à cette fin des expédients encore plus radicaux, comme une chaussure⁵⁵. En changeant de quartier, les malades transportent parfois leurs affaires personnelles dans une taie d'oreiller nouée par le haut, pratique reconnue semi-officiellement dans certaines prisons⁵⁶. Les quelques malades d'un certain âge qui sont assez heureux pour disposer d'une chambre particulière laissent parfois une serviette par terre, sous leur lavabo, qu'ils transforment ainsi en bureau et sur lequel ils travaillent, les pieds protégés du contact froid du plancher comme par un tapis. Les malades plus âgés qui ne veulent ou ne peuvent se déplacer ont parfois recours à un stratagème pour n'avoir pas à se rendre aux toilettes : ils peuvent par exemple uriner dans la salle sur le radiateur du chauffage central sans que les traces révélatrices restent trop longtemps ; ou encore, au cours des visites bi-hebdomadaires au coiffeur, installé au sous-sol, ils urinent, lorsque les surveillants ont le dos tourné, dans la caisse où l'on entasse les serviettes sales. Les malades de tous âges, pensionnaires des «quartiers inférieurs», transportent parfois des tasses en papier

55. Comparer avec l'équivalent dans la marine (Melville, *op. cit.*, p. 189 : ... «Le chapeau de toile goudronnée, dur, résistant, massif, que l'on porte sur les bateaux de guerre conformément aux règlements maritimes est assez raide lorsqu'il est neuf pour que l'on puisse s'asseoir dessus, et effectivement le matelot l'utilise parfois comme siège au lieu de s'asseoir sur ses poings»).

56. Pour un exemple britannique, cf. Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 66.

pour les utiliser comme crachoirs ou cendriers portatifs, car ils savent bien que l'important pour les surveillants n'est pas que les malades s'abstiennent de cracher ou de fumer, mais que le plancher reste propre⁵⁷.

Dans les institutions totalitaires, la recherche des expédients tend à se polariser sur quelques domaines particuliers. Ainsi la coquetterie suscite la mise au point d'un ensemble d'expédients pour se présenter sous un jour agréable. Le miroir, devant lequel on peut s'examiner, s'arranger et s'admirer étant en général interdit dans les couvents, on dit que les sœurs en fabriquent en plaçant un tablier noir derrière une vitre⁵⁸. À l'Hôpital Central, certains malades délicats «repensent» parfois l'utilisation du papier hygiénique : correctement déchiré, plié et gardé sur soi, il fait un papier de toilette ou un mouchoir tout à fait acceptables. On voit aussi, durant les mois chauds de l'été, des hommes raccourcir et retailer leur caleçon kaki réglementaire, pour s'en faire un short élégant...

II. LES TECHNIQUES D'EXPLOITATION DU SYSTÈME HOSPITALIER.

Pour recourir à ces expédients simples, il n'est pas nécessaire d'être très engagé dans l'univers officiel de l'établissement, ni d'être particulièrement attiré vers lui. L'ensemble de pratiques dont il va maintenant être

57. À l'Hôpital Central, parmi les nombreux malades atteints de mutisme complet, ou d'incontinence, ou ayant des hallucinations ou tel autre symptôme classique, il en est peu, autant que j'aie pu m'en rendre compte, qui aient la témérité de jeter systématiquement et de propos délibéré leurs cendres sur le plancher ; peu aussi refusent de faire comme tout le monde pour manger, aller à la douche, se coucher ou se lever à l'heure. Dans toutes les salles, en deçà des manifestations nettement psychotiques, il existe un fond de routine de quartier auquel tout le monde se plie.

58. Cf. Kathryn Hulme, *The Nun's Story*, Londres, Muller, 1956, p. 33. Norman (*op. cit.*, p. 87) relate qu'à la prison britannique de Camp Hill, profitant du relâchement de la discipline au moment de Noël, les homosexuels se maquillaient avec de la poudre dentifrice et se rougissaient les lèvres avec une teinture obtenue en mouillant la couverture des livres.

question suppose une connaissance plus profonde du monde et des règles de l'institution. Dans ce cas, on peut respecter l'esprit des activités légitimes tout en dépassant dans l'exécution les limites habituellement prévues : il s'agit alors d'étendre et d'améliorer les possibilités existantes de satisfaction légitimes ou bien d'exploiter à des fins personnelles toute l'activité routinière officielle. J'appellerai cela «exploiter» le système («*working*» *the system*).

À l'Hôpital Central, la forme la plus élémentaire de cette «exploitation» s'observe sans doute chez les malades des «bas» quartiers qui se font porter souffrants ou refusent de se soumettre à la discipline à seule fin, apparemment, d'attirer l'attention du surveillant ou du médecin, de les forcer à s'occuper d'eux et à nouer avec eux des contacts intersubjectifs, fussent-ils d'ordre disciplinaire.

Mais la plupart des techniques utilisées à l'hôpital pour exploiter le système paraissent le plus souvent avoir peu de rapport avec la maladie mentale elle-même. Ainsi, l'ensemble des pratiques complexes qui se manifestent à l'occasion des repas. Par exemple, dans le grand réfectoire d'une section de chroniques hommes *, où les 900 malades mangent par roulement, certains apportent leurs propres condiments pour assaisonner la nourriture à leur goût : ils ont ainsi leurs petites bouteilles de sucre, de sel, de poivre, de sauces, qu'ils sortent de la poche de leur veston. Si l'on sert le café dans des tasses en papier, des malades prennent un second gobelet pour se protéger les doigts. Lorsqu'il y a des bananes au dessert, certains subtilisent une tasse de lait sur la part des malades au régime, y coupent leur banane en tranches, sucent et mangent ainsi, avec tous les signes de la délectation, un «vrai» dessert. Les jours où la nourriture est à la fois bonne et transportable, par exemple lorsque l'on sert des saucisses de Francfort ou du pâté de foie, certains malades l'enveloppent dans une serviette en papier pour l'emporter au quartier comme

* La note 59, qui expliquait ici l'organisation, du «système des quartiers» a été déplacée dans la seconde étude, à la place où il est fait pour la première fois mention de la disposition interne des hôpitaux américains. Cf. *supra*, p. 203 (N. d. T.).

casse-croûte pour la nuit, et retournent chercher du «rab». Lorsque l'on sert du lait, certains apportent des bouteilles vides pour pouvoir en emporter au quartier. Si l'on veut une portion supplémentaire d'un plat dont on a envie, on s'arrange pour manger seulement de ce plat, on jette le reste du menu dans le seau à déchets et on retourne, lorsque c'est permis, chercher un «rab» complet. Au repas du soir, certains malades jouissant d'un statut de semi-liberté, mais affectés pour les repas au réfectoire commun, mettent leur part de fromage entre deux tranches de pain et se font ainsi un sandwich qu'ils enveloppent et vont manger tranquillement hors du réfectoire en buvant la tasse de café qu'ils s'offrent pour la circonstance. Les malades autorisés à sortir en ville atteignent parfois le sommet du raffinement en s'offrant une tartelette et une glace au grand magasin du coin. Dans un autre réfectoire, plus petit, dépendant d'une autre section de l'hôpital, des malades, dans la crainte justifiée que le «rab» ne disparaisse avant qu'ils aient pu se servir, ôtent leur portion de viande de leur assiette pour la placer entre deux morceaux de pain, la laissent à leur place et reprennent aussitôt la queue pour le «rab». Mais il arrive qu'en regagnant leur place, ces malades prévoyants trouvent leur première ration entre les mains de camarades qui réussissent au prix du moindre effort à tromper les trompeurs.

Pour «exploiter» efficacement un système, il faut en avoir une connaissance intime ⁶⁰. Les malades en semi-liberté savent fort bien qu'à la sortie des spectacles de charité on procède généralement, pour les présents, à une distribution de cigarettes ou de sucreries. Ceux qu'ennuient ces spectacles viennent quelques minutes avant la fin, simplement pour sortir avec les autres ; d'autres

60. La connaissance des habitudes des gardiens tient une grande place dans nombre de récits romancés d'évasions. Cette connaissance des habitudes peut également être associée dans l'expérience réelle aux situations les plus tragiques, comme Kogon (*op. cit.*, p. 180) le montre lorsqu'il relate un expédient des déportés de Buchenwald pour faire face à la réduction ou au retrait de leurs rations : «Quand un déporté mourait à l'intérieur du camp, on gardait l'événement secret, le cadavre était tiré, ou porté, par un ou deux hommes jusqu'à l'endroit où l'on distribuait le pain et les deux "aides" se faisaient délivrer sa ration. Le corps était ensuite simplement jeté n'importe où sur la place d'appel.»

s'arrangent pour se placer plusieurs fois dans la queue et tirer de l'aubaine plus qu'il n'est légitime. Le personnel est évidemment au courant de ces pratiques et, lors de certains spectacles comme les grands galas de danse présenté par les malades, les retardataires, soupçonnés d'arriver juste pour manger, trouvent la porte close et restent dehors. Les dames du Secours Juif servent habituellement à l'issue de l'office matinal hebdomadaire, un déjeuner consistant mais, comme le disait un malade, «en arrivant au bon moment, on peut avoir le repas et manquer l'office». Tel autre, informé du fait généralement peu connu que l'hôpital dispose pour l'entretien des vêtements d'une équipe de couturières, lui apportait ses habits et les échangeait contre des chemises et des pantalons de bonne coupe, en laissant, pour montrer sa reconnaissance, un ou deux paquets de cigarettes ou un petit pourboire.

La connaissance des horaires, est également importante pour exploiter le système. Ainsi, une fois par semaine, un camion de la Croix-Rouge apporte de vieux illustrés et des livres de poche à la bibliothèque du foyer, d'où ils sont ensuite distribués individuellement aux malades ou répartis globalement dans les quartiers. Quelques lecteurs avides, connaissant l'heure exacte de l'arrivée du camion, l'attendent pour être les premiers à faire leur choix. Certains malades, qui connaissent l'horaire des transports de nourriture par les galeries souterraines reliant l'une des cuisines centrales à une section de chroniques, ont pris l'habitude de se poster auprès des bouches de galeries situées au niveau du sol dans l'espoir d'attraper quelque portion dépassant des cuves roulantes. Autre élément important dans ce système : le renseignement. Avant d'être servi dans l'un des grands réfectoires de malades, le repas est d'abord distribué à un groupe de vieillards cloués au quartier ; les malades valides qui veulent savoir s'il vaut mieux aller au réfectoire ou acheter des sandwiches à la cantine viennent régulièrement regarder par la fenêtre de la salle pour savoir ce que l'on mange.

Il y a aussi la récupération des rebuts. Juste avant l'heure du ramassage, des malades inspectent le coin aux ordures de leur section, farfouillant à la surface des détritiques entassés dans les grandes caisses en bois, à la recherche de nourriture, d'illustrés, de journaux ou autres objets

mis au rebut. Les restrictions ou la nécessité de passer par la voie officielle pour obtenir le moindre objet en en faisant humblement la demande donnent tout leur prix à ces trouvailles⁶¹. On explore régulièrement les soucoupes qui servent de cendriers au personnel, dans le vestibule des bureaux administratifs de certaines sections, pour y récupérer les mégots utilisables. Les communautés non carcérales ont évidemment elles aussi leurs «récupérateurs» et il semble que partout où existe une organisation quelque peu importante de ramassage et de destruction des déchets il se trouve des gens pour rôder autour⁶². Certains malades excellent dans l'art d'exploiter le système et accomplissent des performances individuelles que l'on peut à peine ranger parmi les adaptations secondaires de type habituel. Dans un service comprenant deux quartiers de convalescents, l'un fermé, l'autre ouvert, j'ai entendu un malade proclamer qu'il s'était fait transférer du quartier fermé au quartier ouvert parce que le tapis de la salle de billard y était en meilleur état, un autre déclarait avoir effectué le transfert inverse parce que l'atmosphère du quartier fermé était plus «sociable», du fait que certains malades étaient contraints d'y demeurer. Un autre encore, autorisé à sortir en ville, se faisait périodiquement exempter de son travail à l'hôpital et demandait qu'on le laissât aller en ville en voiture pour chercher du travail, mais c'était, comme il s'en vantait ensuite, pour passer l'après-midi dans un cinéma.

Il faut ajouter que les malades ayant déjà fait ailleurs l'expérience de situations de dénuement — les malades en quelque sorte «au courant» — montrent en général très vite qu'ils savent exploiter le système : tel ce reclus, déjà riche de l'expérience de la prison de Lexington, qui

61. Comparer avec l'expérience des camps de concentration (Kogon, *op. cit.*, p. 111) : «Ils étaient des centaines qui, de temps en temps, essayaient de fouiller les seaux d'ordures pour y chercher quelque débris mangeable, qui ramassaient les os et les faisaient bouillir.»

62. Une bonne partie des objets de rebut avec lesquels les garçons des petites villes meublent leur univers provient des dépôts d'ordures de tous genres. L'interprétation psychanalytique de ces activités plus ou moins anales ne manque pas d'intérêt, mais peut-être révèle-t-elle aussi combien est grande la distance ethnographique qui la sépare des sujets dont elle prétend interpréter la conduite.

réussit, dans sa première matinée d'hôpital, à se rouler une provision de cigarettes, à se procurer du cirage et à cirer deux paires de chaussures, à découvrir le copain qui cachait une grosse collection de romans policiers, à se faire du café avec du café soluble et l'eau chaude du robinet et à s'immiscer dans un groupe de psychothérapie où il se mit à jouer un rôle actif après quelques minutes seulement d'observation. On comprend qu'un surveillant puisse déclarer : « Trois jours suffisent pour savoir si un homme est dans la course. »

Les manœuvres que je viens de relater sont de celles qui ne profitent qu'à leurs auteurs, ou aux personnes avec lesquelles ils sont très liés. Si dans beaucoup d'institutions totalitaires, on trouve des pratiques dont l'élaboration trahit un dessein collectif⁶³, ces procédés ne semblent pas très répandus dans les hôpitaux psychiatriques. Les adaptations secondaires collectives que l'on observe à l'Hôpital Central semblent surtout le fait de malades affectés au service carcéral de l'institution, *Prison Hall*, où résident ceux qui ont le statut juridique d'aliénés criminels. Ainsi pouvait-on voir dans un quartier d'anciens détenus, un des occupants aller régulièrement à la cuisine juste avant la distribution, prendre livraison des rations chaudes dans un plateau couvert, pour que la nourriture ne refroidisse pas pendant son passage dans la galerie souterraine.

On est fatalement amené à se demander si l'hospitalisation elle-même ne peut pas être une manière d'« exploiter le système ». Ainsi, on entend dire parfois, aussi bien chez les internés que parmi les membres du personnel, que certains malades viennent à l'hôpital pour se soustraire à leurs obligations familiales

63. Cf. par exemple, Kogon, *op. cit.*, p. 137. Dans tous les camps de concentration où les « politiques » avaient une certaine influence, ils transformaient l'hôpital du camp, où les S. S. se livraient à des scènes d'horreur effrayantes, en un poste de secours pour d'innombrables prisonniers. On ne s'occupait pas seulement de soigner et de guérir ceux qui étaient vraiment malades ; des prisonniers en bonne santé, mais menacés de mort ou de transfert dans un camp d'extermination, étaient inscrits clandestinement sur la liste des malades pour les soustraire aux griffes des S. S. Dans les cas extrêmes lorsqu'il n'y avait plus rien d'autre à faire, les hommes en danger pouvaient « mourir » pour revivre sous le nom de déportés qui étaient réellement morts.

ou professionnelles⁶⁴, ou bien pour bénéficier sans bourse délier de quelque traitement médical ou dentaire important, ou encore pour échapper à une accusation criminelle⁶⁵. Je ne puis me prononcer sur la valeur de ces déclarations. Il y a aussi des malades autorisés à sortir en ville qui prétendent utiliser l'hôpital comme fontaine aux vertus dégrisantes après les beuveries du week-end, fonction que favorise apparemment la réputation des tranquillisants utilisés pour traiter les ivrognes invétérés. D'autres malades, autorisés à sortir en ville, peuvent se permettre d'accepter au dehors un travail à temps réduit pour un salaire de misère, le fait que l'hôpital les nourrisse et les loge gratuitement les plaçant évidemment en position compétitive⁶⁶.

Tout établissement social convie ses membres à nouer des contacts personnels, ou du moins multiplie les

64. Dans une des sections de l'hôpital, il se trouve un nombre considérable de malades-hommes, entrés à une époque où le travail était rare, qui, dans la mesure où ils sont pratiquement coupés des nouvelles du monde extérieur, croient encore que l'hôpital est une « bonne affaire ». J'ai entendu l'un d'eux dire en recevant son dessert gratuit : « Vous n'avez pas un flan aux pommes de cette taille-là pour 25 cents, à l'extérieur, non, c'est impossible. » Il serait encore possible d'étudier, dans les hôpitaux psychiatriques cette apathie et cette recherche d'une place sûre qui caractérisent les années de dépression et qui se sont conservées comme embaumées dans l'ambre de l'institution.

65. Pour un homme de la classe inférieure, qui porte le stigmate d'« ancien interné » et qui doit se contenter d'un travail pour lequel l'expérience professionnelle ou l'ancienneté ont peu d'importance, le fait de venir dans un hôpital psychiatrique dont il connaît les ficelles et où il compte des amis parmi les surveillants ne constitue pas une grande perte. On prétend que certains de ces anciens malades gardent sur eux une carte signalant leur passé médical ; s'ils sont arrêtés par la police sous un chef d'accusation quelconque, ils exhibent leur carte médicale pour tenter d'infléchir leur sort. Les malades que j'ai connus prétendaient cependant que, sauf s'il s'agissait d'une accusation d'assassinat, l'hospitalisation était, dans l'ensemble, un piètre moyen de se tirer d'affaire : en prison, on connaît la sentence, on peut gagner un peu d'argent et de plus en plus on peut regarder la télévision. Il me semble cependant que ces jugements trahissent en fait une attitude d'hostilité à l'égard du personnel, sauf dans les hôpitaux qui comportent, comme l'Hôpital Central, un bâtiment spécial pour les « aliénés criminels ».

66. En bonne doctrine psychiatrique, nous l'avons vu, ces raisons que l'on se donne pour tirer parti de l'hospitalisation peuvent s'interpréter comme des symptômes d'un « réel » besoin de traitement psychiatrique.

occasions de tels contacts et c'est là, dans les hôpitaux psychiatriques comme dans les autres institutions, une base d'adaptations secondaires qui constitue une nouvelle manière, plus originale, d'exploiter le système hospitalier. Dans cette ligne, le groupe des anciens détenus de Prison Hall, hommes relativement jeunes, issus pour la plupart du prolétariat urbain, tend, une fois incorporé à l'hôpital proprement dit, à monopoliser les tâches les plus agréables et les malades-femmes les plus attirantes; la plupart de ceux qu'en d'autres établissements on aurait appelés des «caïds» sortent de leurs rangs. Les Noirs constituent un autre groupe, prêt à exploiter les possibilités sociales de l'hôpital. Jusqu'à un certain point, ceux qui le désirent peuvent franchir la ligne de séparation des classes et des races, frayant ou flirtant avec les malades blancs et leur donnant des rendez-vous⁶⁷; ils peuvent avoir avec le personnel médico-psychiatrique des conversations d'ordre professionnel comme n'importe quel individu des classes moyennes et être traités d'une manière qui, à l'extérieur, leur serait refusée. Troisième groupe: les homosexuels qui, enfermés à cause de leurs penchants, se trouvent dans des dortoirs ne groupant que des malades de leur sexe avec toutes les occasions qui peuvent découler de cette situation.

La fréquentation des gens de l'extérieur représente pour certains une autre manière intéressante d'exploiter le système hospitalier. Le souci de nouer ce genre de rapports repose, semble-t-il, sur cette espèce de situation de caste faite aux malades à l'hôpital, ainsi que sur les mythes infamants attachés à la maladie mentale. Si certains malades déclarent qu'il leur est impossible de se sentir à l'aise dans la compagnie de quelqu'un

67. J'ai souvent entendu les surveillants blancs de l'ancien style et les malades de la même école grommeler lorsqu'il leur arrivait de voir un noir flirter avec une femme blanche. À l'opposé de cette ancienne école et, socialement parlant, d'une autre époque, la direction de l'hôpital a rompu avec la pratique de la ségrégation à l'admission et dans les services de gériatrie et commencé à le faire dans les autres services; de même, les petites coteries influentes de malades, constituées de jeunes, sont plus soucieuses, apparemment, d'être «dans le vent» que de passer pour racistes.

qui ne soit pas lui aussi malade, d'autres, mais c'est là l'expression inverse du même sentiment, estiment au contraire qu'il est plus sain et plus recommandable de fréquenter des gens bien portants, d'autant que les gens du dehors ont moins de chances que les membres du personnel de se montrer blessants à l'égard du malade, dans la mesure où ils ignorent exactement quel est son statut. Enfin, certains malades déclarent en avoir assez de parler de leur internement et de leur cas avec leurs compagnons et attendent de la conversation avec les gens de l'extérieur qu'elle leur permette de sortir de l'univers du malade⁶⁸. Le fait de fréquenter des gens de l'extérieur confirme le sentiment de n'être pas un malade mental; aussi voit-on s'effectuer, dans le parc ou au foyer, des échanges très importants pour le malade parce qu'ils lui montrent qu'il est vraiment impossible de le distinguer d'une personne normale et que les gens normaux eux-mêmes n'ont vraiment rien d'exceptionnel. Il existe, dans le système social de l'hôpital, plusieurs points stratégiques où la fréquentation des personnes de l'extérieur est possible. Quelques adolescentes, filles de médecins résidant à l'hôpital, ont accès, d'égal à égal, au petit cercle formé par les malades hommes en liberté conditionnelle et les élèves-infirmières qui règne sur les courts de tennis de l'hôpital⁶⁹. Pendant et après les parties, on s'étend sur les pelouses voisines, on badine plus ou moins grossièrement, et ces comportements ont, en règle générale, une modalité inhabituelle à l'hôpital; de même, lorsqu'une organisation charitable étrangère à l'institution organise le soir une sauterie et invite quelques jeunes femmes pour la circonstance, c'est

68. On peut évidemment retrouver l'ensemble de ces thèmes dans tous les groupes marqués d'un stigmate. Il y a une certaine ironie à constater que, lorsque les malades disent: «Nous sommes seulement différents des gens normaux, c'est tout», ils ne se rendent pas compte — pas plus que tous ceux qui, comme eux, «dévient par rapport à la normale» — que, parmi les opinions répandues dans les groupes ainsi marqués, il en est peu qui soient aussi stéréotypées, prévisibles et «normales».

69. Aucune malade-femme ne se mêle à ce groupe. Notons en passant que les enfants des médecins logés à l'hôpital forment la seule catégorie sociale de non-malades à ne pas clairement marquer de distance de caste à l'égard des malades. Je ne sais pourquoi.

l'occasion pour un ou deux malades de se lier avec ces invitées qui répondent à leurs avances d'une manière apparemment étrangère au monde de l'hôpital; ainsi encore, dans la salle des admissions où séjournent les élèves-infirmières en stage, il y a toujours un certain nombre de jeunes malades prêts à jouer aux cartes ou à autre chose avec elles dans une atmosphère qui tient beaucoup plus de la causerie sentimentale que du traitement psychiatrique. Les séances où l'on applique les thérapeutiques «supérieures» que sont, par exemple, le psychodrame ou la thérapie de groupe se déroulent souvent en présence de visiteurs venus là à titre professionnel pour s'initier aux méthodes les plus modernes et qui, eux aussi, donnent au malade l'occasion d'entrer en contact avec des gens normaux. Il y a enfin les malades membres de l'équipe-fanion de l'hôpital qui, au cours de matches de base-ball contre les équipes du voisinage, peuvent éprouver cette camaraderie particulière qui unit dans le jeu les joueurs d'équipes rivales en les opposant au public.

III. L'EXPLOITATION DES AFFECTATIONS.

À l'Hôpital Central, la technique d'exploitation du système la plus efficace consiste peut-être à obtenir une affectation «exploitable» (travail, divertissement, thérapeutique ou service de salle quelconque), qui seule peut rendre possibles certaines formes d'adaptations secondaires et même souvent tout un groupe d'adaptations, ainsi qu'en témoigne un ancien détenu de la prison britannique de Maidstone :

«Trois fois par an, à la fin de chaque trimestre, le service éducatif de la prison rédigeait pour la commissions des prisons un rapport sur les progrès accomplis dans les différents cours organisés pour les détenus. Nous produisions des chiffres et des chiffres pour montrer le nombre de prisonniers qui fréquentaient tel ou tel cours, nous mentionnions, par exemple, que l'un des cours les plus populaires était consacré à un débat sur les "problèmes contemporains", mais nous ne donnions pas la raison de cette popularité : la

dame compréhensive qui conduisait le débat venait, chaque semaine, avec une provision de tabac pour ses auditeurs. La classe se déroulait dans un voile de fumée bleue et, pendant que la conférencière parlait des «questions actuelles», les élèves, vieux repris de justice, clochards et idiots, étaient assis confortablement et fumaient avec délectation leur cigarette en toute liberté⁷⁰.»

Il arrive que l'on recherche les affectations pour les facilités qu'elles offrent, ou bien que ces possibilités se révèlent une fois l'affectation obtenue, fournissant une raison supplémentaire de s'y accrocher. Dans les deux cas, cette manière d'exploiter une affectation fait toucher du doigt une des similitudes fondamentales entre les hôpitaux psychiatriques, les prisons et les camps de concentration.

À la différence des expédients ordinaires, cette forme d'adaptation permet au reclus de laisser croire aux responsables qu'il n'a pas recherché son affectation pour des motifs autres que légitimes. Il en est surtout ainsi lorsque l'affectation a été volontairement sollicitée et qu'elle exige une collaboration assez étroite avec le personnel qui s'attend alors à voir le reclus faire un «effort sincère». Celui-ci donne alors l'impression de s'engager à fond dans son affectation, et par conséquent de justifier les vues que l'institution nourrit à son égard, bien qu'en fait le profit particulier qu'il retire de cette affectation s'intercale entre lui et les hautes visées de l'institution. Pratiquement, le fait d'accepter une affectation que l'on aurait pu, par un stratagème quelconque, refuser, marque l'esquisse d'un rapprochement fait de bons sentiments réciproques : le personnel incline alors à adopter une attitude dont le caractère conciliant ouvre au reclus des possibilités nouvelles pour réaliser le compromis qu'il recherche en exploitant le système.

Première remarque d'ensemble — que nous avons déjà présentée —, si l'affectation a pour but de contribuer à la production d'un bien quelconque, celui qui l'occupe est en bonne place pour s'attribuer officiellement une partie du fruit de son travail. À l'hôpital,

70. Cf. Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 65.

ceux qui sont affectés aux cuisines sont bien placés pour obtenir un supplément de nourriture⁷¹, ceux qui travaillent à la blanchisserie peuvent avoir des vêtements propres plus souvent, ceux qui travaillent à la cordonnerie sont rarement en peine d'une bonne paire de chaussures. De même, les malades affectés au service des courts de tennis mixtes malades-personnel ont toute possibilité de jouer fréquemment, et avec des balles neuves; l'aide-bibliothécaire bénévole est le premier à avoir les nouveaux livres⁷², les hommes du camion de livraison de glace restent au frais tout l'été, les malades affectés au magasin central d'habillement peuvent se vêtir convenablement, ceux qui vont à la cantine chercher des cigarettes, des sucreries ou des

71. Comparer avec le cas d'un hôpital psychiatrique britannique, décrit in D. Mc I. Johnson et N. Dodds eds., *The Plea for the Silent*, Christopher Johnson, Londres, 1957, p. 17-18. «Très tôt, j'avais formé équipe avec les deux personnes relativement saines d'esprit de cette salle de trente malades ou plus, dont le jeune homme que j'ai cité plus haut; le chef accepta rapidement mon aide à la cuisine et j'eus, en récompense, deux tasses de thé supplémentaires par jour.» Un exemple du même genre, mais dans un camp de concentration cette fois, est donné in Kogon, *op. cit.*, p. 111-12: «... et au-delà de l'enceinte des barbelés, les chiens que possédaient la plupart des officiers S. S. étaient nourris de viande, de lait, de céréales, de pommes de terre, d'œufs et de vin rouge; régime si délicat, en vérité, que bien des déportés affamés profitaient de toutes les occasions qui leur étaient données de travailler au chenil dans l'espoir de mettre de côté une partie de la nourriture des animaux». Autre exemple dans la description faite par Don Devault de la prison de Mc Neil Island, Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 92: «Ce qui améliorait pas mal la situation alimentaire, c'était d'être affecté à l'équipe chargée de la cueillette des fruits dans le verger. Nous avions là tous les fruits que nous pouvions manger, et nous en rapportions beaucoup aux autres prisonniers. Il était bon aussi d'être affecté, ensuite, à l'équipe d'entretien. Nous pouvions ainsi monter dans le poulailler pour fixer le grillage et en profiter pour nous faire cuire un œuf, ou entrer à la cuisine pour réparer l'évier et nous faire offrir, quand personne ne regardait, un hamburger frit par les cuisiniers, voire une bouteille de lait supplémentaire.» Heckstall-Smith, ancien détenu de la prison britannique de Wormwood Scrubs écrit, *op. cit.*, p. 35: «Je passais la plupart de mon temps à planter des choux et à sarcler les carrés d'oignons de printemps. Comme nous ne voyions jamais un légume frais, je mangeai, dans les premiers jours, tant d'oignons, que je finis par craindre que les gardiens ne repérassent les trous dans les rangées.»

72. De la même façon qu'un fanatique de cinéma peut devenir ouvrier et en tirer un profit extra-monétaire.

boissons pour les surveillants se voient souvent offrir une partie des emplettes qu'ils ont faites⁷³.

Outre cette utilisation directe, il est d'autres manières, plus fortuites, de tirer profit des affectations⁷⁴. Par exemple, si certains malades insistent pour suivre les séances de gymnastique, c'est que la salle d'éducation physique du sous-sol est dotée de tapis de gymnastique relativement moelleux et qu'ils peuvent parfois s'arranger pour y faire la sieste, une des occupations favorites à l'hôpital. De même, au service des admissions, quelques malades attendent avec impatience la séance bi-hebdomadaire de rasage parce que, s'il y a un fauteuil libre, ils peuvent s'offrir quelques minutes de repos sur un siège confortable. Moniteurs de gymnastique et coiffeurs savent fort bien qu'ils n'ont qu'à tourner le dos pour qu'un malade en profite pour s'asseoir et prendre ses aises; il s'agit d'ailleurs là d'une éventualité et d'un but constamment poursuivi dans tout l'hôpital. Les malades employés à la blanchisserie peuvent se raser seuls et sans avoir à se presser dans la salle de bains du sous-sol, ce qui constitue un grand privilège. Tel malade d'un certain âge,

73. On doit noter que, même si ces divers efforts révèlent un esprit d'initiative assez poussé, l'usage personnel de matériaux ou d'outils décrit par Dalton (*op. cit.*, p. 199, sq.) dans un établissement industriel et dans un établissement commercial se fait sur une échelle et avec une prodigalité qu'il est bien difficile, pour les reclus des institutions totalitaires, d'approcher. On pourrait trouver des réalisations de ce type encore bien plus achevées en se référant à la grande opération de «réorganisation» menée par l'armée américaine à Paris, à la fin de la phase européenne de la Seconde Guerre mondiale.

74. La littérature consacrée aux institutions totalitaires réserve quelques bons exemples. Les détenus apprécient parfois le travail à la ferme ou à la carrière, même en hiver, pour l'air frais et l'exercice qu'il leur procure. (Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 60), ou même les cours de mécanique générale par correspondance parce que cela les aide à préparer leur évasion (Thomas Gaddis, *Birdmann of Alcatraz*, New York, New American Library, 1958, p. 31) ou les cours de droit, pour apprendre à présenter eux-mêmes leur dossier, ou les cours artistiques, afin de pouvoir s'emparer du fruit frais qui sert de modèle. (J. F. N. 1797 «Corrective Training», *Encounter X*, mai 1958, p. 17). Kogon (*op. cit.*, p. 83) suggère, à partir du travail concentrationnaire: «Dans tous les détails du travail, les préoccupations des prisonniers s'orientaient d'abord vers deux buts: un abri et du feu. On assistait alors, l'hiver, à une véritable ruée sur certains emplois particulièrement enviables. On corrompait les chefs d'équipe avec d'énormes pourboires pour obtenir un travail auprès d'un feu, même en plein air.»

affecté comme portier dans le hall des appartements du personnel, récupérait souvent, après les soirées données par ses hôtes, des restes de nourriture ou de boisson ; de plus, pendant les temps morts de la journée, il pouvait s'installer devant le poste de télévision du personnel, l'un des meilleurs de l'hôpital. Certains malades m'ont dit qu'ils faisaient tout ce qu'ils pouvaient pour se faire envoyer au service médical et chirurgical parce que là au moins on les traite vraiment en malades, ce qui me semble confirmé par ce que j'ai pu voir moi-même⁷⁵. Certains finissent même par découvrir des vertus cachées dans le traitement par l'insuline : en effet les malades à qui l'on fait subir le choc insulinaire sont autorisés à rester au lit toute la journée dans la chambre à insuline — plaisir hors de portée dans la plupart des autres salles — et se voient traités tout à fait comme des malades par les infirmières.

Comme on le pense bien, beaucoup d'affectations donnent aux malades l'occasion d'entrer en contact avec des personnes du sexe qui les attire, adaptation secondaire qui est exploitée et en partie légitimée dans la vie normale par nombre d'organisations de loisirs ou d'organisations religieuses. De même, certaines affectations permettent parfois à deux personnes séparées par la ségrégation interne pratiquée à l'hôpital de se donner rendez-vous⁷⁶. Ainsi des malades ont l'habitude d'arriver

75. Évidemment, la maladie simulée est un thème familier dans les institutions totalitaires : « Mais en dépit de tout cela, de l'obscurité et de l'atmosphère confinée de l'infirmier où les malades présumés devaient se contenter de rester enfermés jusqu'à ce que les médecins les eût déclarés guéris, il arrivait souvent, surtout lorsque le mauvais temps se prolongeait, que les pseudo-malades acceptassent la monotonie de ce séjour triste à l'hôpital pour échapper aux travaux épuisants et aux vareuses trempées » (Melville, *op. cit.*, p. 313).

76. Norman (*op. cit.*, p. 64) donne, dans son style particulier, l'exemple d'une prison britannique : « Le défilé des malades est la plus grosse fumisterie que l'on puisse voir. Sur les vingt hommes de la liste, il y en a peut-être un qui ait vraiment attrapé quelque chose ; presque tous les types sont là ou bien parce qu'ils n'ont pas envie d'aller au travail ce matin-là, ou bien parce qu'ils ont donné rendez-vous à quelqu'un d'un autre bâtiment qui se sera fait porter malade lui aussi. C'est un des seuls lieux sûrs de rendez-vous. Dans certaines très grosses tôles, vous pouvez avoir un copain dans un secteur, vous trouver dans un autre et ne le voir jamais, pas plus qu'il ne vous verra pendant tout votre temps, même si vous restez là tous les deux pendant des années. Alors vous devez vous arranger comme ça, et vous pourrez vous voir. »

au cinéma ou aux séances de charité un peu avant le début de la représentation, pour entamer un badinage galant qu'ils essaient de poursuivre pendant la séance en s'asseyant l'un à côté de l'autre ou, autrement, en trouvant quelque moyen de communiquer au cours de la représentation⁷⁷. Au moment de prendre congé, on retrouve encore l'occasion de communiquer, ce qui donne aux soirées une fonction sociale analogue à celle qu'elles peuvent avoir dans une petite ville. Les réunions des Alcooliques Anonymes, dans le parc de l'hôpital, jouent un rôle semblable : c'est l'occasion pour des malades maintenant amis, que leurs escapades d'ivrognes ont conduits à l'internement, de se retrouver, une fois toutes les deux semaines pour bavarder et renouer contact. Le sport joue le même rôle. Pendant les temps morts, au cours des tournois de volley-ball, il n'est pas rare de voir, dès le coup de sifflet, un joueur se précipiter au-delà des limites du terrain pour serrer les mains de sa petite amie qui, bien qu'elle soit censée n'avoir quitté le quartier que pour voir le match, est en fait venue pour cette étreinte. Les séances de thérapie sont l'une des activités caractéristiques de l'hôpital psychiatrique que les malades cherchent à exploiter pour développer des contacts avec des camarades, ou combiner des rendez-vous. À l'Hôpital Central, on pratique surtout la thérapie de groupe, la danse-thérapie et le psychodrame. Les séances se passent toujours dans une atmosphère de relative liberté et recrutent surtout leur public parmi les malades à la recherche de contacts avec les représentants du sexe opposé. Le psychodrame est surtout facile à exploiter parce que l'on baisse les lumières pendant la séance. Quant à la danse-thérapie, elle se prête particulièrement à l'exploitation étant donné que l'on danse souvent avec la personne de son choix.

Parmi les raisons d'accepter une affectation, il faut placer en premier lieu le fait qu'elle donne l'occasion d'échapper au quartier et à ce qu'il implique de contrôle de la part des surveillants et d'inconfort matériel. Le quartier représente une sorte de repoussoir qui donne

77. Les chapelles des prisons sont parfois, semble-t-il, des lieux de rencontre d'homosexuels, ce qui vaut à la religion une mauvaise réputation. (Cf. par exemple Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 117-18).

aux malades envie de participer coûte que coûte à toutes les entreprises, collectives, facilitant par là l'apparent succès de ces initiatives⁷⁸. Qu'un membre du personnel offre du travail, un traitement, une distraction ou même des causeries éducatives, il est en principe assuré de trouver une foule d'amateurs, tout simplement parce que l'activité proposée, quelle qu'elle soit, a de fortes chances d'apporter une amélioration sensible aux conditions de vie des malades. Ainsi ceux qui se font inscrire aux cours artistiques, trouvent-ils l'occasion de quitter le quartier et de passer une demi-journée dans une salle fraîche et calme du sous-sol, à dessiner sous la direction très douce d'une femme de la bonne société qui accomplit là sa « bonne action » hebdomadaire. Un grand phonographe joue de la musique classique et l'on distribue à chaque cours des sucreries et des cigarettes toutes roulées. On peut dire qu'à l'hôpital l'assistance aux séances publiques est une forme de captivité, mais librement consentie.

Alors que les surveillants, les infirmières et souvent même le personnel médical présentent franchement les corvées de quartier (pousser la cireuse, par exemple) comme l'un des moyens les plus efficaces pour le malade d'améliorer ses conditions de vie, il n'en va pas de même pour la participation aux différentes formes de psychothérapie, si bien que l'on peut considérer la participation à ces formes « supérieures » de traitement comme une adaptation secondaire lorsqu'elle est entreprise par souci de promotion. À tort ou à raison, beaucoup de malades voient aussi dans la participation à ces activités le signe qu'ils ont été « traités » et certains pensent même qu'à leur départ de l'hôpital cela servira à prouver à leurs employeurs et à leurs familles qu'ils ont subi avec succès un authentique traitement. Les malades

78. On pourrait en dire autant des cellules de prison (Cf. par exemple Norman, *op. cit.*, p. 32). Pour certains chefs de famille, la femme et les enfants produisent le même effet de repoussoir, qui conduit les hommes à sortir pour jouer aux boules, boire, aller à la pêche, assister à des conférences ou se livrer à toute autre activité, à condition qu'elle se déroule au dehors. Si ces activités étaient envisagées seulement en elles-mêmes, il serait difficile de comprendre les satisfactions qu'elles peuvent procurer.

pensent également que le zèle dont ils font preuve au cours de ces séances lui vaudra la sympathie agissante du spécialiste pour appuyer les efforts qu'ils font afin d'améliorer leurs conditions de vie à l'hôpital ou obtenir leur sortie⁷⁹. Ainsi, un malade dont nous avons déjà décrit l'adresse à exploiter le système hospitalier répondait à un camarade qui lui demandait comment il comptait s'arranger pour sortir : « Mon vieux, je vais participer à tout. »

Naturellement, le personnel n'apprécie pas toujours l'usage imprévu que l'on fait de ses soins. Un animateur de psychodrame me confiait :

« Quand je vois qu'un malade ne vient que pour rencontrer sa petite amie ou pour passer le temps en compagnie sans poser ses problèmes ou essayer de guérir, je le prends à part pour lui dire ce que j'en pense. »

De même, les thérapeutes de groupe se croient tenus de critiquer leurs malades quand ils soulèvent, en séance, leurs difficultés avec l'institution plutôt que leurs propres problèmes affectifs.

Ce qui détermine principalement le choix d'une affectation, c'est la possibilité d'approcher les membres haut placés du personnel. Étant données les conditions de vie habituelles dans les quartiers, tout malade qui travaille dans l'entourage d'un de ces personnages améliore son sort, en se voyant octroyer des conditions de vie plus douces, qui sont celles du personnel, et cela a toujours constitué un facteur de division entre commis et gens de maison, entre combattants du front et militaires affectés aux postes administratifs de l'arrière. Ainsi une malade bonne dactylo remplit toutes les conditions pour être traitée aussi honorablement pendant son travail que si elle n'était pas malade. Le seul prix à payer dans une situation de ce genre, c'est qu'il faut entendre de quelle manière le personnel parle des malades derrière leur dos.

79. Un exemple typique apparaît dans l'enthousiasme avec lequel les détenus ont manifesté leur ardeur religieuse lorsque les aumôneries ont été créées dans les prisons américaines. Cf. H. E. Barnes & N. K. Teeters, *New Horizons in Criminology*, Seconde édit., New York, Prentice Hall, 1951, p. 732.

De même certains malades assez sociables et équilibrés peuvent choisir de rester dans les quartiers les plus médiocres de l'hôpital pour monopoliser sans mal les tâches agréables et les avantages qui en découlent, comme ce malade qui s'était arrangé pour rester dans un quartier médiocre en refusant de parler au psychiatre et avait fini par se faire donner, pour le soir, la libre disposition du poste des infirmiers y compris la petite arrière-salle où le personnel dispose de confortables fauteuils de cuir, d'une collection de revues et d'une provision de livres, avec la radio, la télévision, et même des fleurs.

B. TERRAINS DE MANŒUVRES.

I. LES ZONES FRANCHES.

Ces différents matériaux ne peuvent servir à bâtir de véritables adaptations secondaires qu'à la condition de s'inscrire dans un espace privilégié⁸⁰.

À l'Hôpital Central, comme dans beaucoup d'institutions totalitaires, chaque interné trouve, en gros, son univers divisé en trois parties et cette division est la même pour tous ceux qui jouissent d'un statut identique dans le système des privilèges. Il s'agit d'abord de l'espace extérieur aux limites de l'établissement. Le seul fait de se trouver dans cette zone est interdit, à moins que le reclus ne soit accompagné d'un agent du personnel dûment autorisé ou qu'il ne s'y trouve en service commandé. Par exemple, comme le mentionne le règlement affiché dans l'une des sections hommes, il est interdit d'aller dans la partie du parc située derrière les bâtiments des femmes, sans doute par mesure de décence. Pour tous les malades, à l'exception de ceux qui, peu nombreux, sont en liberté conditionnelle, les murs de l'établissement marquent les frontières du monde interdit. En outre, pour les malades affectés à un quartier fermé, tout ce qui se trouve à l'extérieur du quartier est hors-limites tandis que, pour les autres malades, c'est ce quartier lui-même qui est zone interdite. La plupart des bâtiments administratifs, certaines ailes, les bureaux des médecins et, à des degrés divers, les salles de garde, sont interdits aux

80. L'étude de l'utilisation sociale de l'espace a été récemment relancée par les travaux de certains spécialistes d'éthologie animale comme H. Hediger et Konrad Lorenz. On pourra lire, par exemple, l'article très intéressant de Robert Sommer, «Studies in personal space», *Sociometry*, XXII, 1959, p. 247-60 et H. F. Ellenberger, «Zoological garden and mental hospital», *Canadian Psychiatric Association Journal*, V, 1960, p. 136-49.

malades. Bien entendu, d'autres études sur les hôpitaux psychiatriques font état de dispositions semblables.

«Lorsque le surveillant de service est dans son bureau, l'accès à ce lieu, ainsi qu'à l'espace de quelques mètres carrés tout autour en est interdit à tous, sauf au groupe de malades privilégiés qui font fonction de responsables de salles. Aucun autre patient ne peut se trouver dans cet espace, ni assis, ni debout. Même les privilégiés peuvent se voir soudain éconduits sans ménagements si le surveillant ou ses assistants le désirent. Une fois donné l'ordre, sur un ton habituellement autoritaire du genre: "File, maintenant", il faut obéir immédiatement. Le malade privilégié bénéficie de ce privilège spécial précisément parce qu'il comprend le sens de cet espace social et des autres aspects de la situation du surveillant⁸¹.»

La seconde division de l'espace correspond à l'«aire de surveillance» où le malade peut se trouver sans autorisation particulière, mais où il est soumis à l'autorité et aux restrictions habituelles de l'établissement. Pour les malades qui jouissent d'une liberté conditionnelle, cette zone s'étend à presque tout l'hôpital. Il y a enfin l'espace où l'autorité du personnel se fait moins sentir. C'est ce troisième type d'espace, sous ses différentes formes, que nous allons étudier.

Dans un hôpital psychiatrique, comme dans les autres établissements, il est expressément interdit de se livrer ouvertement à une activité relevant d'une quelconque adaptation secondaire. Lorsque ce genre d'activité se pratique, ce doit être à l'insu du personnel, c'est-à-dire parfois tout simplement en dehors de son champ visuel⁸². Le malade, par exemple, cache un sourire moqueur en

81. Cf. Ivan Belknap, *Human Problems of a State Mental Hospital*, New York, Mc Graw-Hill, 1956, p. 179-80.

82. L'exemple d'une prison américaine est donné dans Alfred Hassler, *Diary of a Self-Made Convict*, Chicago, Regnery, 1954, p. 123: «Quelques minutes plus tard le gardien fait son compte, et à ce moment-là, chaque homme est censé se tenir debout à la porte de sa cellule, entièrement habillé. Mais comme le gardien se contente de jeter un coup d'œil par la fenêtre, il est assez facile pour le détenu d'enfiler sa chemise et, en se tenant près de la porte, de présenter l'apparence désirée.»

se tournant à demi; lorsqu'il est interdit de manger, il mâchonne des aliments sans remuer les mâchoires; quand il n'a pas le droit de fumer, il dissimule sa cigarette allumée dans le creux de sa main et, lorsque l'infirmière-chef traverse la salle, il pose la main sur les cigarettes qui lui servent de jetons pour qu'elle ne s'aperçoive pas qu'il est en train de jouer au poker avec ses compagnons. Telles sont, à l'Hôpital Central, les ruses employées pour se cacher du personnel, mais on en trouve d'autres dans d'autres établissements psychiatriques:

«Mon refus total de la psychiatrie qui s'était, après ma sortie du coma, transformé en adulation fanatique, entra alors dans une troisième phase, celle de la critique constructive. Je me rendis compte de la stupidité ambiante et du dogmatisme administratif qui caractérisaient la bureaucratie de l'hôpital. Mon premier mouvement fut de condamner, puis je finis par mettre au point des moyens susceptibles de me permettre de manœuvrer librement dans la structure délicate de la politique hospitalière. Pour donner un exemple, mes lectures avaient été contrôlées pendant une période relativement longue et j'avais mis au point, à la fin, un moyen de me *tenir au courant* * sans alarmer inutilement infirmières et surveillants: j'avais clandestinement fait entrer plusieurs numéros de *Round and Horn* ** dans le quartier en prétendant que c'était une revue de chasse et de pêche. J'avais lu très ouvertement *Shock Therapy* de Hoch et Kalinowski (considéré à l'hôpital comme manuel stratégique, *top secret*), après l'avoir mis dans la couverture du livre d'Anna Balakian, *Literary Origins of Surrealism*⁸³.»

En outre, personnel et internés collaborent tacitement pour rendre possible l'accès à des zones interdites dans lesquelles la surveillance et les interdictions sont nettement relâchées; là, le reclus peut se livrer à toute une série d'activités taboues, tout en se sentant à peu près en sécurité. Le nombre des malades y est nettement

* En français dans le texte.

** «À cor et à cris».

83. Cf. Carl Salomon, «Report from the Asylum», in G. Geldman et M. Gartenberg, *The Beat Generation and the Angry Young Men*, New York, Dell publish Co., 1959, p. 177-78.

moins élevé qu'ailleurs, ce qui contribue à donner à ces lieux une atmosphère paisible et tranquille. Le personnel en ignore l'existence ou, s'il en a connaissance, il choisit soit de les éviter, soit d'abandonner son autorité lorsqu'il y pénètre. Il y a, en somme, une géographie de la liberté. Nous pouvons nous attendre à trouver ces endroits, que j'appellerai zones franches (*free places*) de préférence dans les organisations où l'autorité repose sur une seule catégorie de personnel au lieu d'être répartie selon une échelle hiérarchisée de responsables. Ces zones franches sont comme les coulisses de la scène où se jouent habituellement les relations entre le personnel et les reclus.

À l'Hôpital Central, les zones franches sont souvent vouées à des types particuliers d'activités interdites : le petit coin de bois derrière l'hôpital est la cachette où l'on se réfugie à l'occasion pour boire ; la cour située derrière le foyer et l'ombre d'un gros arbre au centre du parc servent traditionnellement aux parties de poker. Parfois, cependant, la seule utilité de ces zones franches est qu'on peut y passer un moment hors de portée du personnel, loin des quartiers bruyants et grouillants. Ainsi, sous certains bâtiments, subsiste encore l'ancienne voie empruntée par les chariots qui transportaient la nourriture depuis les cuisines ; sur les bords de ce couloir souterrain, les malades ont rassemblé des bancs et des chaises sur lesquels certains demeurent assis toute la journée, sachant qu'aucun surveillant ne risque de les déranger. Ce couloir souterrain sert aussi à passer d'une partie du parc à une autre sans risquer de rencontrer un membre du personnel vis-à-vis duquel il faudrait retrouver le comportement habituel du malade. Tous ces endroits semblent exhaler une atmosphère de détente et de libre disposition de soi qui contraste avec l'impression de malaise régnant dans certains quartiers. Ici l'on peut être son maître ⁸⁴.

84. Melville, en décrivant la vie à bord d'une frégate donne un bel exemple de zone franche : « En dépit de l'espèce de communisme domestique auquel les matelots sont condamnés sur un navire de guerre et du caractère public que prennent les actions, même les plus intimes et les plus secrètes par nature, il reste pourtant un ou deux coins où l'on peut parfois

Les zones franches varient, on l'a vu, selon la zone d'origine — c'est-à-dire la résidence habituelle — et le nombre de leurs usagers. À l'Hôpital Central, certaines de ces zones n'attirent que les malades d'un seul quartier. Il en va ainsi par exemple pour le couloir des toilettes et les toilettes elles-mêmes dans les quartiers de chroniques-hommes : le sol y est de pierre et les fenêtres sans rideaux ; c'est là que l'on envoie les malades qui veulent fumer et il est entendu que le personnel

se faufiler pour quelques instants et être presque seul. Il y avait d'abord le porte-haubans, où je me rendais parfois, pour me laisser aller aux méditations inspirées par les latitudes tropicales, lorsque le navire glissait agréablement sur le chemin du retour. Lorsque j'en avais assez du vacarme des filins de la hune, c'est là que je me reposais, si l'on ne me dérangeait pas, en tirant tranquillement la philosophie de tout ce que j'avais appris.

Le porte-haubans est cette petite plate-forme, au dessus de la cale, juste à la base des haubans qui descendent majestueusement des trois têtes de mâts jusqu'aux bastingages. Là, un officier pouvait, une fois son travail terminé, s'accorder une heure de détente, à fumer un cigare pour débarrasser ses favoris de la fumée sale de la poudre à canon.

.....
Mais, bien que le balcon arrière et la galerie de poupe aient disparu à bord des navires de guerre, le porte-haubans demeure et l'on ne peut imaginer retraite plus agréable. Les blocs et aiguillettes énormes qui forment le support des haubans divisent cette plate-forme en une multitude de petits sanctuaires, recoins, niches et autels où l'on peut s'étendre paresseusement, à bord et pourtant bien loin du navire. Mais, dans cet univers qu'est le bateau de guerre, les concurrents ne manquent pas pour partager une bonne chose. Souvent, tandis que j'étais confortablement installé dans l'un de ces petits recoins, laissant errer mon regard sur l'horizon et pensant à Cathay, je me suis brusquement trouvé tiré de mon repos par quelque vieux canonier qui venait de peindre un lot de « marmottes » et voulait les mettre à sécher.

À d'autres moments, c'était l'un des experts en tatouage qui se hissait par-dessus le bastingage suivi de son client ; alors je voyais s'allonger un bras ou une jambe nus et commençait, juste sous mes yeux, le travail déplaisant de l'aiguille sous la peau. Ou bien c'était un groupe de loups de mer qui, faisant irruption avec leur nécessaire ou leur sac marin et des piles de vieux pantalons à raccommoder, violaient ma retraite et, s'installant en cercle pour une séance de couture, me chassaient par leurs bavardages.

Mais un jour — c'était un dimanche après-midi —, j'étais allongé confortablement dans une petite niche particulièrement abritée du soleil et isolée, entre deux aiguillettes, lorsque j'entendis une voix basse et suppliante. Jetant un coup d'œil par les fentes étroites ménagées entre les cordages, j'aperçus un vieux matelot, à genoux, le visage tourné vers la mer, les yeux fermés, qui priaient avec la ferveur la plus ardente. »

y exerce une surveillance réduite⁸⁵. Sans être rebutés par l'odeur qui règne en ces lieux, certains malades choisissent d'y passer une partie de la journée, à lire, regarder par la fenêtre, ou à rester simplement assis sur les sièges relativement confortables des W. C. En hiver, la véranda ouverte de certains quartiers joue un rôle identique : certains malades préfèrent avoir un peu froid, mais être relativement libres et sans surveillance.

D'autres zones franches sont le lieu d'attraction de toute une section qui peut comprendre un ou plusieurs bâtiments. Le sous-sol abandonné d'un bâtiment affecté aux chroniques-hommes s'est trouvé sans formalités occupé par les malades qui y ont apporté quelques chaises et une table de ping-pong. Certains membres de la section passent la journée entière sans aucune surveillance. Lorsque des surveillants viennent utiliser la table de ping-pong, ils se trouvent sur un plan de quasi-égalité avec les malades et ceux qui ne sont pas disposés à respecter ce contrat implicite s'abstiennent de venir.

Outre ces zones franches réservées à des quartiers ou à des sections particuliers, il en est qui drainent les malades de tout l'hôpital. C'est le cas du champ en partie planté d'arbres derrière l'un des bâtiments principaux, d'où l'on jouit d'un excellent point de vue sur la ville en contre-bas, et où des familles qui n'ont aucune attache avec l'hôpital viennent parfois pique-niquer. Cette zone tient une place importante dans la mythologie de l'hôpital, car elle est, dit-on, le terrain d'élection des activités sexuelles les plus débridées. Le pavillon de garde situé

à l'entrée principale de l'hôpital fait assez bizarrement partie des zones franches. Chauffé l'hiver, il permet de voir ceux qui entrent et qui sortent ; en outre, il se trouve à proximité des rues fréquentées par les gens normaux et peut constituer un but de promenade. Les gardiens de ce pavillon dépendent de la police civile et non du corps des surveillants et, sans doute parce qu'ils sont quelque peu isolés du reste du personnel, ils ont tendance à considérer les malades comme des gens avec qui l'on peut avoir des rapports humains ; il règne donc là une atmosphère relativement libre.

La plus importante des zones franches ouvertes à toute la communauté se trouve sans doute aux alentours du petit magasin indépendant qui sert de cantine aux malades. Il est géré par l'Association des aveugles et compte plusieurs malades parmi son personnel. Des malades et quelques surveillants y passent la journée sur des bancs disposés à l'extérieur et se reposent, papotent, ou commentent ce qui se passe à l'hôpital en buvant du café, des boissons non alcoolisées, et en mangeant des sandwiches. Cet endroit n'est pas seulement une zone franche, il joue aussi, comme la fontaine publique de jadis, le rôle traditionnel de bureau de renseignements où se collectent et s'échangent les nouvelles⁸⁶.

Autre zone franche, le buffet du personnel auquel les malades en liberté conditionnelle (ou accompagnés de visiteurs qui en prennent la responsabilité) ont officiellement accès s'ils ont assez d'argent pour payer leurs consommations⁸⁷. Bien que beaucoup de malades soient

85. Dans d'autres institutions, les toilettes jouent un rôle identique. On trouvera chez Kogon (*op. cit.*, p. 51) cette description d'un camp de concentration : «Lorsqu'un camp se trouvait entièrement équipé, on installait parfois une salle d'eau et des latrines ouvertes, à raison d'une toutes les deux ailes. C'est là que les prisonniers fumaient en cachette quand ils en avaient la possibilité, car il était formellement interdit de fumer dans les baraquements.» Même description à propos d'une prison chez Heckstall-Smith (*op. cit.*, p. 28) : «Dans l'atelier de fabrication des sacs à courrier, comme dans tous les autres, il y avait des W. C. où les hommes passaient, semblait-il, autant de temps que possible. Ils s'y rendaient pour fumer en cachette ou simplement pour rester assis et se dérober au travail, car il est rare en prison de trouver un homme qui éprouve le moindre intérêt pour le travail qu'il fait.»

86. Cf. un exemple tiré de la vie à bord chez Melville (*op. cit.*, p. 363-64) : «Sur le navire de guerre la cuisine ou cokerie qui se trouve sur la batterie est le grand centre de commerces et de renseignements pour les marins. Ils s'y rassemblent pour bavarder pendant la demi-heure qui suit chaque repas. Pourquoi cet endroit et ce moment ? Parce que c'est seulement après les repas et seulement au voisinage de la cuisine que les matelots ont le droit de savourer une cigarette.» Dans les petites villes américaines, l'entrée de certaines boutiques peut avoir, pour certaines catégories sociales, la même fonction. (Cf. par exemple la bonne description de James West, *Plainville, U. S. A.*, New York, Columbia University Press, 1945, p. 99-107, «Loafing and Gossip Groups».)

87. Ce règlement illustre bien l'esprit d'humanité et de libéralisme qui caractérise certains aspects de la vie à l'Hôpital Central. On pourrait présenter une description complète de l'hôpital à partir de cette

terrorisés par cet endroit et s'y sentent mal à l'aise, il en est qui réussissent à en tirer le maximum de satisfactions en exploitant le principe tacitement admis que, là du moins, un malade doit être traité comme n'importe qui. Après chaque repas au quartier, une poignée de malades viennent y prendre le café pour faire passer le goût désagréable d'un repas pris dans l'ambiance de la salle commune. Ils se trouvent alors mêlés aux infirmières stagiaires et au personnel résidant et font en somme de cet endroit leur centre social, à tel point que périodiquement ils s'en font expulser.

De toute évidence, à mesure que les malades s'élèvent dans le système des quartiers et atteignent à des privilèges de plus en plus élevés, ils ont accès à des zones franches dont l'attraction s'étend de plus en plus loin⁸⁸. En outre, le statut de l'espace étant lié au système des quartiers, un secteur interdit à tel malade rebelle peut fort bien être zone franche pour tel autre plus docile⁸⁹. Il faut en outre remarquer qu'un quartier peut lui-même devenir zone franche au moins pour la section dont il fait partie. Ainsi, certains quartiers de l'une des sections de malades chroniques, et une salle de sortants ou de convalescents dans une section d'admission pour hommes, sont « ouverts » à l'heure où le personnel est

optique libérale et des journalistes l'ont effectivement fait. En prenant connaissance d'une première ébauche de mon étude, le médecin-chef de l'époque me fit remarquer que, sans discuter l'exactitude des détails, il pouvait contester le résultat global en s'appuyant sur des assertions tout aussi vraies, et favorables à l'hôpital. C'est exact. La question, cependant, est de savoir si les dispositions libérales de l'administration hospitalière affectent la vie d'une poignée seulement de malades, et occasionnellement, ou si elles inspirent de façon constante et profonde l'organisation responsable de la vie de tous les malades, sous tous ses aspects.

88. En dehors des institutions totalitaires, ainsi que nous l'avons précédemment indiqué, des zones franches comme les parcs municipaux peuvent rassembler des individus venus de très loin. On trouvait à Londres, jusqu'au XVIII^e siècle, des zones franches qualifiées de sacrées (*sanctuaries*) où les voleurs poursuivis étaient parfois prémunis contre toute arrestation (Cf. L. O. Pike, *History of Crime in England*, 2 vol., Londres, Smith Eider & Cie, 1876, Vol. II, p. 252-54).

89. On peut ajouter qu'en interdisant aux malades certains endroits, comme les appartements du personnel célibataire, on permet au personnel de se « détendre », loin des contraintes que la présence des malades fait peser sur son comportement.

en conférence. Pendant la journée, le personnel affecté à ces quartiers est très réduit, il peut même n'y avoir personne et, par conséquent, on s'y trouve relativement affranchi de toute surveillance. Le quartier du service d'admission est également doté d'une table de billard, d'illustrés, de la télévision, de cartes, de livres et même d'infirmières stagiaires, et il y règne une atmosphère de sécurité, de bien-être et de divertissement qui rappelle à certains malades le foyer militaire.

Il est des types d'affectations qui donnent aux malades l'occasion de trouver d'autres zones franches, surtout si le travail se fait sous la direction d'un spécialiste et non d'un surveillant, car on essaie alors de recréer l'atmosphère d'un lieu de travail où s'instaure une liberté qui tranche sur l'autorité et la contrainte caractéristiques de la vie au quartier. Telle est l'atmosphère qui prévaut dans les principaux ateliers des services généraux, à la blanchisserie et à la cordonnerie : l'affectation devient alors un des meilleurs expédients mis en œuvre pour obtenir l'accès à une zone franche. Pour certains malades, la salle de thérapie occupationnelle (*occupational therapy*) * du service des admissions, où l'on fait de la menuiserie, constitue une zone franche. Le sous-sol affecté à la danse-thérapie joue le même rôle, surtout pour le groupe de jeunes qui forme une sorte de troupe théâtrale et donne des représentations dramatiques ou des spectacles de danse. Ces malades, qui jouissent d'une grande réputation et ont une grande influence auprès de leurs camarades et du personnel, bénéficient de longues heures d'entraînement et de répétition, sous la direction du thérapeute spécialisé qu'ils aiment bien. Pendant les entr'actes ou à la fin des séances de danse, les malades peuvent se rendre dans la petite pièce voisine de la salle de danse où, s'offrant un coca-cola au distributeur automatique et fumant une cigarette parfois offerte par le thérapeute lui-même, ils se groupent autour du piano, dansent, font quelques figures endiablées, bavardent et prennent ce qu'à l'extérieur on appelle un « petit moment de détente ». Comparés à la vie que la plupart de ces malades favorisés mènent

* *Occupational therapy*: Voir N. d. T., première étude, p. 138 (N. d. T.).

dans leur quartier, ces moments sont incroyablement empreints de douceur, d'harmonie et de liberté, bien loin des pressions de l'hôpital.

Si, dans bien des cas, l'accès à une zone franche est la conséquence incidente de l'affectation, dans d'autres cas, il en est le bénéfice le plus appréciable. Ainsi il y a dans une section, tout près de la salle d'insuline du quartier des admissions, une petite pièce où les infirmières peuvent se reposer et où l'on prépare quelque nourriture pour les malades qui viennent de subir le choc insulinaire. Les quelques malades qui parviennent à se faire employer comme aides dans la salle d'insuline jouissent de l'atmosphère médicale et tranquille qui y règne et profitent un peu du *T. L. C.* * destiné à ceux qui sont en traitement. Dans la petite pièce voisine, ils peuvent sortir de leur rôle de malades, se détendre, fumer, cirer leurs chaussures, plaisanter avec les infirmières et se faire du café.

Il y a des zones franches dont personne ne revendique vraiment la jouissance et dont certaines sont paradoxalement situées au cœur même des bâtiments⁹⁰. Dans l'un des plus vieux bâtiments se trouve le vestibule principal, vaste, haut de plafond et frais en été, sur lequel donnent les bureaux de l'administration et qui est coupé à angle droit par un autre vestibule de 3,50 mètres de large conduisant par une porte fermée à clef aux différents quartiers. Des bancs bordent, de chaque côté, ce sombre renforcement qui contient en outre un distributeur automatique de coca-cola et une cabine téléphonique. Il règne dans le vestibule principal et le renforcement une ambiance spéciale de bureau

* *T. L. C.*: *Tender loving care*, dans l'argot médical américain; référence à la valeur thérapeutique du «maternage» par les infirmières. (N. d. T.).

90. C'est une curieuse constatation que de trouver de telles zones franches bien souvent dans le voisinage immédiat de personnages officiels dont la fonction, entre autres, est d'assurer la discipline au sein de larges secteurs géographiques. Par exemple, dans les petites villes, les ivrognes se réunissent parfois dans les jardins du palais de justice, jouissant là, dans une certaine mesure, du droit de former un groupe d'oisifs qui leur est refusé dans les rues principales. Cf. Irwin Deutscher, «The Petty Offender: A Sociological Alien», *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, XLIV, 1954, p. 595 et sq.

administratif. Officiellement, les malades sont censés ne pas «traîner» dans ce recoin, parfois même on les empêche de traverser le vestibule. Pourtant, certains d'entre eux, bien connus du personnel qui leur assigne des tâches de confiance, sont autorisés à s'asseoir dans le renforcement; pendant les chauds après-midi d'été, on peut les y trouver, poussant la liberté jusqu'à jouer aux cartes et, d'une façon générale, très loin en esprit de l'hôpital, bien qu'ils soient installés en son cœur même.

De tous les expédients, les plus poignants sont ceux qui consistent à jouir par procuration des zones franches réservées aux autres. Des malades en cellule passent leur temps à regarder par la fenêtre, lorsqu'ils peuvent l'atteindre, ou par le judas de la porte, et suivent ainsi, par procuration, l'activité qui se déroule dans le parc ou dans le quartier. Dans les quartiers d'arrière, certains hommes se battent pour s'approprier le rebord de la fenêtre et, une fois qu'ils s'en sont emparés, ils s'en servent comme d'un siège; se blottissant dans l'embrasure et regardant à travers les barreaux, ils pèsent de tout leur être sur l'extérieur comme pour se projeter hors de la salle et se libérer de ses limites matérielles. Les malades autorisés à sortir dans le parc prennent parfois les bancs les plus rapprochés de la palissade extérieure et passent leur temps à observer les piétons ou les voitures qui passent devant l'hôpital, se donnant ainsi quelque peu l'illusion de participer à l'existence libre du dehors.

On peut ajouter que, plus le cadre dans lequel l'individu doit vivre est mauvais, plus il est facile de qualifier un endroit quelconque de zone franche. Ainsi, dans certains des quartiers les plus défavorisés, comptant jusqu'à soixante patients, dont beaucoup de «gâteux», on fait face à l'insuffisance du personnel pendant la soirée (service de 16 heures à minuit) en entassant tous les malades dans la salle de jour et en bloquant l'entrée de façon à ce qu'ils se trouvent tous dans le champ visuel d'une seule personne. C'est le moment du départ du personnel médical, de la tombée de la nuit en hiver — et le mauvais éclairage des salles en rend les effets plus sensibles encore — et de la fermeture des fenêtres. Alors un voile supplémentaire tombe et

achève de recouvrir ce qui est déjà à demi-dissimulé aux regards. L'impression de répulsion, de tension et de conflit latent s'en trouve accrue. Quelques malades, souvent ceux qui se portent volontaires pour balayer le plancher, faire les lits et pousser le troupeau des autres malades dans la salle commune, ont l'autorisation de demeurer à l'extérieur de cet enclos et de se promener librement dans les vestibules alors déserts qui vont du dortoir aux bureaux des surveillants. En de tels moments, n'importe quel endroit hors la salle commune revêt une apparence paisible et l'on y éprouve l'impression que le personnel ne vous est pas si hostile. L'espace interdit à la masse des malades devient par là même zone franche pour quelques élus.

II. LES TERRITOIRES RÉSERVÉS.

Sous le nom de « zones franches », nous n'avons étudié qu'un type d'espaces que les utilisateurs savent accessibles, en fait ou en droit, à d'autres et sur lesquels ils n'ont ni droit d'exclusivité, ni sentiment de propriété. Il arrive pourtant qu'un groupe de malades, non content d'avoir accès à des zones franches, veuille encore y attacher un droit de propriété pour en écarter tous ceux qui n'y sont pas explicitement invités. Dans ce cas, nous pouvons parler de territoires réservés (*group territories*)⁹¹.

91. Cette notion de territoire est illustrée par la division bien connue de Chicago en zones dont chacune était le domaine d'un gang. « Si les lourdes pertes occasionnées par la guerre de la bière n'aboutirent pas à l'extermination des gangsters, comme l'espéraient avec beaucoup d'optimisme nombre de citoyens disciplinés, elles amenèrent, pour différentes raisons, les chefs de gangs à faire la paix et à se mettre d'accord pour définir le territoire dans les limites duquel chaque gang ou syndicat pouvait opérer sans craindre de concurrence, avec interdiction d'empiéter sur le territoire des autres. » John Landesco, « Organized Crime in Chicago », Part III de *The Illinois Crime Survey*, 1929, p. 931. Un autre type de territoire qui a récemment attiré l'attention est le « secteur » des blousons noirs. Le concept de territoire a d'abord été emprunté à l'éthologie et en particulier à l'ornithologie. Il désigne la zone qu'un animal (ou un groupe d'animaux) défend en général contre les intrusions de mâles de la même espèce ; les limites de cette zone sont très variables : elle peut aller de simple nid ou de la tanière de l'animal jusqu'à son

Les territoires réservés à un groupe semblent peu développés à l'Hôpital Central où ils ne sont que le prolongement des droits légitimement accordés aux malades pour l'usage d'un espace donné. Par exemple, dans un service de traitements de longue durée, il y a, près de l'une des salles communes, une véranda avec table de billard, table à jouer, télévision, illustrés et autres accessoires de détente. Là, les surveillants et les malades bien en place, installés depuis longtemps et formant une espèce de classe dirigeante, se mêlent sur un pied d'égalité, échangeant des nouvelles de l'hôpital comme s'ils se trouvaient dans un mess de sous-officiers. Il arrive qu'un surveillant amène son chien pour le montrer aux autres ou bien qu'il arrange une partie de pêche avec des malades autorisés à sortir, ou qu'il consulte le journal hippique avec ceux qui se trouvent là, blaguant sur les paris qui ont été ou qui vont être pris. Les parties de poker entre malades et surveillants qui s'y tiennent pendant les week-ends placent en quelque sorte les surveillants sous le pouvoir des malades. Il en va de même quand un surveillant se fait apporter des plats de la cuisine des malades, chose formellement interdite, mais qu'il se permet parce qu'il se sent assez en sécurité pour le faire ouvertement. Lorsque des malades font trop de bruit, les surveillants ne peuvent les punir qu'avec la tacite approbation des autres malades. La fraternisation évidente qui se manifeste là contraste de manière significative avec le genre de relations que les psychiatres offrent aux malades auxquels ils s'intéressent. Ajoutons que surveillants et malades unissent leurs efforts pour

« domaine » (« *home range* ») tout entier, c'est-à-dire la zone dans laquelle l'animal évolue régulièrement. Sur ce « domaine », certains lieux ont une fonction spécialisée, il y a les endroits où l'on élève les petits, ceux où l'on boit, où l'on se baigne, où l'on se frotte, etc. (Cf. W. H. Burst, « Territoriality and Home Range Concepts As Applied to Mammals », *Journal of Mammalogy*, XXIV, 1943, p. 346-52 ; H. Hediger, « Studies of the Psychology and Behaviour of Captive Animals in Zoos and Circuses », *Butterworths Scientific Publications*, p. 16-18 ; C. R. Carpenter, « Territoriality: A Review of Concepts and Problems », in A. Roe et G. C. Simpson, *Behavior and Evolution*, New Haven, Yale University Press, 1958, p. 224-50. Concernant le concept de territorialité, je dois beaucoup à l'aide qu'Irven De Vore m'a apportée.

tenir les pensionnaires des autres sections à l'écart de la pièce, et surtout des parties de poker.

De même que certaines affectations, en plaçant les malades en contact avec les conditions de travail du personnel, peuvent leur procurer des zones franches, de même les endroits où elles se déroulent, réservés au petit nombre de malades qui leur sont officiellement affectés, peuvent devenir territoires réservés⁹². Par exemple il y a, au foyer, un bureau affecté aux quelques malades qui s'occupent de l'hebdomadaire intérieur. Ils y connaissent des conditions de travail identiques à celles des employés de bureau dans une petite entreprise et ont en outre la certitude que d'autres malades ne viendront pas les déranger sans raison. Durant les nombreuses périodes où il n'y a rien de particulièrement urgent à faire, les membres de ce groupe, hommes ou femmes, peuvent s'installer confortablement sur une chaise de bureau, poser les pieds sur la table et feuilleter tranquillement un illustré en savourant un coca-cola, une cigarette ou une autre douceur due à la générosité du personnel du foyer, dans des conditions d'intimité et de liberté qui ne peuvent être appréciées que par contraste avec les conditions habituelles de la vie à l'hôpital.

Le foyer figure lui aussi au nombre des territoires réservés. Une demi-douzaine de malades y sont affectés pour aider aux tâches domestiques et en assurer la garde. En contrepartie, selon un accord tacite, ils disposent de certains droits spéciaux. Le dimanche,

92. L'existence de dispositions semblables est signalée dans d'autres rapports sur les hôpitaux psychiatriques. (Belknap, *op. cit.*, p. 174) : « Les W. C., la garde-robe et les placards à balais étaient, sauf à certaines heures, zones interdites pour la plupart des malades. Un groupe de malades sélectionnés avait cependant accès à la garde-robe et, dans certaines conditions, aux placards. » Les prisons sont bien sûr célèbres pour les facilités de ce genre qu'elles procurent. Voir l'exemple britannique donné par Heckstall-Smith (*op. cit.*, p. 70) : « Au bureau des affaires éducatives, j'avais de multiples facilités pour parler librement et à cœur ouvert avec les autorités de la prison. Là, notre position était en quelque sorte unique en son genre. On nous faisait parfaitement confiance, nous pouvions aller et venir à notre convenance et n'étions placés sous aucune surveillance directe; nous travaillions seuls et gardions les clefs du bureau dans notre poche. En outre, c'était la tâche qui offrait les conditions les plus confortables de la prison, car dans ce bureau nous avions la radio, et, l'hiver, un poêle ronflant. »

lorsqu'ils ont lavé les parquets et rangé le local après le désordre de la nuit précédente, l'endroit leur appartient jusqu'à l'ouverture des portes qui a lieu tard dans la matinée. Ils y font du café, sortent du réfrigérateur les gâteaux et galettes qu'ils ont mis de côté la dernière fois qu'ils ont aidé à la cuisine. Ils peuvent aussi emprunter pour quelques heures, dans le bureau du gérant, les deux journaux du dimanche auxquels le foyer est abonné. Après le petit travail de remise en ordre du local, alors que les autres malades se pressent contre la porte en attendant de pouvoir entrer, ils peuvent pendant deux heures se laisser aller aux délices de la tranquillité, du confort et de l'indépendance. Si l'un d'eux arrive en retard au travail, il pousse ceux qui attendent à la porte et ses camarades de l'intérieur ne laissent entrer que lui.

Contrairement au pavillon de garde qui représente une zone franche à l'usage de la quasi-totalité des malades autorisés à circuler, certains endroits, qui drainent également leurs habitués de tout l'hôpital, ne sont pas ouverts à tous. C'est le cas du petit bureau occupé par le gérant du local où se donnent les représentations théâtrales. Pendant les répétitions des pièces, spectacles à grande mise en scène et autres manifestations du même genre, alors que les coulisses et la salle elle-même deviennent zones franches pour les malades-acteurs, ce bureau est fréquenté par le petit groupe des piliers de l'hôpital, qui viennent s'y réfugier pour déjeuner et bavarder. Le responsable du local ayant, comme tous les gardiens, plus de contacts avec les malades qu'avec ses collègues, occupe une position marginale entre le personnel et les reclus, et il est traité, au moins par les « habitués », avec un respect et une confiance dont ne jouissent pas en général les membres du personnel.

Dans certains quartiers les territoires réservés de quelques malades sont tacitement défendus par le personnel. Dans ces quartiers, peuplés essentiellement de malades retardés, séniles ou atteints de maladies organiques, les rares malades sociables qui assurent le balayage et le rangement du quartier, se voient officiellement accorder en contre-partie toute une aile de la véranda où une barrière de chaises les isole des autres.

Quelques-uns des privilèges territoriaux gagnés par les malades sont étroitement délimités dans le temps. Par exemple, dans un service de chroniques, cinq hommes sont chargés d'apporter leur repas à quelques malades incapables d'effectuer le trajet de la salle au réfectoire. Après avoir fait le service, ils portent les assiettes vides jusqu'à l'arrière-cuisine du quartier. Juste avant ou après ce travail, on les gratifie d'une assiette de nourriture ou d'un bol de lait, qu'ils peuvent consommer, en prenant tout leur temps, dans la cuisine du quartier. Là, ils sortent du réfrigérateur un reste de café noir du petit déjeuner, le réchauffent, allument une cigarette, et restent assis une demi-heure à se détendre, parfaitement maîtres des lieux et d'eux-mêmes. Certains ont des prétentions encore plus modestes. Par exemple, au service d'admission des hommes, dans la salle où l'on amène les déprimés, les surexcités ou ceux qui sont atteints de lésions cérébrales, certains malades relativement sociables s'isolent derrière une barrière de chaises pour tâcher de se ménager dans la salle de séjour un coin à l'écart de la grossièreté qui caractérise les autres⁹³.

III. LES REFUGES.

Le malade exerce donc un contrôle inhabituel sur deux types de lieux, les zones franches et les territoires réservés. Il partage les premiers avec tous les malades, les seconds avec quelques élus. Reste l'espace que l'individu revendique pour lui seul, où il cherche à s'assurer certaines facilités, une certaine indépendance et des droits tacitement reconnus qu'il ne partage avec aucun autre, sauf s'il l'y invite expressément. Nous parlerons

93. La formation de territoires réservés de ce genre est naturellement très fréquente dans toute la vie normale. On peut l'observer dans la disposition des clôtures à Ascott ou dans la barrière de chaises qu'improvisent les musiciens qui doivent jouer à un mariage (Cf. Howard S. Becker, «The Professional Dance Musician and His Audience», *American Journal of Sociology*, LVII, 1951, p. 142).

dans ce cas de «refuges» (*personal territory*). Il y a à cet égard une sorte de continuum qui va du foyer ou du nid⁹⁴ jusqu'au simple lieu de passage ou refuge⁹⁵ où l'individu se sent aussi protégé et satisfait que possible.

Dans les hôpitaux psychiatriques et les autres institutions du même genre, le type même du refuge personnel est sans doute la chambre individuelle, dont disposent cinq à dix pour cent des malades hospitalisés. À l'Hôpital Central, on a des chances d'obtenir une chambre individuelle en échange d'un travail accompli pour l'hôpital⁹⁶. Une fois pourvu d'une chambre individuelle, le malade peut y accumuler des objets susceptibles de lui procurer du confort, du plaisir, et une certaine indépendance : photos d'actrices, radio, romans policiers bon marché, fruits, allumettes, de quoi faire du café, nécessaire pour se raser, tels sont à peu près les objets, pour la plupart prohibés, que les malades introduisent dans leur chambre.

Les malades qui ont passé plusieurs mois dans un quartier ont tendance à se réserver des refuges dans la salle de jour. Cela revient souvent à s'approprier simplement un coin pour s'asseoir ou séjourner et à en

94. Sur le concept de «nidation», cf. E. S. Russel, *The Behaviour of Animals*, 2^e édition, Arnold, Londres, 1938, p. 69-73. Hediger, *op. cit.*, p. 21-22. Il est parfois difficile de faire un partage net entre refuges du genre «nid» et territoires réservés. Par exemple, dans le monde particulier des jeunes garçons américains, une hutte, un fort ou une cave édifîés dans la cour sont censés constituer un domaine privé où les camarades ne viennent que s'ils sont invités, l'invitation tombant si les relations s'altèrent. Le même genre de construction sur un terrain vague est censé appartenir à la bande.

95. Les refuges constituent l'un des emplacements spécialisés que l'on rencontre souvent à l'intérieur du «domaine» des animaux.

96. Outre le travail qu'il faut fournir pour obtenir une chambre individuelle, cette solution présente d'autres inconvénients. Dans la plupart des quartiers, les chambres sont fermées à clef dans la journée, si bien que, chaque fois que le malade veut y entrer, il doit le demander au personnel qui en a la garde et s'exposer à un refus ou à un mouvement d'impatience de sa part. En outre, certains malades trouvent que ces pièces ne sont pas aussi bien aérées que les grands dortoirs et qu'elles accusent de grands écarts de température, si bien que pendant les mois les plus chauds ils essaient de réintégrer le dortoir.

déloger quiconque s'en empare⁹⁷. Ainsi, dans la salle des traitements de longue durée le radiateur était d'un commun accord réservé à un vieux malade sociable qui, en y étalant un journal, parvenait à s'asseoir dessus, et ne s'en privait pas. Derrière ce radiateur, il gardait certains effets personnels, autre manière de montrer que l'endroit lui appartenait⁹⁸. À quelques pas de lui, dans un coin de la pièce, un malade employé au service de l'hôpital avait ce qu'il nommait son « bureau » : c'était l'endroit où on était certain de le trouver lorsque l'on avait besoin de lui. Il était resté si longtemps assis dans ce coin qu'il y avait un creux sale dans le plâtre du mur à l'endroit de sa tête. Dans la même salle, un autre malade revendiquait son droit de propriété sur une chaise placée juste devant le poste de télévision et qu'il parvenait à défendre contre ceux qui la lui disputaient.

Les règles auxquelles obéit la formation des refuges sont en rapport direct avec le désordre psychique des malades. Le principe égalitaire, ou « loi du premier occupant » qui s'applique à la plupart des situations de la vie ordinaire

97. Le petit coin pour s'asseoir, si important dans la littérature facile consacrée aux clubs, a aussi sa place dans les ouvrages relatifs aux hôpitaux psychiatriques : « Je couchais dans ce quartier depuis plusieurs mois. Pendant la journée, nous occupions une salle de jour agréable, vaste et bien cirée, dotée de fauteuils confortables. Parfois, nous y restions assis pendant des heures sans parler. Il n'y avait pas un bruit, sauf lorsque de temps en temps une ancienne se bagarrait avec une nouvelle qui occupait la chaise qu'elle s'était attribuée de droit. » (Johnson et Dodds, *op. cit.*, p. 72).

98. Partout où les individus ont un emplacement de travail fixe, bureau, guichet, tour, ils tendent, avec le temps, à s'assurer confort et indépendance en s'entourant de tout ce qui fait un chez soi. Une nouvelle fois, je prendrai mon exemple dans la fosse d'orchestre : « Une fois qu'un spectacle est lancé, la fosse prend une allure douillette et familiale. Les musiciens fixent des crochets pour suspendre leur cor pendant l'entracte ainsi que des casiers et des étagères pour leur musique, leurs livres et tout leur attirail. Une pratique courante consiste à fixer sur le pupitre avec la tige recourbée d'un porte-manteau, une petite boîte en bois très pratique pour poser du papier, des crayons, du chewing-gum et des lunettes. Le groupe des instruments à corde de l'orchestre de *West Side Story* avait réussi à donner à son installation la note la plus intime en accrochant des gravures de vedettes (invisibles du public) sur la partie intérieure du rideau qui tombait de la balustrade. Certains musiciens apportaient même de petits postes de radio portatifs afin, le plus souvent, de suivre leur sport favori. » (Ottenheimer, *op. cit.*).

prévaut dans les quartiers les plus évolués alors que la « loi du plus fort », règle souvent moins avouée mais qui ne s'en applique pas moins en mainte circonstance, s'impose surtout dans les quartiers d'arriérés. Cela, cependant, n'explique pas tout. La manière dont beaucoup de malades arriérés s'adaptent à la vie au quartier, quelles que soient leurs raisons personnelles ou les causes extérieures de leur attitude, les conduit à rester silencieux et sans broncher et à éviter de se mêler à la moindre agitation. De tels individus peuvent donc être délogés de leur position en dépit de leur taille ou de leur force. Cela explique l'espèce d'ordre très spécial qui règne dans ces quartiers, où l'on voit les malades capables de relations verbales et affectives déposséder les arriérés des meilleures chaises et des meilleurs bancs. Cela peut aller très loin, au point que certains malades expulsent ceux qui sont incapables de parler des tabourets qu'ils occupent. Le vainqueur dispose alors d'une chaise *et* d'un tabouret tandis que l'autre n'a plus rien du tout, différence considérable si l'on songe que, sauf à l'heure des repas, certains de ces malades passent la journée entière assis ou debout à la même place, sans autre occupation.

Certains malades délimitent leur refuge avec leur couverture, et sans doute est-ce là l'espace minimum pour un domaine personnel. Dans certains quartiers, des malades transportent leur couverture avec eux toute la journée et, ce qui passe pour un symptôme grave de régression, l'étendent sur le plancher pour s'enrouler complètement dedans ; dans cet espace couvert, ils disposent d'une petite marge d'indépendance⁹⁹.

On peut évidemment s'attendre à voir se former des refuges à l'intérieur d'une zone franche ou d'un territoire réservé. Par exemple, au foyer d'une section de chroniques, l'un des deux grands fauteuils de bois bien placés, près de la lumière et du radiateur, était régulièrement

99. Les niches écologiques — encadrements de portes, tentes faites d'une couverture — se rencontrent aussi chez les enfants abandonnés comme l'a signalé, par exemple, Bruno Bettelheim, « Feral Children and Autistic Children », *American Journal of Sociology*, LXIV, 1959, p. 458 : « D'autres encore se construisent des tanières dans les coins sombres ou les placards, ne dorment nulle part ailleurs, préfèrent y passer toute la journée et toute la nuit. »

occupé par un vieux malade respectable et nul, parmi les malades ou le personnel, ne lui contestait ce droit ¹⁰⁰.

À l'Hôpital Central, le sous-sol désaffecté d'un bâtiment réservé aux traitements de longue durée présente un exemple particulièrement complexe de la constitution de refuges au sein d'une zone franche. Les pièces les moins abîmées servent d'entrepôts au petit personnel : dans l'une on range le matériel de peinture, dans une autre le matériel de jardinage. Dans chacune de ces salles travaille un malade qui jouit d'une autonomie semi-officielle : on y trouve des photos d'actrices, la radio, un fauteuil assez confortable, une provision du tabac fourni par l'hôpital. Quant aux autres pièces, moins utilisables, des malades vieillissants, qui sont depuis longtemps dans la maison et bénéficient d'un statut de liberté conditionnelle, se les sont appropriés et ont réussi à garnir cette sorte de nid, ne serait-ce que d'une chaise cassée et d'une pile de vieux numéros de *Life* ¹⁰¹. Les rares fois où un représentant du personnel a besoin d'eux, c'est au sous-sol qu'on va directement les chercher, sans passer par leur quartier.

Dans certains cas, une affectation procure directement un refuge. Par exemple, les malades chargés de l'entretien des vêtements de leur quartier et de la surveillance du magasin ont le droit de rester dans cette pièce en dehors des heures de travail, ils peuvent alors s'y asseoir ou s'étendre sur le plancher, à l'écart des alternances d'agitation et d'ennui de la salle de jour.

100. Pour voir ce qui se passerait, j'attendis qu'un soir la seconde chaise eût été transportée dans un autre coin de la pièce et, avant l'arrivée du malade, je m'assis sur sa chaise, avec l'air de quelqu'un qui lit innocemment. Lorsque le malade arriva à l'heure habituelle, il me lança un long regard calme. J'essayais de me comporter comme quelqu'un qui ne sait pas qu'on le regarde. Ne parvenant pas de cette façon à me rappeler où j'étais assis, le malade examina la pièce pour voir où se trouvait la seconde chaise confortable, la trouva et la ramena à sa place habituelle près de l'endroit où j'étais assis. Puis il me dit d'un ton respectueux, dépourvu d'agressivité : « Cela ne te ferait rien, mon garçon, de changer de chaise et de me laisser celle-ci ? » Je changeai de place, mettant fin à l'expérience.

101. Quelques malades essaient de se construire des nids de ce genre dans les parties boisées du parc, mais le personnel responsable du parc s'empresse de les démolir.

C. CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT.

I. LES PLANQUES.

Dans la vie quotidienne, les objets personnels qui servent aux adaptations primaires sont rangés après usage dans des endroits sûrs, armoires, placards, tiroirs de bureau, boîtes hermétiques, d'où l'on peut les tirer en cas de besoin, mais où ils restent cachés aux yeux des étrangers et préservés de la détérioration ¹⁰², de l'emploi inapproprié et du vol. Ces endroits représentent une sorte de prolongement de la personne en même temps qu'un signe de son autonomie, et leur importance s'accroît lorsqu'on prive cette personne de tout autre refuge. Lorsqu'un individu ne peut avoir aucun objet personnel et lorsque ce qu'il utilise sert aussi à tout le monde, il ne peut guère éviter d'être contaminé par les autres. En outre, l'individu s'est identifié avec certains des objets qui sont ainsi devenus les symboles de la personnalité qu'il présente aux autres et qu'il doit alors abandonner. C'est ainsi qu'un moine accordera une importance particulière à sa boîte à lettres ¹⁰³ qui constitue son unique propriété personnelle et qu'un matelot nourrira le même attachement pour son sac de toile ¹⁰⁴.

102. Bien sûr, des milieux culturels différents du nôtre connaissent également ce genre d'endroits où l'on met ses objets personnels en sécurité. Cf. par exemple John Skolle, *Azalai*, New York, Harper & Bros, 1958, p. 49 : « Les Touareg transportaient toutes leurs affaires dans des sacs de cuir. Ils fermaient ceux qui contenaient des objets de valeur avec le cadenas indigène dont le système était tel qu'il fallait parfois trois clefs pour l'ouvrir. Ce procédé en tant que mesure de précaution pouvait sembler singulièrement inefficace dans une société où tout homme portait un poignard et pouvait, s'il le désirait, entailler le sac de cuir sans se préoccuper de sa fermeture. Personne, cependant, ne pensait à le faire, le cadenas étant universellement respecté comme symbole de propriété privée. »

103. Thomas Merton, *The Seven Storey Mountain*, New York, Harcourt, Brace and Company, 1948.

104. Melville, *op. cit.*, p. 47.

Si on supprime la possibilité d'avoir ainsi des endroits à soi, les victimes chercheront naturellement à en trouver, même d'une manière illicite. Bien plus, s'ils possèdent quelque objet interdit, il leur faudra nécessairement cacher l'endroit où ils le rangent. Dans les milieux criminels ou para-criminels, ce genre d'endroit dérobé, fermé ou non à clef, qui déjoue à la fois l'intérêt malhonnête des compagnons et les fouilles du personnel, porte parfois le nom de « planque » (*stash*); c'est ce terme que nous utiliserons ici ¹⁰⁵. Il faut remarquer que ces planques ont une organisation beaucoup plus complexe que de simples expédients de circonstance puisque les objets illicites les plus divers peuvent s'y trouver en sécurité. Ajoutons que le corps humain mort ou vif représente l'un des objets privilégiés que l'on peut avoir intérêt à dissimuler, comme le montrent certains termes employés à son égard tels que « cachette », « cache », « camouflage » ou certaines scènes classiques de la littérature policière.

Lorsque les malades entrent à l'Hôpital Central, surtout s'ils sont déprimés ou surexcités, on leur refuse toute possibilité de disposer d'un coin à eux pour mettre leurs affaires. Leurs vêtements par exemple sont rangés dans une pièce à laquelle ils n'ont pas librement accès; leur argent est gardé au bureau de l'administration et ils ne peuvent y toucher sans la permission de leur médecin ou de leur représentant légal — voire des deux. Il arrive ainsi que les objets de valeur ou les objets fragiles, dentiers, lunettes, montres-bracelets,

105. Cf. l'exemple d'une prison américaine, tiré de Hassler, *op. cit.*, p. 59-60: « Juste en face de moi se trouve le plus illustre occupant du dortoir, Nocky Johnson, ex-magnat de la politique d'Atlantic City et si ma mémoire est bonne, concessionnaire de la plupart des activités sordides de cette ville. Nocky est un homme d'une soixantaine d'années, grand et massif. Le rang qu'il occupe dans la hiérarchie de la prison s'impose au premier coup d'œil par la demi-douzaine de belles couvertures de laine empilées sur son lit (nous autres, n'en avons que deux, et de qualité médiocre) et par la serrure de son placard dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle est « de trop » au milieu de ce menu fretin. Mon voisin, condamné pour détournement de fonds, me dit que les gardiens n'inspectent jamais les affaires de Nocky comme ils le font pour les autres. Le coup d'œil que j'ai pu jeter à l'intérieur de son placard me le montra bourré de cartouches de cigarettes, principale monnaie d'échange dans ce sanctuaire où l'argent n'existe pas. »

souvent indissociables de la présentation physique d'un individu, soient mis en sécurité hors d'atteinte de leur propriétaire. L'administration garde aussi les papiers d'identité des malades ¹⁰⁶. Les produits de beauté, si nécessaires pour se présenter à autrui sous un jour convenable, sont mis en commun et les malades ne peuvent s'en servir qu'à certains moments. Dans les quartiers de convalescents, on dispose bien de tables de nuit, mais puisqu'elles ne ferment pas à clef on peut craindre des vols commis par des malades ou par des membres du personnel; de toute façon, la chambre est le plus souvent interdite aux malades pendant la journée.

Si les gens se trouvaient effectivement dépersonnalisés ou si on leur demandait de renoncer à leur personnalité, il pourrait paraître parfaitement normal de ne pas leur laisser d'endroit personnel pour ranger leurs affaires, comme le laisse entendre un ancien interné d'hôpital psychiatrique anglais:

« Je cherchai une armoire, mais en vain. Apparemment, il n'y en avait pas dans cet hôpital. La raison m'en parut évidente; les armoires étaient parfaitement inutiles, nous n'avions rien à y déposer puisque tout était partagé, même l'unique gant de toilette qui servait à un grand nombre d'autres usages — détail auquel je devins particulièrement sensible ¹⁰⁷. »

Mais en fait tout le monde garde toujours une sorte de personnalité et le manque d'endroit sûr suscite chez les malades de l'Hôpital Central un tel sentiment de frustration que l'on comprend leurs efforts pour en trouver.

La cachette la plus courante à l'hôpital, et la plus caractéristique, est celle que l'on peut emporter où que l'on aille ¹⁰⁸: pour les femmes, c'est un grand sac

106. Qu'il soit bien entendu qu'il y a nombre de sérieuses raisons d'ordre administratif, aussi bien que médical, pour priver ainsi les malades de leurs biens personnels. Notre propos n'est pas ici de juger de l'opportunité de ces décisions.

107. Johnson et Dodds, *op. cit.*, p. 86.

108. La littérature policière à quatre sous est fertile en cachettes portatives bien connues: faux talons, valises à double fond, suppositoires, etc., utilisées surtout pour « planquer » pierres précieuses et stupéfiants. Dans les romans d'espionnage, on trouve la description de planques beaucoup plus astucieuses.

à main, pour les hommes, la veste à grandes poches que l'on porte même par les plus grandes chaleurs. Certes, c'est là l'usage murant des sacs et des poches, mais à l'hôpital on y entasse les objets les plus divers : livres, nécessaire pour écrire, linge de toilette, fruits, petits objets de valeur, écharpes, cartes à jouer, savon, nécessaire à barbe pour les hommes, sachets de sel, poivre et sucre, bouteilles de lait sont, entre autres, transportés de cette façon. Cette pratique est si courante que le gonflement des poches est un des signes les plus révélateurs du statut de malade. On peut aussi transporter ses affaires dans un sac à provisions doublé d'un autre sac identique (à moitié pleine, cette cache fréquemment utilisée peut aussi servir de coussin et d'appui dorsal). Les hommes se fabriquent parfois une petite planque dans une longue chaussette dont ils nouent la partie ouverte qu'ils entortillent ensuite autour de leur ceinture pour faire une sorte de bourse qu'ils laissent pendre discrètement à l'intérieur de leur jambe de pantalon. On rencontre, selon les individus, des variantes à ces stratagèmes. Un jeune technicien avait confectionné avec un morceau de toile cirée récupérée dans une poubelle une trousse dans laquelle il avait ménagé plusieurs compartiments bien conçus pour recevoir peigne, brosse à dents, cartes, papier à lettres, crayon, savon, gant de toilette et papier hygiénique, le tout fixé à l'intérieur de sa ceinture par une agrafe invisible. Ce même malade avait également cousu une poche supplémentaire à l'intérieur de sa veste pour transporter un livre¹⁰⁹. Un autre malade, lecteur insatiable, gardait

109. Brendan Behan, dans *Borstal Boy*, Londres, Hutchinson, 1958, p. 173, décrit la réaction d'un détenu anglais devant la casse-croûte que l'on sert en prison à ceux qui assistent à la messe : « Je vais vous dire une chose, dit Joe, en éteignant son mégot et en le mettant dans sa cachette — un morceau de toile cousu à son pan de chemise — ça, ce n'est pas l'Église anglicane qui vous le donnera ! ». Une fois de plus, nous trouvons dans Melville, *op. cit.*, p. 47, un bon exemple de cet aspect de la vie clandestine : « Sur un navire de guerre, vous n'avez rien où vous puissiez mettre quelque chose en dehors de votre sac et de votre hamac. Si vous posez un objet par terre, le temps de tourner le dos, il y neuf chances sur dix pour qu'il disparaisse. Mais moi, lors de l'élaboration de mes tout premiers plans, en réfléchissant à la coupe et à l'agencement de ma fameuse vareuse blanche, j'avais pensé sérieusement à ces inconvénients et résolu de les éviter. Je

toujours une veste pour dissimuler les journaux qu'il portait pliés et passés dans sa ceinture. Un troisième se servait avec beaucoup d'efficacité d'une blague à tabac bien nettoyée pour transporter de la nourriture : si l'on peut facilement mettre dans sa poche des fruits non pelés pour les rapporter du réfectoire au quartier, il est préférable de mettre la viande cuite dans un endroit qui ne craigne pas la graisse.

Répétons-le, bien des raisons justifient l'emploi de moyens de transport aussi encombrants. Les malades ne disposent d'aucune des facilités qui, dans la vie courante, sont à portée de la main : savon, papier hygiénique, cartes à jouer, etc., si bien qu'ils doivent prévoir le matin à peu près tous leurs besoins de la journée et se munir en conséquence.

Outre ces planques portatives, il en est de fixes qui sont placées le plus souvent dans les zones franches et les territoires réservés. Certains malades tentent de garder les objets auxquels ils tiennent sous leur matelas, mais, nous l'avons vu, le règlement de l'hôpital, qui interdit l'accès au dortoir pendant la journée, rend cet expédient peu pratique. Les rebords de fenêtres, à demi-cachés, peuvent aussi servir de planques ainsi que les chambres individuelles lorsque les malades qui en disposent sont en bons termes avec le surveillant. Les femmes cachent parfois des allumettes et des cigarettes dans les boîtes à

décidai que ma vareuse ne devrait pas seulement me tenir au chaud, mais qu'elle serait bâtie de façon à contenir une ou deux chemises, un pantalon, et diverses bricoles — entre autres, nécessaire de couture, livres et biscuits. Dans ce but, je l'avais munie de toutes sortes de poches, garde-manger, garde-robis, placards. Les pièces principales, au nombre de deux, étaient situées dans les basques et on y accédait de l'intérieur par une entrée large et avenante. Deux autres, plus petites, étaient ajustées sur la poitrine et communiquaient par des ouvertures escamotables, si bien qu'en cas de besoin, pour recevoir des objets encombrants, elles pouvaient n'en faire qu'une. Il y avait aussi plusieurs recoins invisibles, derrière les doublures, au point que ma vareuse, comme un vieux château, était pleine d'escaliers tournants, de réduits, de cryptes et de cabinets mystérieux et, comme un secrétaire intime, elle abondait en petites cachettes et en petits repaires secrets et douillets pour cacher les trésors. À tout cela, il fallait ajouter quatre vastes poches extérieures, les deux premières pour y glisser des livres lorsque l'on me tirait brusquement de mes études pour m'envoyer à la grande vergue, les deux autres pour mes moufles que j'avais constamment sur moi, pour pouvoir les enfiler durant les froides nuits de garde.»

poudre qu'elles laissent dans leur chambre ¹¹⁰. On aime à raconter à l'hôpital l'histoire de ce vieillard qui avait caché son argent — 1200 dollars — dans une boîte à cigares nichée dans un arbre du parc.

Il est évident que certaines affectations procurent l'occasion de trouver des planques : certains des malades employés à la blanchisserie utilisent pour leur usage personnel les armoires individuelles théoriquement réservées au personnel ; ceux qui travaillent à la cuisine du foyer enferment dans les placards ou le réfrigérateur les aliments et les boissons mis de côté lors des fêtes, ainsi que les autres douceurs qu'ils parviennent à se procurer.

II. LES SYSTÈMES DE TRANSMISSION.

L'utilisation d'une planque fixe entraîne évidemment la mise au point des moyens de transport tant pour y apporter l'objet à dissimuler que pour l'emporter jusqu'à l'endroit où on veut l'utiliser : dans tous les cas, si l'on veut tirer efficacement parti des adaptations secondaires, il faut établir un dispositif pour acheminer clandestinement, et le plus souvent en se cachant, les objets en question. En un mot, il faut élaborer un *système*

110. La description des planques ingénieuses aménagées dans toutes les institutions totalitaires et, plus précisément, dans les prisons, est très édifiante. Cf. le récit d'un objecteur de conscience gardé en cellule, Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 44 : « Les camarades m'apportaient clandestinement à manger, du mess des officiers — fromage des officiers, œufs des officiers. Ils me passaient des pâtisseries et des bonbons. À plusieurs reprises, un garde sentit l'odeur d'un fromage fort et fouilla la cellule de fond en comble. Le fromage était rangé sur une étagère que j'avais aménagée sous le plateau de la table. Le garde, perplexe, reniflait, cherchait... On ne découvrit jamais ni l'étagère secrète ni le fromage. » Un détenu dans une prison britannique raconte la tentative d'évasion du joueur de tambour qui s'était fait serrurier (Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 133) : « Jacobs courut vers l'atelier et introduisit sa clef dans la serrure. Le gardien s'élança à sa poursuite. Au moment où Jacobs tournait la clef, une main s'abattit lourdement sur son épaule. Il fut reconduit honteusement à sa cellule. Il s'ensuivit une fouille monstre, comme il n'y en avait jamais eu et une des vieilles énigmes de Dartmoor se trouva enfin résolue : la cachette de cet homme. On découvrit tout un arsenal de limes, de lames de scie, de ciseaux, de clefs, un marteau et bien d'autres choses suspendus par des bouts de ficelle à l'intérieur de son tambour. »

de transmission. Tous les dispositifs légitimes peuvent recevoir une utilisation clandestine dans la mesure où il existe, pour chacun d'eux, des règlements précisant la nature des utilisateurs et des emplois normaux ; ce qui permet du même coup les utilisations abusives. Lorsqu'un individu jouit d'une certaine liberté de mouvement — lorsqu'il bénéficie d'un régime de liberté conditionnelle, par exemple — la planque portative sert aussi de moyen de transport. Il existe au moins trois catégories différentes d'objets transportables : les personnes physiques, les objets, produits bruts ou travaillés, et les messages écrits ou oraux.

Les exemples les plus célèbres de transports clandestins de personnes physiques se trouvent dans les camps de prisonniers de guerre et concernent plus précisément les tentatives d'évasion ¹¹¹. On a affaire alors à une entreprise de longue haleine plutôt qu'à un effort violent, mais de courte durée. Le plus souvent, cependant, les déplacements illégitimes de personnes ne consistent pas en évasions spectaculaires, mais en déplacements de routine. Ainsi à l'Hôpital Central qui couvre, avec ses dépendances, une surface de plus de 120 hectares, il existe un service intérieur d'autobus pour conduire les malades à leur lieu de travail, au bâtiment chirurgical, etc. et pour les en ramener. Les malades autorisés à circuler seuls qui connaissent bien les horaires de l'autobus l'attendent parfois pour éviter d'avoir à marcher ¹¹².

Les systèmes de transmission illicites pour les *objets* sont évidemment très répandus et ne peuvent être passés sous silence dans une étude des adaptations secondaires.

111. Cf. par exemple, Reid, *op. cit.*, et Eric Williams, *The Wooden Horse*, New York, Berkeley Publishing Corp., 1959.

112. Je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de systèmes de transport qui ne soient un jour ou l'autre utilisés de manière illégitime, témoin l'utilisation des transports de marchandises, qui est devenue une véritable institution américaine, ou encore la pratique de l'auto-stop. Dans le Nord canadien, pendant l'hiver, avant que l'emploi des camions ne se fût généralisé, le principal moyen de transport sur les longues distances était de « stopper » un traîneau tiré par des chevaux. Il est intéressant de noter que ces formes courantes de transports parasites, qui constituent autant d'adaptations secondaires, intéressent toute une vaste organisation sociale, ville, région, parfois même pays tout entier.

La place qu'ils y occupent relève de l'art très ancien de la fraude et, qu'ils soient menés contre l'État ¹¹³ ou contre un établissement social ¹¹⁴, ils fonctionnent selon plusieurs mécanismes.

Les hôpitaux psychiatriques présentent des caractéristiques spécifiques et certains expédients y sont assez largement tolérés sans être officiellement reconnus. À l'Hôpital Central par exemple, les quartiers relativement éloignés de la cantine ont mis sur pied, en marge du règlement, un système pour passer des commandes et se faire livrer. Deux fois par jour ou plus, les résidents de l'un de ces quartiers — membres du personnel aussi bien que malades — dressent une liste et ramassent l'argent, et un malade autorisé à circuler librement dans l'hôpital porte les commandes à la cantine et ramène la marchandise dans une boîte à cigares, récipient classique officieusement réservé à cet usage dans le quartier.

Outre ces pratiques collectives qui sont en quelque sorte institutionnalisées, il en est de nombreuses qui restent individuelles. Dans presque tous les quartiers

113. Cf. par exemple la récente monographie de Neville Williams, *Contraband Cargoes*, Toronto, Longmans, 1959.

114. Pour les techniques de trafic d'alcool à bord d'une frégate, voir Melville, *op. cit.*, p. 175-76. Des faits semblables s'observent en grand nombre dans les prisons, par exemple Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 103 : « Les difficultés qui règnent à Dartmoor pour se procurer de la lecture sont un peu atténuées par l'existence d'une petite escadrille de livres que nous appelons volants. Ce sont des livres qui, d'une façon ou d'une autre, sont sortis de la bibliothèque sans avoir été inscrits sur la fiche d'un détenu. D'autres ont été introduits en fraude de l'extérieur. Ces livres — pour la plupart des Peter Cheyney — mènent une existence furtive, clandestine, comme des escrocs aux abois. Ils circulent de main en main sous le couvert des chemises ou des vestes, ils atterrissent mystérieusement dans une cellule au moment où l'homme de couloir fait sa visite, ils se glissent sous les tables, à l'heure des repas, ils se cachent en haut du réservoir d'eau dans le petit coin, et dans l'éventualité d'une fouille surprise, il n'est pas rare de les voir sauter précipitamment par les fenêtres des cellules pour ne pas courir le risque de se faire découvrir et arrêter. La chose aurait certainement amusé et ravi leur auteur ! » Howard Schoenfeld, dans Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 23 : « Je commençai à attendre avec impatience l'heure des repas où un détenu, que la présence d'un gardien empêchait de parler, disposait un plateau dans ma cellule. Un soir, je trouvai une cigarette et une allumette bien collées sous le plateau. »

fermés, un ou plusieurs malades ont le droit de circuler dans le parc et, dans presque tous les quartiers ouverts, quelques-uns sont autorisés à sortir en ville ; ces malades à statut spécial sont très bien placés pour jouer les garçons de course et ils le font fréquemment, par dévouement, par obligation, par crainte des ennuis ou contre promesse de récompense. De cette façon, la cantine des malades et les magasins du voisinage sont indirectement accessibles à de nombreux malades. Il faut noter que, si certains des objets transportés semblent insignifiants, ils peuvent paraître très importants dans le contexte de privations de l'hôpital. Ainsi, un malade suicidaire, enfermé au quartier et profondément déprimé, avait l'impression de passer une journée tolérable s'il pouvait sucer ses bonbons préférés et il montrait la plus grande reconnaissance à qui lui en procurait. On peut également acheter sans difficulté à la cantine des timbres, du dentifrice, des peignes, etc. pour des tierces personnes auxquelles on rend ainsi la plupart du temps un précieux service.

La circulation des *messages* se révèle aussi importante que celle des personnes physiques et des objets. Des systèmes clandestins de communication existent apparemment dans toutes les institutions totalitaires. Le premier de ces systèmes concerne l'échange oral direct. Dans les prisons, les détenus ont mis au point une technique pour converser entre eux sans desserrer les lèvres et sans regarder leur interlocuteur ¹¹⁵. Dans les institutions religieuses, dont certaines partagent avec les écoles et les prisons la particularité d'imposer une règle de silence, il se constitue un langage mimé assez riche pour permettre aux reclus de raconter des blagues ¹¹⁶. Sur ce point aussi les hôpitaux psychiatriques fournissent une documentation qui ne manque pas d'intérêt.

Dans les plus mauvais quartiers de l'Hôpital Central, nous l'avons vu, de nombreux malades ont pour ligne de conduite de refuser tout échange de type normal et habituel, que ce soit pour prendre la parole ou pour

115. Cf., pour un exemple britannique, Jim Phelan, *The Underworld*, Londres, Harraps & c^o, 1953, p. 7-8-13.

116. Cf. Merton, *op. cit.*, p. 382 ; Hulme, *op. cit.*, p. 245.

répondre. Lorsqu'on s'adresse à eux, la réponse est lente à venir, à moins qu'elle ne laisse entendre que le message n'a pas été vraiment reçu. Chez ces malades, le retranchement dans le mutisme est devenu l'attitude officielle, ce qui constitue probablement une défense contre les agissements importuns des surveillants aussi bien que des autres malades. (Ce comportement n'est reconnu pour un vrai symptôme mental qu'avec beaucoup de réserves et, si on le tolère en définitive, c'est qu'il est très difficile de distinguer ce mode d'adaptation au quartier du comportement involontaire de malades atteints d'altération neurologique importante et irréversible.) Naturellement, cette attitude de retrait lie l'individu qui doit supporter toutes les restrictions qui en découlent. Il doit subir les soins médicaux sans exprimer sa crainte, accepter d'être maltraité sans protester, et dissimuler son intérêt ou son goût pour ce qui se passe autour de lui. Il lui faut renoncer à la plupart des petites transactions, aux menus échanges qui font partie des péripéties quotidiennes de la vie sociale.

Afin d'assumer l'option qu'ils ont choisie et de se conduire comme s'ils étaient sourds et aveugles, tout en tournant les restrictions qu'implique dans le domaine des échanges une pareille attitude, certains malades de ces quartiers ont recours, pour communiquer entre eux, à un ensemble de conventions qui leur est propre. Lorsqu'ils veulent recevoir ou donner quelque chose à un camarade, ils le regardent d'abord dans les yeux, puis ils regardent l'objet — qui peut être un journal, un paquet de cartes ou une place sur un banc — puis ils cherchent à nouveau les yeux de leur interlocuteur. Celui-ci peut couper court à la communication, signe de refus, ou s'éloigner de l'objet convoité, preuve qu'il est prêt à le céder; si l'objet ne leur appartient pas, ils se dirigent vers lui pour montrer qu'ils le désirent ou qu'ils l'accepteraient volontiers. On peut ainsi échanger requêtes, propositions, acceptations ou refus sans se départir du parti pris de n'accepter aucune communication. Ce mode de communication peut paraître très limité et pourtant nombre de messages et d'objets peuvent ainsi s'échanger. Il conviendrait d'ajouter qu'un malade enfermé dans son rôle de personne sans contact choisit parfois un partenaire privilégié avec lequel

il décide de renoncer à cette attitude ¹¹⁷. Peut-être est-ce, notons-le en passant, sur des revirements de ce genre que s'appuient certains membres du personnel quand ils font état de « contacts » exemplaires avec les malades pour prouver leur compétence thérapeutique ou celle de leur psychiatre favori.

Dans les institutions totalitaires, les reclus ne se contentent pas d'exploiter d'une manière détournée des moyens de communication directe, ils élaborent aussi des systèmes de communication indirecte ¹¹⁸ — le « *kiting* » *

117. Un rapport autobiographique anonyme, publié dans Johnson et Dodds, *op. cit.*, p. 62, relate une pratique semblable. « Il y avait plus de quarante malades dans ce quartier et, sur le nombre, deux seulement étaient capables de soutenir une conversation suivie. Il s'agissait d'une alcoolique qui était là depuis treize ans et d'une infirme qui avait passé toute son existence dans diverses institutions. Je me rendis compte immédiatement que ces deux consœurs étaient des femmes douées et affables. Au bout de deux jours, elles perdirent l'habitude de me répondre de façon stupide et, par la suite, elles me traitèrent toutes les deux sur un pied d'égalité et décidèrent de me parler comme si j'étais saine d'esprit. »

118. Cf. le chapitre où James Peck, Cantine & Rainer, *op. cit.*, p. 68, décrit la façon dont des détenus en grève communiquaient dans la prison. « Mais la note la plus amusante (consignée dans le registre journalier des gardiens que Peck eut la chance de voir) était la suivante: J'ai découvert un truc astucieux utilisé par les détenus pour se passer des périodiques de cellule à cellule et je m'en suis emparé. Jusqu'alors, nous désignions ces dispositifs sous le nom de tracteur, mais nous changeâmes aussitôt ce nom pour celui de truc astucieux. Nous les avons inventés le premier jour de grève. Il y avait, autour des tuyaux de radiateurs, à l'endroit où ils pénètrent dans le mur, des disques de métal, comme on en trouve dans les maisons particulières sur toutes les tuyauteries. Étant donné leur minceur, ils pouvaient passer sous la porte; nous tirions donc dessus pour les décrocher et leur attachions une ficelle de 2 m 50 de long. Au début, nous fabriquions notre ficelle en mettant bout à bout les cordelettes qui bouclaient les paquets de tabac Bull Durham (qu'on appelait Stud à Danbury) et que la prison distribuait gratuitement. Par la suite, nous pûmes mettre la main sur une vieille carte entoïlée qui nous approvisionna pour longtemps. À l'autre bout de la ficelle, nous attachions les journaux ou les notes que nous voulions passer. Nous nous installions ensuite sur le plancher puis, faisant glisser le disque métallique sous la porte, nous l'introduisions de l'autre côté du couloir jusque dans la cellule opposée ou dans l'une des deux cellules contiguës à celle-ci. L'occupant de cette cellule tirait alors la ficelle jusqu'à ce que le message lui parvienne. Nous pouvions, en zigzagant le long du couloir, atteindre ainsi tous les grévistes. »

* *Kiting*: dans l'argot des prisons, l'ensemble des procédés illicites dont usent les prisonniers pour communiquer avec l'extérieur. (N. d. T.)

des prisons américaines — lorsqu'ils n'exploitent pas les systèmes déjà utilisés officiellement¹¹⁹. À l'Hôpital Central, les malades s'efforcent d'exploiter les systèmes de communication établis. Tel malade qui a travaillé dans le restaurant du personnel, ou qui y a des amis, peut parfois utiliser le téléphone intérieur de la cuisine pour informer son quartier, situé dans une aile assez éloignée, qu'il ne rentrera pas dîner (un malade en liberté conditionnelle a en effet le droit de sauter un repas pourvu que son quartier en soit informé à l'avance). Les malades du groupe de danse-thérapie peuvent utiliser le téléphone du petit bureau installé dans le sous-sol où ont lieu les séances; les participants aux diverses productions théâtrales ont à leur disposition le téléphone intérieur des coulisses. Naturellement, la personne qui reçoit la communication a dû, de la même manière, tourner le règlement pour avoir accès au téléphone, si bien que le circuit complet d'une communication téléphonique entre deux malades

119. Dans les prisons, où les lettres sont soumises à certaines restrictions quant à leur fréquence, leur contenu et leur destination, on emploie parfois un code. Don Devault, détenu à Mc Neil Island, en donne un exemple (Cantine & Rainer, *op. cit.*, p. 92-93): «La plupart du temps, les lettres n'étaient censurées que lorsqu'elles correspondaient très précisément à l'un des cas d'infraction mentionnés sur la feuille de censure. On censura, par exemple, une de mes lettres parce que je demandais à ma mère de recopier ma correspondance pour l'envoyer à mes amis. On me dit que cela tombait sous le coup de l'article relatif à la tentative de communication avec des correspondants non autorisés par l'intermédiaire de correspondants autorisés. Je refis donc ma lettre à ma mère en lui disant que j'avais appris, parce que je l'avais écrit dans une lettre qui avait été censurée, que je ne devais pas lui faire recopier mes lettres pour les envoyer à d'autres, et que je ne voulais pas enfreindre le règlement, etc. Cela passa très bien. D'autre part, ma mère me citait constamment — et très ouvertement — des lettres qui lui étaient adressées mais m'étaient destinées, et il n'y avait là-dedans rien de défendu. Je répondais en lui parlant simplement du correspondant non autorisé mais sans lui dire: Écris à un tel que... Pour toutes ces raisons, nous ne prenions pas, à Mc Neil, la censure épistolaire très au sérieux.» Hulme, *op. cit.*, p. 174, décrit un artifice d'un autre genre dans son évocation des faits marquants de l'année. «... Il y avait encore les quatre lettres qu'elle avait, chaque année, le droit d'écrire à sa famille. Chacune devait avoir quatre pages et pas une phrase de plus, sauf autorisation spéciale qu'elle sollicitait rarement; elle préférait réduire son écriture carrée et hardie au point d'en faire des pattes de mouches, ce qui donnait plus de lignes à la page — et elle s'aperçut qu'en procédant ainsi, elle agissait finalement comme les autres sœurs de la mission.»

ou entre un malade et un surveillant complaisant, ou tout autre employé, constitue en quelque sorte le signe de la suprême réussite à l'hôpital. On peut aussi parfois utiliser clandestinement ou «exploiter» les téléphones payants du parc. En se trouvant chaque jour à la même heure à une certaine cabine, un malade en liberté conditionnelle peut recevoir un coup de téléphone de sa petite amie, quel que soit l'endroit d'où elle l'appelle¹²⁰.

Les systèmes de transmission illicites, qu'ils soient utilisés pour l'acheminement des personnes, des choses ou des messages, présentent certains caractères généraux remarquables. Lorsqu'un système de transmission a été mis en place, il est bien rare que ceux qui l'utilisent ne s'en servent pas pour transmettre des objets de nature diverse. Du point de vue des responsables de l'établissement, cela signifie, comme l'a indiqué Gresham Sykes, que ce qui n'était au départ qu'une simple infraction mineure au règlement peut devenir un dispositif de base pour acheminer des produits de contrebande rigoureusement interdits¹²¹. Enfin, un reclus que son affectation conduit à circuler partout dans l'établissement est tout désigné pour devenir un transporteur et finit par faire servir son affectation à cet usage, soit de son propre gré, soit sous la pression des autres¹²². Le petit personnel que son emploi oblige

120. C'est là un exemple d'adaptation secondaire très modeste dans l'usage d'une cabine téléphonique. A. J. Liebling, dans son étude bien connue de Jollity Building — bâtiment qui abrite des bureaux administratifs d'un genre spécial en plein centre de Broadway —, assimile les téléphones à jetons placés dans les couloirs à des bureaux où peuvent se traiter les affaires courantes. Cf. son ouvrage *The Telephone Booth Indian*, New York, Penguin Books, 1943, p. 31-33, où il montre que, par accord mutuel entre les intéressés, ces cabines ont fini par devenir le domaine privé des promoteurs au petit pied qui l'utilisent par rotation régulière.

121. Gresham Sykes, «The Corruption of Authority and Rehabilitation», *Social Forces*, XXXIV, 1956, p. 259.

122. Cf. par exemple Bernard Phillips dans Cantine & Rainer, *op. cit.*, p. 103-104: «La distribution des messages et la coordination générale incombent à l'homme de couloir, responsable de plusieurs cellules d'une même rangée et qui arrange trocs et échanges. Les personnes les plus sociables recherchent ce genre d'emploi et d'autres, comme celui de livreur pour les livres de la bibliothèque, le courrier et les vivres. Vous n'avez pas besoin d'avoir beaucoup d'amis intimes: pratiquement, qui-conque a assez de liberté pour venir dans votre cellule fera vos courses et

à se rendre régulièrement dans les services extérieurs à la communauté et les étrangers en contact régulier avec les reclus ont bien des chances de subir les pressions de ceux qui voudraient les entraîner dans un trafic de contre-bande ¹²³.

vous rendra des services qu'à l'extérieur vous ne confieriez qu'à des amis intimes. S'il ne le faisait pas, il ne se passerait pas longtemps avant qu'il ait des ennuis dans sa bonne petite affectation.» Exemple semblable, cité par Hayner & Ash, *op. cit.*, p. 367, concernant la maison de correction de l'État de Washington à Monroe: «Il arrive que l'on organise un concours de pronostics auquel de nombreux pensionnaires peuvent participer. Le gagnant ramasse une somme coquette, mais le promoteur en tire également profit. Ceux qui font partie des équipes de moniteurs ont toutes facilités pour jouer les promoteurs. Comme ils doivent tous les soirs passer dans les rangs pour distribuer les devoirs du soir ou aider à faire les problèmes, ils sont en mesure de voir tous les pensionnaires et de découvrir ceux qui ont envie de faire le concours. C'est aussi de cette façon que l'argent est remis aux gagnants.» Cf. Dendrickson & Thomas, exemple tiré d'une prison britannique, *op. cit.*, p. 93: «Les activités de l'homme d'étage occupaient une place tout à fait à part dans la routine quotidienne du travail. Elles consistaient essentiellement à aller chercher des objets et à les apporter à l'employé responsable, à dresser des listes et à relever les demandes d'entretien avec le directeur, l'aumônier, etc. Cela procurait une certaine liberté pour circuler dans les étages, passer du tabac et des livres dans les cellules, etc., cela rompait aussi quelque peu la routine habituelle.»

123. Cf. par exemple Hayner et Ash, *op. cit.*, p. 367: «Les hommes de ce groupe (il s'agit des prisonniers qui travaillaient à la ferme et y passaient la nuit) se trouvent en mesure de ramasser au bord de la route des objets déposés là par les automobilistes pendant la nuit. Le lieu de la cachette a été décidé à l'avance au cours d'une visite avec un détenu de la maison de correction. C'est un membre de l'équipe permanente de travail agricole qui ramasse l'argent et le passe à un membre de l'équipe de jour.»

D. LA STRUCTURE SOCIALE.

Ainsi qu'on l'a remarqué, le bénéficiaire des transmissions illicites peut être aussi bien celui qui les effectue. Mais très souvent le récipiendaire exploite de façon régulière les efforts d'autrui et, ce faisant, il élargit considérablement le champ et la portée de ses adaptations secondaires, y compris de celles qui ne se rattachent pas, de prime abord, aux systèmes de transmission. Étant donné l'importance que revêt cette utilisation d'autrui dans la vie clandestine du reclus, il convient de s'y arrêter pour en étudier les formes et examiner les éléments de l'organisation sociale qui les sous-tend.

I. LA CONTRAINTE DE L'INDIVIDU.

L'emploi de la force brute, ou ce qu'on peut appeler la «contrainte de l'individu» (*private coercion*), est l'un des moyens de faire servir autrui à ses propres desseins. Dans ce cas, ce n'est pas la perspective d'améliorer sa condition qui conduit le collaborateur à apporter son aide, mais bien plutôt la certitude qu'il lui en coûterait assez, s'il refusait sa complaisance pour qu'il n'ait pas le choix. Quant à celui qui appelle à la collaboration, il ne fournit aucun prétexte pour justifier sa demande ¹²⁴. Sans envisager les cas mixtes où cette contrainte s'ajoute à une coopération par ailleurs «volontaire», notons simplement que, dans les institutions totalitaires, ce type pur de contrainte peut jouer un rôle important dans la vie clandestine des

124. L'emploi de la force physique par le personnel des hôpitaux psychiatriques à des buts présumés légitimes est une constante dans la vie des malades. Il est parfois bien difficile de critiquer cet usage lorsqu'il s'agit d'alimentation forcée par exemple, ou de dispositions préventives contre le suicide, ou encore de mesures de protection pour soustraire un malade aux agressions d'un autre.

reclus; l'expropriation manifeste, les lettres de chantage, la technique du gros-bras, le viol... autant de méthodes qui tiennent arbitrairement lieu d'arguments pour amener un individu à adopter la ligne de conduite d'un autre et à lui prêter son concours ¹²⁵. À partir du moment où de tels procédés deviennent habituels, combien de temps restent-ils conformes à leur condition première et au bout de combien de temps sont-ils légitimés par une démonstration de réciprocité ou de justification morale? Autant de questions qui ne manquent pas d'intérêt.

À l'Hôpital Central, nous l'avons déjà vu à propos des sièges, l'attitude de repli de maints reclus des salles d'arrière crée une situation qui laisse le champ libre à la contrainte de l'individu, puisque l'on peut être certain que la plupart des ces malades n'élèveront aucune protestation et pourront donc librement être exploités. Si, par exemple, pour une raison quelconque, un malade considère ses jambes comme partie négligeable de sa personne, il court le risque de voir un de ses camarades les écarter pour s'emparer du pliant sur lequel elles reposent ou s'en servir comme coussin sans en demander la permission. On comprend alors les plaisanteries des surveillants sur les talents d'exploiteur de tel malade qui, pour être sûr de garder son siège devant la télévision pendant qu'il va boire un verre d'eau, a promu l'un de ses camarades au rang de garde-place, l'installant sur la bonne chaise pendant qu'il va étancher sa soif et l'expulsant proprement au retour.

II. LES SYSTÈMES D'ÉCHANGES ÉCONOMIQUES.

La transaction ouverte, fondée sur la vente ou le commerce, constitue un des moyens principaux de se servir d'autrui. Lorsqu'une personne collabore aux desseins d'une autre, c'est qu'elle en attend des compensations préalablement et nettement définies. Peu importe d'où vient cette compensation — un distributeur automatique

ou une maison de vente par correspondance peuvent faire l'affaire aussi bien qu'une personne. Pour que ce genre de collaboration soit possible, il faut qu'un certain nombre de conditions sociales soient remplies: un minimum de confiance réciproque sur la réalité qui se dissimule sous l'emballage ou l'étiquette proposés, un minimum d'accord sur le prix-plafond, quelques-uns des mécanismes nécessaires pour participer à ce jeu de l'offre et de la demande, et enfin la conviction qu'il est correct de se servir des choses et des gens de cette manière. On peut dire que la réalisation d'un échange économique « exprime » ces conditions sociales, en ce sens qu'elle donne le signe et la preuve de leur existence. Sans étudier dès maintenant comment le mécanisme de la transaction économique se trouve modifié dans toute situation sociale réelle sous l'influence de certaines dispositions sociales complémentaires, bornons-nous pour l'instant à montrer combien la confiance réciproque doit être grande, lorsqu'il s'agit de transactions non autorisées ou clandestines, car le partenaire peut se révéler un membre déguisé du personnel ou un mouchard à la solde de l'administration, ou quelqu'un qui ne fournit pas honnêtement la contre-partie, comptant sur le caractère clandestin de la transaction pour échapper à toute sanction officielle.

À l'Hôpital Central, comme dans la plupart des institutions totalitaires modernes, les malades ont la possibilité de dépenser de l'argent à la cantine ou aux différents distributeurs automatiques de sucreries, mais, là comme dans les autres établissements du même type, les possibilités d'achat sont beaucoup moins grandes qu'à l'extérieur. Tout d'abord, les moyens de se procurer de l'argent et les sommes autorisées sont limités. Le malade est censé se défaire, lors de l'admission, de ses fonds et du droit de puiser à volonté dans ses économies; en échange, il a droit à une petite allocation que lui verse régulièrement le service hospitalier qui garde son argent ¹²⁶. Si un malade veut opérer un prélèvement

125. Cf. un exposé précieux de Gresham Sykes, *The Society of Captives*, Princeton, Princeton University Press, 1958, p. 91-93, sur le rôle officieux du « gorille » dans les prisons, fondé sur cette possibilité d'exploitation des autres par la force.

126. Dans certaines institutions totalitaires — et notamment dans les prisons —, le règlement prévoit que le reclus doit faire usage de bons ou se taire ouvrir un compte à la cantine au lieu de payer en argent. Ces dispositions créent l'une et l'autre un sentiment de frustration.

supplémentaire sur son crédit personnel, ou s'il veut faire passer de 10 à 20 dollars la somme qui lui est allouée sur son allocation mensuelle d'ancien combattant, il doit présenter un ordre spécial, signé du chef de service. En outre, puisque tous ses « besoins » sont en principe pris en charge par l'hôpital, le malade est officiellement privé de la possibilité de gagner quelque argent par son travail dans l'établissement¹²⁷. En second lieu, la gamme des articles vendus est nettement plus réduite qu'à l'extérieur : la vente des allumettes, des liqueurs, des lames de rasoirs, des contraceptifs est interdite à la cantine des malades qui, en outre, n'a pas une assez grosse clientèle pour tenir en réserve des vêtements encombrants. Enfin, les malades non autorisés à circuler librement dans l'hôpital ne peuvent aller à la cantine qu'en groupe, soit qu'on les y emmène directement, soit qu'on les y laisse entrer lorsqu'ils sont au foyer, juste à côté, pour assister à une séance récréative.

Comme dans d'autres situations du même type, les malades cherchent à tourner ces restrictions imposées à l'usage qu'ils peuvent faire de leur argent¹²⁸. Ils s'efforcent de garder leurs fonds hors du contrôle de l'administration — en partie parce qu'ils la soupçonnent d'utiliser ce procédé pour sonder leur solvabilité et leur faire payer une partie du coût du traitement. Tel malade qui touchait par chèques mensuels une pension d'ancien

127. Les malades qui ont connu le régime pénitentiaire déclarent que l'un des grands avantages des prisons est d'offrir aux détenus la possibilité de gagner et d'économiser quelque argent. Certains hôpitaux psychiatriques ont expérimenté le système des rétributions et, dans le milieu des psychiatres, on commence à croire (opinion que je partage entièrement) que cela peut contribuer dans une mesure importante à rendre plus tolérable la vie à l'hôpital.

128. Au niveau de la collectivité, la chose est fort bien exposée par E. W. Bakke, *The Unemployed Worker*, New York, Yale University Press, 1940, dans le passage où il expose la façon dont les chômeurs, pendant la grande crise économique, tournaient le système de la distribution de secours en bons d'épicerie. Cf. « Loss of Function of Spending », p. 355-59. Dostoïevsky, dans ses *Souvenirs de la maison des morts*, traduction Jessie Coulson, Londres, Oxford University Press, 1956, ouvre d'intéressantes perspectives sur la façon dont les détenus dans les pénitenciers de Sibérie s'arrangeaient pour se procurer de l'argent et le dépenser (p. 15-17) car, affirme-t-il (p. 16) « l'argent est de la liberté en pièces et, comme tel, est dix fois plus cher au cœur de l'homme privé de toute autre forme de liberté ».

combattant se vantait d'avoir réussi pendant quelque temps à la soustraire à l'hôpital en la faisant encaisser par son ancienne propriétaire. D'autres malades utilisent la caisse d'épargne postale pour se faire un capital dont ils sont seuls maîtres. Quelques nouveaux arrivés, au mépris du règlement hospitalier, continuent à tirer tranquillement des chèques auprès des banques locales. On dit même, parmi les malades, que certains ont essayé d'enterrer de l'argent dans le parc pour le mettre de côté ou que, parfois, un malade prend un de ses compagnons pour banquier, au besoin contre rétribution.

À l'Hôpital Central, il y a des degrés dans l'illégalité tant en ce qui concerne les objets ou services que les malades achètent en fraude que sur la provenance des fonds utilisés à ces fins. Ainsi le commerce de l'alcool introduit en fraude à l'hôpital est rigoureusement interdit. Les malades disent que l'on peut s'en procurer régulièrement en y mettant le prix mais, bien qu'il me soit arrivé d'en boire à l'hôpital, en compagnie de surveillants aussi bien que de malades, je n'ai pas été le témoin direct de ces transactions. De même, il semble bien que quelques jeunes femmes se prostituent à l'occasion pour moins d'un dollar, mais je n'en ai pas eu de preuve tangible, pas plus que je n'ai eu la preuve qu'il y eût un marché de la drogue. Quelques malades ont la réputation bien assise parmi leurs compagnons et le personnel de prêter de l'argent aux malades comme aux surveillants à un taux relativement élevé — 25 %, paraît-il, pour une courte période. Dans ce cas, il semble que le prêteur ne soit pas moins attiré par le prestige social attaché à son activité que par les avantages financiers qu'il en tire.

D'autres services payants sont moins strictement prohibés. Les malades peuvent se faire repasser leurs pantalons pour 25 cents. Quelques spécialistes, coiffeurs de leur état, font de « bonnes » coupes de cheveux contre de l'argent ou des cigarettes, marché qui doit son existence aux très mauvaises coupes ordinairement imposées aux malades¹²⁹. Dans l'un des services, j'ai connu un horloger

129. Un malade extrêmement populaire, coiffeur de profession, déclarait pouvoir se faire à l'hôpital, grâce à son métier, jusqu'à 80 dollars par mois. Il venait du quartier de sûreté et il lui arrivait de temps en

si bien installé dans ces fonctions que plusieurs membres du personnel aussi bien que les malades avaient recours à ses services, pour un prix environ de moitié inférieur aux tarifs pratiqués au dehors. Deux malades offraient le plan-guide imprimé de l'hôpital et de ses dépendances et l'un d'eux au moins avait recruté des aides parmi les malades. Un malade, non autorisé à sortir en ville, chargeait un de ses camarades plus libre de porter son costume au nettoyage et de l'en rapporter moyennant une commission de 35 cents (il s'agit là d'un service très demandé, mais pour lequel il n'existe pas de tarif standard); le même malade payait aussi un des employés de la cordonnerie pour faire remplacer les talons de ses chaussures personnelles.

Bien que tous ces services soient théoriquement à vendre ou à acheter, tous les malades ne peuvent en bénéficier. L'un des commerces les plus actifs est celui des allumettes, dont l'usage est officiellement interdit, mais dont la possession est tolérée, sauf pour les malades soupçonnés de pyromanie. Un malade s'était taillé dans tout l'hôpital la réputation de marchand d'allumettes — un penny la boîte — et à longueur de journée, des malades qu'il ne connaissait même pas venaient, un penny à la main, lui acheter des allumettes.

Le lavage des voitures constitue, en dehors de ce que l'hôpital autorise ou de ce qu'apporte la famille, la principale source de revenus. L'ensemble du personnel à tous les échelons fournit la clientèle, avec laquelle on traite, soit sur la base d'un service « régulier » pour environ 2 dollars par mois, soit à l'unité pour 50 à 75 cents, tandis que dans les garages les tarifs varient de 1,25 dollar à 1,50. Ces pseudo-laveurs de voitures font à l'occasion des offres de service aux visiteurs. Quelques malades lustrent également les voitures — mais cela nécessite une mise de fonds et des contacts avec l'extérieur pour acheter le produit. À la différence de ce qui se pratique généralement à l'hôpital, cette activité

temps d'y être renvoyé pour quelque délit commis pendant la période où il bénéficiait d'un statut de liberté intérieure. La conséquence professionnelle de ces éclipses périodiques était, disait-il, qu'il perdait à chaque fois sa clientèle et qu'il lui fallait la reconstituer lorsqu'il recouvrait sa place à l'hôpital proprement dit.

donne lieu à un système de division du travail organisé sur le mode de l'entreprise: tel malade vend pour 5 cents de grands bidons d'eau aux laveurs, tel autre, selon ses propres dires, engage des malades pour laver les voitures qu'il se charge quant à lui de trouver, tel autre encore déclare toucher habituellement 50 cents de pourboire lorsqu'il dénicher une voiture à lustrer.

Les malades en viennent à penser que le lavage des voitures constitue leur prérogative et qu'il est injuste que le travail de l'hôpital vienne contrarier cette activité lucrative. Parfois, un compromis officieux est mis sur pied qui permet au malade de s'acquitter de ses tâches vis-à-vis de l'hôpital et d'avoir encore du temps à consacrer à ce qu'il nomme parfois son « vrai travail ». Ajoutons que même si l'on voit parfois des femmes laver les voitures, cette source de revenus officieuse, comme la plupart des autres, passe pour être réservée aux hommes.

Il existe quelques moyens secondaires de gagner de l'argent. Certains malades cirent les chaussures des surveillants ou d'autres malades; lors de pauses, au cours des parties de ballon, on vend avec bénéfice des boissons non alcoolisées. Dans certains quartiers, les malades achètent à la cantine une sorte de poudre avec laquelle ils fabriquent une boisson qu'ils vendent ensuite. Un ou deux malades cueillent des mûres sur les buissons du domaine et les vendent, quand ils peuvent, aux femmes du personnel résident.

Certains vendent à leurs compagnons le matériel que distribuent les différents bureaux de l'hôpital; d'autres, les prix qu'ils viennent de gagner à la loterie du foyer. On vend aussi parfois les cigarettes fines distribuées à la fin des galas de bienfaisance, ou celles que gagnent les aides de cuisine lors du bal traditionnel organisé au foyer pour les malades par une œuvre charitable de la ville voisine. Il en est qui vendent les vêtements que leur fournit l'hôpital ou bien, pour 5 cents, leur ration de tabac.

Des malades gagnent, paraît-il, de l'argent par une voie dont nul ne conteste le caractère illégal en pratiquant ce que l'on pourrait nommer des rackets à petite échelle. On prétend que les téléphones payants du domaine ont

été jadis simplement fixés avec de la colle, afin de permettre à l'installateur de récupérer pour son compte les pièces de monnaie. On dit aussi que des livres ont été volés dans la bibliothèque et vendus ainsi que certaines parties de l'équipement sportif à des gens du voisinage ¹³⁰.

Si, pour avoir accès à certains services ou à certains articles, le reclus soudoie un représentant de l'organisation, il y a corruption. Cela se produit notamment, paraît-il, lorsqu'on veut se faire attribuer une chambre individuelle, mais je ne le sais que par ouï-dire et je ne pense pas que ce soit une pratique régulière. Dans les prisons, par contre, l'habitude du pot-de-vin aux gardiens est citée très souvent ¹³¹.

Il a été, jusqu'à présent, question du rôle, dans la vie clandestine de l'hôpital, de la monnaie de papier ou métallique ayant officiellement cours dans la société. Les vertus fiduciaires de ce moyen d'échange sont bien connues : il est peu encombrant, on le manipule et on l'entrepose sans danger de détérioration, la contrefaçon en est malaisée et, à dénomination égale, une pièce en vaut une autre ; on l'utilise comme unité comptable ou pour mesurer la valeur des objets, et sa valeur intrinsèque ou commerciale n'est pas assez grande pour entraîner une thésaurisation dont les conséquences seraient désastreuses. Aux yeux des malades, cette monnaie officielle, même s'il est malaisé pour eux de l'entreposer, a une valeur plus grande encore. Muni d'argent, le malade peut prétendre faire des achats à

130. Dans les camps européens de prisonniers de guerre, la vente des provisions du camp à des gens de l'extérieur pouvait prendre d'importantes proportions, surtout quand les colis de la Croix-Rouge contenaient des denrées comme le café qui, au marché noir, atteignait un prix considérable. Cf. R. A. Radford, «The Economic Organisation of a P. O. W. Camp», *Economica* XI, 1945, p. 192.

131. L'argot des prisons britanniques est très instructif, cf. Dendrickson & Thomas, *op. cit.*, p. 25 : «Le mot "plié" mérite une explication spéciale. On ne l'emploie qu'au participe passé, comme synonyme de "courbé". Un carnie (porte-clefs ou garde) "plié" est un homme qui collabore avec les détenus pour faire entrer des paquets de tabac dans la tôle. Vous ne "pliez" par un carnie (ce qui vient encore compliquer les choses), vous le "redressez" — en lui graissant éventuellement la patte. Ainsi, si vous "redressez" un carnie droit, vous en faites un carnie "plié" ! » Cf. p. 91-94 où Dendrickson & Thomas décrivent quelques-unes des nombreuses manières de tirer parti d'un carnie «plié».

l'extérieur, il peut parler un langage compris au dehors, même si, officiellement, il n'a pas droit à la parole.

Dans les institutions totalitaires, un moyen d'échange non officiel a souvent cours, comme cette monnaie de papier appelée «fiat» qui était employée dans un camp de prisonniers de guerre ¹³². Habituellement, l'instrument de l'échange est un objet très demandé pour lui-même, et dont la valeur en tant que monnaie joue dans des limites très précises. Mais alors il se pose d'abord un problème de stockage, comme dans les cas, très nombreux, où cette monnaie d'échange est constituée par des cigarettes ¹³³, puis il faut mettre sur pied un

132. Cf. Radford, *op. cit.*, p. 196 sqq. Cet article suit pas à pas le développement d'une économie fermée clandestine. Je m'en suis largement inspiré. C'est un modèle pour tous ceux qui étudient la vie clandestine.

133. Cela signifie que, par le moyen des cigarettes, on peut avoir accès à des marchandises et à des services multiples, et que même ceux qui ne fument pas sont tout prêts à accepter cette forme de paiement qui peut leur servir de monnaie d'échange. Cf., par exemple, ce qu'écrit Radford à propos d'un camp de prisonniers, *op. cit.*, p. 193 : «Il y avait véritablement un embryon de marché du travail. Même lorsque les cigarettes ne manquaient pas, il y avait toujours quelque pauvre bougre prêt à accomplir un service pour pouvoir s'en procurer. Les hommes de la blanchisserie affichaient deux cigarettes le vêtement nettoyé. Pour douze, on pouvait faire nettoyer et repasser un treillis, et l'on vous prêtait en plus un pantalon pour la durée de l'opération. Un bon portrait au pastel valait trente cigarettes ou une boîte de "Kam". La coupe de vêtements sur mesures et autres travaux avaient aussi leurs tarifs. Et puis il y avait les services organisés sur le mode de véritables entreprises. Tel prisonnier qui tenait un stand de boissons vendait thé, café ou chocolat à raison de deux cigarettes la tasse ; il achetait ses matières premières, au prix courant et louait de la main-d'œuvre pour aller chercher le combustible et entretenir le feu.» Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 193, écrit, à propos de la prison britannique de Wormwood Scrubs : «Maintenant que les détenus ne sont plus payés en argent, mais en marchandises de la cantine, le tabac et les cigarettes servent de monnaie. En prison, si l'on veut faire nettoyer sa cellule par quelqu'un, on le paie en cigarettes. Avec des cigarettes, on peut aussi acheter des rations supplémentaires de pain ou de sucre, et aussi faire laver sa chemise ou retailer sa tenue. Avec des cigarettes minces, roulées à la main, on peut tout acheter, même le corps d'un compagnon. Aussi n'est-il pas étonnant que dans toutes les prisons du pays il y ait un florissant marché noir de tabac, ou de "foin" comme on l'appelle, contrôlé par les "Barons".» La situation à Dartmoor, où l'on prend en tabac les enjeux sur les reportages radiophoniques des courses de chevaux, est exposée dans Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 95-96. Pour une prison américaine, cf. Hayner et Ash, *op. cit.*, p. 366.

système d'équivalence entre les marques ; il est en outre facile de déprécier cette monnaie en rognant sur l'épaisseur de l'objet ; de plus, les variations de l'utilisation des cigarettes comme bien de consommation peuvent entraîner de grandes fluctuations dans les cours.

La vie clandestine de l'hôpital met en lumière quelques-unes des limites caractéristiques de ces monnaies de remplacement : au poker, les pièces de monnaie aussi bien que les cigarettes servent de jetons mais, en général, ceux qui gagnent des cigarettes les gardent pour les fumer. Lors des bals au foyer, des malades vont à la cantine chercher un paquet de cigarettes ou des boissons non alcoolisées pour un de leurs camarades en échange de deux cigarettes. De même, dans tel quartier de chroniques, un malade qui possède une cigarette toute faite peut éviter l'humiliation de mendier du feu à un surveillant en envoyant un camarade le faire à sa place contre la promesse de le laisser tirer deux bouffées. Ceux qui se prêtent à ces transactions feignent de le faire dans un esprit de froid marchandage et non de service rendu ; mais il existe en fait peu de malades vraiment enclins à acheter ou à vendre de tels services.

L'usage d'une monnaie de remplacement et la fixation d'un cours particulier de la monnaie officielle ne peuvent prendre une grande extension à l'Hôpital Central parce que l'approvisionnement, tant en monnaie qu'en marchandises, est loin d'y être aussi limité que dans certaines prisons ou dans certains camps de prisonniers de guerre¹³⁴. Tant de visiteurs vont et viennent qu'argent et provisions affluent constamment sous la forme de petits cadeaux offerts par la famille. De plus, les malades autorisés à sortir en ville peuvent rapporter des provisions sans grand risque d'être fouillés à la

134. Radford, *op. cit.*, décrit le développement d'un marché unifié, avec une structure stable des prix et des changements réguliers de leurs cours, des ventes à forfait des arbitrages, des échéances monétaires, des intermédiaires, des prix fixes destinés à éliminer le marchandage, et tous les raffinements d'un authentique système économique. Lorsque le système économique des prisonniers s'insérait dans un système local libéral, on affichait quotidiennement les cours du marché. L'économie embryonnaire de l'Hôpital Central ne peut se prévaloir d'aucun de ces perfectionnements.

porte, et ceux qui jouissent seulement de leur liberté à l'intérieur de l'hôpital peuvent facilement pousser au-delà des limites du parc sans se faire prendre¹³⁵. La valeur de l'étalon-cigarette se trouve aussi limitée étant donné que l'hôpital distribue de façon très libérale papier à cigarettes et tabac à ceux qui ont un travail régulier ou rendent des services. Ces «secours» sont même parfois distribués périodiquement sans que les malades fournissent en échange le moindre travail. Bien que personne ne semble raffoler des cigarettes à rouler soi-même, celles-ci n'en limitent pas moins la valeur des cigarettes toutes faites, qui ne représentent plus *la* cigarette mais *une* cigarette, meilleure et plus raffinée.

Dernier moyen camouflé pour se procurer de l'argent et des biens : le jeu¹³⁶. On a déjà évoqué les petits cercles qui s'y consacrent à l'hôpital, mais pour que l'on puisse ainsi se servir d'autrui, il faut que les conditions sociales propres à tout marché soient réunies. De surcroît, le fait d'accepter un individu comme partenaire dans une partie de poker ou de «black-Jack» peut être tout à

135. L'Hôpital Central applique une politique très humaine en ce qui concerne la surveillance des sorties. Les malades non autorisés à aller en ville peuvent en fait aller faire un tour et rentrer sans courir grand risque de se voir arrêter par les gardiens. Lorsqu'un malade sort manifestement sans autorisation, les gardiens l'abordent tranquillement à son retour et lui demandent discrètement quel est son statut. Le malade qui veut faire une fugue trouve plusieurs endroits où il est possible d'escalader le mur de pierre et d'autres où il n'y a même pas de mur du tout et où il n'est pas difficile d'ouvrir une brèche dans la clôture en fil de fer qui en tient lieu. Un itinéraire, connu du personnel et des malades, emprunte un chemin battu menant, sous le couvert des arbres, à une large ouverture dans la clôture. En ce sens, l'hôpital diffère sensiblement de certaines prisons. Certains malades, notons-le, déclarent que, même après avoir obtenu la liberté de sortir en ville et donc l'autorisation de franchir en toute légalité la grande porte, ils ne le font jamais sans ressentir un sentiment d'insécurité et de culpabilité. J'ai moi-même éprouvé ce sentiment.

136. Dans certaines institutions totalitaires, les paris et le jeu constituent l'une des bases sur lesquelles l'existence est organisée. Cf. par exemple Hayner et Ash, *op. cit.*, p. 365 : «Le jeu à la maison de correction, est très populaire... Tout est prétexte à jouer pour les reclus... L'enjeu peut être un service ou une denrée susceptible de passer de l'un à l'autre. Un partenaire de cellule s'acquitte souvent de ses dettes de jeu en assurant le nettoyage obligatoire de la cellule pendant une période déterminée.»

fait indépendant des symptômes psychotiques que cette personne présente alors, surtout si l'on fixe les mises en fonction des revenus des participants.

Qu'il s'agisse d'une monnaie réelle ou de remplacement, son usage ne représente qu'une forme de l'activité économique, fût-elle la plus importante, au sein de groupes assez importants. L'autre forme est le troc. Dans les opérations de ce type, l'objet cédé peut n'exciter la convoitise que de celui qui le reçoit, et l'objet reçu peut avoir une valeur insignifiante aux yeux de toute personne étrangère à l'opération. Il s'agit là d'un commerce particulier, ce n'est pas *le commerce*. Ce genre de troc, si on laisse de côté les marchandises qui, comme les cigarettes, peuvent être remises dans le circuit commercial si on le désire, est fréquent à l'Hôpital Central où l'on peut ainsi échanger les fruits frais servis au dessert ou les vêtements fournis par l'hôpital.

III. LES SYSTÈMES D'ÉCHANGES SOCIAUX.

Si la vente ou le troc, avec l'organisation sociale qu'impliquent ces activités économiques représentent, sous une forme non officialisée, un des moyens importants pour se servir d'autrui au sein de la communauté, il est une forme d'échange encore plus importante, propre sans doute à beaucoup d'institutions totalitaires, et dans laquelle les expédients employés par l'individu se trouvent renforcés par les expédients de ses partenaires. Si un individu s'identifie à la situation dans laquelle se trouve un autre, ou à ses conditions d'existence, il peut être tenté de lui venir en aide ou de lui témoigner de la considération; aux yeux de l'observateur, ce comportement constitue d'abord un signe, ensuite un symbole de solidarité. De tels signes ou symboles de sollicitude sont en général payés de retour puisque la personne qui bénéficie d'un tel soutien nourrit le plus souvent des sentiments identiques à l'égard de celle qui lui vient en aide. Il existe donc, *de fait*, un échange de services désirés généralement bien équilibré en raison du caractère

égalitaire des relations ¹³⁷. À l'analyse cependant, ce type de translation réciproque, ou tout ce qui pourrait mériter l'appellation d'«échange social» révèle, par rapport à l'échange économique pur et simple, des différences sensibles. L'échange économique se caractérise par un accord préalable sur l'objet de la transaction, alors que dans l'échange social, il peut n'y avoir qu'un simple compromis, car ce qui correspond à un dessein caractérisé de la part de l'un des partenaires peut très bien ne présenter pour l'autre qu'un intérêt occasionnel. Quiconque manque à ses engagements dans un échange économique peut être mis en demeure de payer ses dettes; mais celui qui agit de même dans un échange social et omet de rendre une faveur ou un geste d'attention risque seulement, dans la plupart des cas, d'être accusé d'ingratitude et de se voir abandonné avec mauvaise humeur. (Si la partie offensée veut entreprendre une action plus directe, il lui faudra en général cacher les véritables raisons de sa plainte et fonder sa riposte sur un autre délit qui puisse s'exprimer en termes de droit commercial, couvrant ainsi les deux chefs d'accusation.) Pour tout objet reçu dans un échange de type économique, il faut payer immédiatement, ou obtenir le report de l'échéance; dans un échange social, par contre, si l'on doit payer de retour une faveur lorsque la situation intersubjective le demande, cette exigence ne vaut que *si* la situation la rend nécessaire, c'est-à-dire lorsque celui qui a droit à la réciprocité en éprouve le besoin, ou lorsqu'il se trouve dans une situation où se prodiguent habituellement les manifestations d'attention. Il faut, dans un échange social, stabiliser la relation, et telle faveur importante peut être équilibrée de façon parfaitement adéquate par un simple geste de politesse conventionnelle, car ces deux actes peuvent témoigner, l'un comme l'autre, des sentiments que les deux parties

137. On trouvera un exposé de ces problèmes de réciprocité dans Marcel Mauss, «Essai sur le don» (in *Sociologie et Anthropologie*, Paris, P. U. F., dernière édition augmentée, 1968); C. Lévi-Strauss, *Les Structures élémentaires de la parenté*, Paris, P. U. F., 1949; G. Homans, «Social behavior as exchange», *American Journal of Sociology*, LXIII, 1958, p. 597-606 et Alvin Gouldner (à qui je dois beaucoup sur ces questions), «The Norm of Reciprocity», *American Sociological Review*, XXV, 1960, p. 161-78. Voir aussi M. Deutsch, «A Theory of Cooperation and Competition», *Human Relations*, II, 1949, p. 129-52.

se portent ¹³⁸. En outre, dans les échanges économiques, aucune démonstration de gratitude, si éloquente soit-elle, ne peut satisfaire le donneur qui veut recevoir matériellement, d'une manière ou d'une autre, l'équivalent en valeur de ce qu'il a donné; la créance que l'on possède sur un autre peut également être cédée à un tiers qui dispose alors du droit de s'en prévaloir. En revanche, une créance qui concerne les expressions et les signes de solidarité ne peut se transférer à un tiers que dans d'étroites limites, dans une lettre d'introduction par exemple.

La différence entre ces deux types de rétribution apparaît avec netteté dans le double usage fait de l'argent à l'hôpital. La rétribution d'un lavage de voiture représente une fraction du coût de ce service à l'extérieur, fraction qui reste à déterminer et qui est le plus souvent calculée en termes strictement monétaires, comme tout ce qui entre dans le système d'échanges. Ainsi, pour certains membres du personnel, le fait de pouvoir faire laver sa voiture à peu de frais représente l'un des avantages du travail à l'hôpital. Et pourtant l'argent peut acquérir aussi une fonction purement rituelle. Si le malade qui travaille pour un membre du personnel s'attend à recevoir une pièce de 25 cents, ce n'est pas comme rémunération normale d'un service rendu, mais véritablement comme l'expression d'un jugement qualitatif. Lorsque des malades paient un verre au foyer à un ami ou même lui donnent une pièce de 5 ou 10 cents en disant: «Tiens, paie-toi un coca-cola», cela procède de la même logique. Comme pour les pourboires, on peut s'attendre à recevoir ces récompenses, mais on ne peut les demander: elles permettent de mesurer la «qualité» d'une relation et non la «valeur d'échange» d'un travail donné.

138. L'une des difficultés intéressantes posées par les échanges sociaux réside dans le fait que, dans les systèmes de relations égalitaires, faillir au devoir de réciprocité lorsque l'on a reçu quelque chose est considéré comme un acte discourtois, témoignant d'un naturel mauvais; mais tout effort patent pour donner un équivalent exact, ou pour faire connaître qu'on l'attend, constitue une violation de la base présumée de l'échange et le place sur un plan économique. Ainsi, d'une façon ou d'une autre, il faut donner l'équivalent de ce que l'on reçoit, mais cela doit ne représenter que la conséquence fortuite du désir librement exprimé d'aider les autres et d'être aidé par eux.

Dans tout établissement social, des liens de solidarité se nouent au sein des groupes. Dans les établissements domestiques ou les pensions, ces liens deviennent parfois obligatoires, en tant qu'ils représentent certaines adaptations primaires des participants. Ailleurs, comme dans les groupes qui se forment dans certaines organisations commerciales à l'occasion des moments de liberté, l'adaptation primaire laisse aux gens la liberté d'entrer ou non dans ces structures. Très souvent cependant, par la manière dont ils fonctionnent, ces liens font partie de la vie clandestine de l'établissement, et cela pour deux raisons: la première est que le simple support émotionnel et le sens de l'attachement personnel que l'on fait ainsi naître ne sont pas conformes aux desseins officiels de l'organisation. L'exemple le plus clair ici est peut-être ce que l'on appelle la liaison-de-prison (*bug-house-romance*) * ou l'idylle d'hôpital, car de tels engagements, nous l'avons vu, peuvent absorber une grande partie du temps des participants et donner plus de poids à l'univers dans lequel ils vivent. La seconde raison — plus importante pour notre étude — tient à la possibilité de constituer ainsi les conditions nécessaires au développement d'échanges tant économiques que sociaux qui commandent une circulation illégale de biens et de services. Le rôle des échanges sociaux à l'Hôpital Central est donc lié aux modes de solidarité qui s'y rencontrent.

On observe à l'Hôpital Central tous les types de liaison courants dans la plupart des autres institutions totalitaires: relations «entre copains» (*buddy relations*) unissant, sans investissement sexuel, deux individus dont chacun fait siennes, jusqu'à un certain point, les préoccupations de l'autre ¹³⁹; «relations de flirt» (*dating relations*) unis-

* *Bug-house-romance*: cette expression vient de l'argot des prisons, où elle désigne la relation sentimentale que nouent deux prisonniers de sexe différent. Transposée au sein de l'hôpital, elle est employée par les malades mentaux eux-mêmes. (N. d. T.)

139. L'élément distinctif des relations «de copain» à «copain» dans certaines institutions totalitaires réside dans le caractère exclusif des systèmes de réciprocité relationnelle (ce qui est aussi le cas des relations matrimoniales). On n'a qu'un copain, et l'on est son seul copain. Dans le milieu cockney, en Grande-Bretagne, l'expression argotique de «petit vase de Chine» (*China plate*) habituellement réduite au simple mot «*china*»* est

sant deux personnes généralement de sexe opposé, qui témoignent l'une pour l'autre d'un intérêt quelque peu teinté de sexualité¹⁴⁰; «relations de clan» (*clique relations*) unissant au moins trois personnes ou au moins deux couples qui manifestent une préférence marquée pour leur compagnie mutuelle et s'accordent un soutien réciproque; «relations de commune appartenance» (*category relations*), expression d'intérêt mutuel entre deux malades quelconques que rapproche le seul fait de se savoir l'un et l'autre internés; «relations de patron à protégé» (*patron relations*) enfin, qui se nouent entre un membre du personnel et l'un des reclus à son service.

Les relations de copains, de flirt et de clan seront réunies dans la catégorie des «relations privées». En règle générale, ces relations ne sont pas interdites à l'hôpital, bien que l'on conseille aux couples, puisque le mariage est hors de question, de «ne pas aller trop loin», mais les relations homosexuelles sont officiellement prohibées, même si de petits clans d'homosexuels autorisés à sortir des quartiers se livrent dans le parc en toute quiétude à leurs activités particulières.

Les reclus unis par de tels liens se prêtent de l'argent, des cigarettes, des vêtements, des livres à bon marché, ils

largement utilisée dans ce sens. Dans les prisons britanniques, la société des détenus a institutionnalisé ce genre de relations de façon tellement tyrannique qu'un prisonnier imprudent peut fort bien se trouver compromis s'il se montre aimable à l'égard d'un compagnon de captivité qui, par hasard, lui parle pendant la journée. On peut à cet égard citer Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 30: «Alors vous vous séparerez à la fin de l'exercice en lançant un innocent "à demain"... et le lendemain, vous le retrouvez à vos côtés, le lendemain et le surlendemain et le jour d'après, si bien qu'il finira par passer pour votre "pote" aux yeux des autres. Bien plus, conformément aux coutumes de la prison, les autres éviteront d'intervenir dans cette amitié naissante... et vous vous retrouvez accouplés!». Behan, *op. cit.*, fournit d'utiles renseignements sur les relations entre copains.

* En anglais, *plate*, dans l'expression *china plate* rime avec *mate* (pote). (N. d. T.).

140. La plupart des institutions totalitaires ne se contentent pas de séparer les sexes pendant la nuit, elles n'admettent comme pensionnaires que des hommes ou des femmes. On a alors toutes chances de trouver, dans les grandes institutions, ce que beaucoup d'observateurs qualifient de penchants homosexuels, si ce n'est de conduites homosexuelles. La meilleure documentation à ce sujet se trouve une fois de plus à mon avis dans Clemmer, *op. cit.*, ch. X: «Sexual Patterns in the Prison Community».

s'aident à passer d'un quartier à l'autre, ils s'apportent de petites choses qu'ils se sont procurées en fraude à l'extérieur, ils essaient de faire passer des douceurs à celui de leur partenaire qui, ayant eu «des histoires», a été placé dans un quartier fermé; ils se renseignent mutuellement sur les différentes façons d'obtenir des privilèges et ils parlent entre eux de leur cas personnel¹⁴¹.

À l'Hôpital Central, comme dans tous les hôpitaux psychiatriques, les relations de copain à copain prennent parfois un tour particulier et intéressant, conforme à l'idée que l'on se fait du «protecteur». Un malade, souvent très atteint, du moins de l'avis des autres, se donne la tâche d'en aider régulièrement un autre qui, selon les normes du personnel, est encore plus touché que lui. Le «protecteur» habille son copain, lui roule ses cigarettes et les allume, le protège au besoin contre les bagarres, le mène au réfectoire, l'aide à manger, etc.¹⁴². Bien que la plupart des services auxquels il a ainsi accès soient parfaitement licites, il est vraisemblable que le malade assisté n'en bénéficierait pas aussi pleinement sans l'assistance de son copain. Pour l'observateur, l'intérêt de ce cas réside dans le fait que ce système fonctionne à sens unique puisque l'assisté ne donne en retour rien de tangible¹⁴³. Bien plus, puisqu'il s'agit en général de malades l'un et l'autre assez repliés sur eux-mêmes, aucune des relations sociales habituelles entre copains ne se noue entre eux en dehors de ces services spécifiques, bien que les occasions n'en manquent pas.

Les échanges sociaux, à l'hôpital, sont caractérisés par la modicité des moyens dont les malades disposent pour exprimer l'intérêt qu'ils se portent et pour

141. L'aide mutuelle entre malades est bien décrite dans l'un des premiers articles de William Candell, cf. W. Candell, F. Dedlich, H. Gilmore ou E. Brody, «Social Structure and Interaction processes on a Psychiatric Ward», *American Journal of Orthopsychiatry*, XXII, 1952, p. 314-334.

142. Pour plus d'informations sur ce système de relations, on pourra consulter Otto von Mering et Stanley King, *Remotivating the Mental Patient*, New York, Russel Sage Foundation, 1957, «The Sick Help the Sicker», p. 107-109.

143. Dans deux cas, j'ai pu observer que le «protecteur» essayait d'obtenir certaines faveurs plus ou moins homo-sexuelles de la part de son protégé, mais je n'ai aucune preuve que ce soit là une règle générale.

s'assister mutuellement. C'est là un exemple flagrant de la pénurie qui règne à l'hôpital, d'ailleurs reconnue par l'administration, puisqu'elle met à la disposition des malades, au foyer, des cartes de Noël ou le matériel nécessaire à la fabrication des cartes de Saint-Valentin afin qu'ils aient quelque chose à envoyer. Dans ces conditions, certaines des adaptations secondaires pratiquées à l'hôpital ont évidemment pour but de procurer aux malades la matière de cadeaux éventuels, c'est-à-dire d'« échanges rituels »¹⁴⁴. Les salles à manger et les réfectoires des malades sont tout indiqués pour en fournir la matière première. Si, lorsqu'on y sert des fruits transportables, oranges, pommes, bananes, certains malades les emportent au quartier, ce n'est pas seulement pour se constituer une réserve personnelle ou en faire une monnaie d'échange, mais aussi pour avoir quelque chose à donner aux amis. De même, au cours d'une partie de bridge au foyer, il arrive qu'un malade accepte une cigarette toute faite et rende la politesse en offrant une orange, échange équitable économiquement parlant, mais accompli dans un esprit tout à fait étranger à ce souci d'équité mesquine. Il en est de même lorsqu'en prenant la queue pour aller au rab un malade demande à ses compagnons de table s'ils veulent quelque chose, et qu'en contrepartie ceux-ci offrent à la ronde le sel, le poivre ou le sucre qu'ils ont apportés, ou lorsqu'un autre met de côté une partie des gâteaux ou bonbons reçus au cours d'une soirée au foyer pour les rapporter à l'un de ses amis consigné au quartier. Les rations de tabac distribuées par l'hôpital servent aux mêmes fins. Bref, on exploite le système hospitalier en vue des échanges rituels.

Le rôle rituel des cigarettes est particulièrement significatif. Certains malades, surtout parmi les nouveaux venus à l'hôpital, sont dans une position assez bonne pour offrir des cigarettes comme le feraient des gens du dehors, même si cela ne va pas sans difficultés : un malade qui

144. C'est peut-être en la mettant en relation avec ce désir d'échanges rituels que nous pouvons comprendre, au moins partiellement, la coutume déjà mentionnée de faire cadeau à ses amis de petites sommes d'argent.

possède son propre paquet ne se fait généralement pas prier pour prendre une cigarette dans celui qu'un autre fait circuler. (J'ai connu un jeune homme qui se vantait d'être capable d'exploiter les cigarettes des autres en en sortant une de son propre paquet à l'approche d'une bonne poire¹⁴⁵.) Le fait de donner une ou deux bouffées, ou « bouffes » constitue un geste de délicatesse banale envers un copain, de même que le fait de lui donner son mégot (les mégots font partie du matériel d'échanges rituels dont les surveillants gratifient les malades).

Dans les quartiers de séniles, les critères qui mesurent les valeurs rituelles changent. Il est pratiquement exclu que quiconque — sauf peut-être un surveillant — donne une cigarette entière. Il est des malades qui ne peuvent rouler eux-mêmes leurs cigarettes et doivent en appeler à la bonne volonté de malades plus habiles ; se faire rouler une cigarette est une faveur qu'il faut parfois implorer en se présentant avec tout le matériel nécessaire devant son protecteur, mais qui peut aussi être spontanément accordée, sans sollicitation préalable. Certains malades recherchent les mégots de cigarettes roulées, d'autres les offrent, alors que cette monnaie rituelle est peu prisée en général dans les autres quartiers de l'hôpital. Le plus souvent, on préfère un mégot de cigarette toute faite à une cigarette roulée. On voit aussi se développer des relations de type charitable dans lesquelles surveillants et malades choisissent un favori qu'ils font bénéficier de leurs faveurs et entretiennent en cigarettes. Un muet « protégé » vient se planter devant son « patron » lorsque celui-ci allume

145. Ceci serait à opposer à la fonction sociale des cigarettes dans certains camps de prisonniers de guerre — comparer avec Radford, *op. cit.*, p. 190-91 : « Très peu de temps après leur capture, les gens se rendirent compte qu'en raison de la répartition égalitaire et limitée les approvisionnements, il était à la fois inopportun et inutile de donner ou d'accepter en cadeau des cigarettes ou de la nourriture. La "bonne volonté" devint la base du commerce parce qu'elle représentait le moyen le plus équitable de procurer à chacun le maximum de satisfactions. » Ajoutons que le fait courant dans le monde des gens normaux de demander ou d'offrir une allumette tend à se perdre à l'hôpital. Le plus que l'on se permette est de demander du feu à même la cigarette de celui qui en tient une allumée bien que selon toute probabilité, il ait certainement des allumettes sur lui.

* En français dans le texte.

une cigarette (ou quand il en a une à la bouche) et il attend jusqu'à ce que la cigarette soit assez avancée pour qu'il puisse en hériter. Lui-même, parfois, joue les patrons envers un autre malade, lui passant le mégot qu'il vient de recevoir après l'avoir fumé aussi loin que possible. Le troisième bénéficiaire doit alors utiliser une épingle ou un expédient quelconque pour tenir le mégot sans se brûler. Jeté à terre, ce mégot peut encore servir car un malade le ramasse parfois, le jugeant trop petit pour être fumé, mais encore assez grand pour fournir du tabac. Certains quartiers sont ainsi organisés que chaque cigarette y passe régulièrement par trois ou quatre mains.

Cette fonction des cigarettes conduit à envisager, au-delà des liens privés entre copains ou camarades de clan, le statut du malade en tant que tel, et surtout les droits que deux personnes se reconnaissant l'une sur l'autre du seul fait qu'elles sont des malades. Presque tous les malades de l'hôpital, à l'exception des quelques enfants, entrent de ce point de vue dans tout un système d'échange qui, à partir d'une cigarette allumée, confère le droit de demander du feu et l'obligation d'en donner¹⁴⁶. Chose extrêmement surprenante, les malades des salles les plus arriérées, assez touchés pour être restés sans contacts verbaux depuis des années, assez agressifs pour refuser la cigarette qu'on leur offre, assez déments pour oublier d'éteindre leur cigarette quand elle commence à leur roussir les poils de la main, respectent néanmoins le système. Évidemment, l'un de ses

146. Le fait de recevoir ou de donner du feu constitue un type très particulier de relation, le geste qui matérialise la relation paraissant en constituer en même temps toute la réalité: il s'agit donc d'une sorte de relation rituelle. Semblable au « cycle de la cigarette », mais en plus petit, il y a le réseau des malades qui s'adressent un regard en se croisant dans le parc de l'hôpital: quel que soit leur sexe ou leur âge, les malades qui se rencontrent et qui reconnaissent à quelque signe qu'ils se trouvent bien entre malades se saluent d'un signe de tête, d'un « bonjour » ou d'un sourire. Cette manière de saluer d'un signe de tête est courante dans les campagnes de l'Ouest, à cette réserve près qu'elle s'adresse à tout le monde, tandis qu'à l'hôpital seuls les malades y participent. Lorsque deux malades se rencontrent en dehors de l'hôpital et se reconnaissent pour s'être déjà vus dans le parc, la question se pose de savoir s'ils ont tous deux le droit et l'obligation de se saluer, et ils se déterminent souvent selon qu'il y a là ou non un tiers qui puisse s'étonner de ce salut.

mérites est d'éviter aux malades d'avoir à quémander du feu auprès des surveillants.

Tout comme on exploite le système hospitalier, on exploite les affectations pour obtenir, outre des avantages consommables ou négociables, des biens qui peuvent faire l'objet de cadeaux gracieux. Les hommes qui travaillent aux pépinières peuvent offrir des fleurs aux membres du personnel; ceux qui travaillent à la cuisine peuvent rapporter au quartier de la nourriture pour leurs amis; le malade qui veille sur les courts de tennis et reçoit en échange des balles en bon état peut en réserver quelques-unes pour ses camarades favoris. Dans les quartiers où l'on sert le café mélangé au lait — ce qui gêne fort ceux qui le préfèrent noir —, les malades affectés à la cuisine profitent de leur situation pour servir à leurs camarades du café selon leur goût. Au lendemain d'un match hors de l'hôpital au cours duquel on distribue des cacahuètes aux spectateurs, ceux qui ont aidé à remplir les sacs se font fréquemment « chiner » par leurs amis. Les provisions des familles qui ravitaillent les malades en nourriture, cigarettes et argent contribuent également à alimenter ces échanges. Dans les quelques quartiers où règne un grand esprit de corps, les cadeaux des familles sont souvent partagés entre les reclus dès leur réception, inondant pour un temps le quartier de sucreries ou de tablettes de chocolat.

La médiocrité des conditions d'existence faites aux malades de l'Hôpital Central entraîne, ainsi qu'on l'a déjà noté, un manque de moyens pour les échanges rituels et amène les intéressés à en fabriquer à partir de tout ce qui leur tombe sous la main, ce qui a parfois des conséquences paradoxales. De même que, selon les criminologistes, les règlements font naître les possibilités d'infractions et, donc, de corruption, les restrictions imposées par le régime de l'hôpital engendrent un désir exacerbé qui peut susciter les moyens de sa propre satisfaction. De tels moyens peuvent être utilisés à des fins personnelles ou devenir l'objet d'échanges commerciaux, mais on peut également les offrir comme marques d'attention prodiguées envers autrui. Par exemple, dans plusieurs quartiers fermés, il y a toujours au moins un ou deux malades qui reçoivent quotidiennement le journal. Après avoir lu le numéro du

jour, le propriétaire le met sous son bras ou le «planque» dans le quartier; au cours de la matinée, il pourra permettre à ses amis d'y jeter un coup d'œil. C'est la pénurie de lectures dans le quartier qui lui fournit son matériel d'échange rituel. De même, le malade qui réussit à obtenir l'autorisation de se raser avec le matériel de l'hôpital en dehors du jour réglementaire s'arrangera pour garder le nécessaire assez longtemps pour qu'un copain puisse en profiter à son tour.

Les pratiques sentimentales, à l'Hôpital Central, illustrent bien le rôle de la pénurie dans les échanges de faveurs. Lorsque l'un des deux partenaires d'un couple est enfermé, celui qui reste libre lui fait porter des messages, des cigarettes et des bonbons par l'intermédiaire d'un copain du quartier fermé autorisé à sortir. En se glissant en cachette dans un bâtiment contigu, on peut parfois apercevoir son ami par la fenêtre; en connaissant l'heure des sorties en groupe, on peut s'arranger pour marcher à ses côtés lorsqu'il ou elle se rend avec son groupe d'un bâtiment à un autre. Mais c'est lorsque les deux partenaires ont perdu leur liberté relative, ou avant qu'ils l'aient obtenue, que l'on peut observer des relais de communication particulièrement complexes. Ainsi, j'ai vu un homme gardé au quartier lancer par la fenêtre un sac en papier contenant de l'argent à un camarade libre qui était en bas. Sur ses instructions, celui-ci va à la cantine et achète un paquet de chips et du café, les dispose dans un sac sur le rebord d'une fenêtre dissimulée du rez-de-chaussée où l'amie du premier malade peut les atteindre. L'hôpital offre ainsi aux quelques malades placés dans cette situation l'occasion d'une sorte de compétition où ils peuvent se mesurer aux autorités et quelques-unes des relations qui s'établissent semblent dues au moins pour une part à l'intérêt des participants pour ce genre d'intrigues.

Bien que la transmission d'un petit cadeau entre deux personnes nécessite parfois l'intervention d'un, voire de deux médiateurs, les chaînes de relais, à l'Hôpital Central, sont généralement plus courtes. Même si de petites équipes d'amis s'organisent pour former de véritables systèmes de transmission auxquels peuvent participer la plupart des malades bénéficiant d'un statut de liberté

conditionnelle, l'ensemble des malades ne forme pas une vaste organisation officieuse à cet égard puisque, sauf pour allumer les cigarettes, les demandes de chaque individu ne s'adressent pas à l'ensemble des malades en tant que tels, mais à un groupe limité de camarades.

De même que les restrictions de la vie hospitalière poussent l'individu à les tourner et à entraîner ses amis sur cette voie, la médiocrité des conditions d'existence crée ses propres matériaux pour alimenter les échanges économiques ou sociaux. Lorsque les gens sont tenus dans l'ignorance de ce qui va leur arriver et lorsqu'ils ignorent également la manière de se «tirer d'affaire» dans une situation où leur survie psychologique n'est possible qu'à ce prix, l'information devient elle-même une denrée fondamentale et celui qui peut la dispenser occupe une position très favorable au sein des systèmes d'échanges économiques et sociaux¹⁴⁷. On comprend dès lors que, dans toutes les institutions totalitaires, les copains s'aident en se «tuyautant» les uns les autres; on comprend aussi les précautions prises par le personnel à l'Hôpital Central, comme dans les prisons, pour tenir les nouveaux reclus à l'écart des anciens de peur qu'à l'occasion de leurs fréquentations amicales ou des échanges économiques ils n'apprennent les «ficelles du métier».

IV. LES ÉCHANGES SOCIAUX ENTRE PERSONNEL ET RECLUS.

Les liens individuels sont de ceux qui offrent le plus de possibilités pour le développement d'échanges sociaux non officiels, mais il reste à envisager la catégorie importante des *relations de patron à protégés* qui représentent, dans la plupart des cas, des rapports plus stables que les relations individuelles.

À l'Hôpital Central, la place du malade se définit par rapport à deux types fondamentaux d'organisation officielle, d'abord le «système des quartiers» (*ward*

147. Ce thème est posé et développé de façon systématique dans l'article précieux de Richard Mac Cleery, «Communication Patterns as Bases of Systems of Authority and Power», in *S. S. R. C., Pamphlet*, n° 15, *op. cit.*, p. 49-77.

system) qui concerne à la fois l'endroit où le malade vit, la surveillance dont il y fait l'objet et les rapports avec les autres quartiers ou les quartiers spécialisés d'où il vient ou dans lesquels il peut être éventuellement envoyé; ensuite, le « système des affectations » (*assignment system*) qui amène le malade à quitter son quartier pour tout ou partie de la journée sous la surveillance des membres du personnel pour qui il travaille ou qui lui administrent l'une des nombreuses thérapeutiques pratiquées à l'hôpital. En vertu de la théorie de l'hôpital, il n'y a aucune raison de payer aux malades le travail qu'ils accomplissent pour l'établissement puisque celui-ci prend en charge tous leurs besoins. En fait, on voit dans le désir de travailler gratuitement pour l'hôpital un signe de convalescence, une preuve d'intérêt pour des activités socialement constructives, tout comme on voit dans le travail un élément thérapeutique. Mais, soit par désir de se conformer aux normes de la vie ordinaire, soit pour maintenir la discipline et stimuler l'ardeur au travail, les membres du personnel qui ont des malades à leur disposition se sentent obligés de montrer combien ils « apprécient » « leurs » malades, et si l'un d'eux manquait à témoigner d'une telle considération envers ses clients, il courrait le risque de voir diminuer progressivement au cours de l'année le nombre des malades qui s'adonnent à l'activité qu'il leur propose.

Parmi les avantages que procurent les affectations, le plus important est le droit de quitter le quartier chaque jour pendant la durée du travail — qui varie d'une demi-heure à six heures — et le droit à d'éventuelles pauses pendant ce temps de travail pour aller à la cantine ou aux réunions du foyer. En règle générale, le statut de liberté à l'intérieur de l'hôpital n'est accordé qu'à ceux qui le gagnent en travaillant (à l'époque où cette étude a été réalisée, le règlement était en cours de modification, au grand mécontentement d'un certain nombre de fonctionnaires qui craignaient de ne plus avoir d'autorité sur ceux dont ils avaient la charge: les malades des services d'admission, de même que ceux des services des chroniques semblaient sur le point d'accéder au statut de liberté à l'intérieur de l'hôpital sans avoir à travailler en contrepartie, si ce n'est de façon symbolique).

L'organisation de l'hôpital donne une base officielle au système du « patronage » puisqu'on accorde, par exemple, une allocation de tabac et de papier à cigarette aux membres du personnel chargés de s'occuper de malades pour qu'ils puissent, une ou deux fois par semaine, en distribuer à leurs clients. Au moment de Noël, il arrive aussi que l'on mette à leur disposition tout ce qui est nécessaire pour préparer une soirée ainsi que de petits présents, et l'organisation d'une fête annuelle, avec rafraîchissements et cadeaux, représente bien le minimum que les malades attendent de celui qui dirige leur travail. Pour ces fêtes, le personnel commande à la pâtisserie de l'hôpital, aux frais de l'établissement, des glaces, du punch concentré aux fruits et des gâteaux, mais presque toujours le patron se sent obligé d'acheter des provisions supplémentaires qu'il paie de ses propres deniers. Les malades se montrent des juges très avisés en la matière: à force d'apporter du dehors des crèmes glacées plus généreuses et de plus gros gâteaux, on a mis ces consommateurs critiques en mesure d'établir un classement comparatif fort au point, et le patron qui servirait le punch aux fruits ordinaires de l'hôpital perdrait à coup sûr des points.

En plus de ces faveurs semi-officielles, accordées par le patron, il en est d'autres sur lesquelles les malades comptent: ceux qui se montrent particulièrement actifs dans un groupe s'attendent à recevoir de temps en temps des paquets de cigarettes ou de quoi se payer un coca-cola au distributeur automatique, ou encore des vêtements mis au rebut; ils s'attendent à ce qu'on leur fasse cadeau de la petite monnaie quand ils reviennent de faire une emplette à la cantine ou même qu'on leur glisse une pièce de 10 ou 25 cents¹⁴⁸. Outre ces avantages matériels, les malades assidus au travail ou aux séances de thérapie attendent de leur patron des interventions bénéfiques qui leur permettent d'obtenir une place convoitée au quartier, le droit de passer une journée en ville, ou la remise d'une

148. On disait que le malade qui avait l'une des « meilleures » affectations de l'hôpital — porter les messages du bâtiment administratif principal dans tout l'hôpital — se faisait jusqu'à 8 dollars de pourboires par mois, mais je n'en ai pas eu la preuve tangible.

punition attrapée pour avoir commis quelque infraction au règlement. Ils peuvent aussi espérer se faire porter sur la liste de ceux qui vont au bal, au cinéma ou au match de base-ball hors de l'hôpital (le fait même de savoir qu'un collègue accorde toute confiance à un malade pour le travail influe certainement sur le jugement de tous les membres du personnel avec qui il est en rapport). Enfin, les malades espèrent aussi, parfois, voir se réduire la distance qui les sépare de leur patron, se voir traiter en égal et voir leur rapports mutuels marqués d'une spontanéité plus grande qu'ils n'en pourraient attendre des autres membres du personnel de même rang.

Le complexe de l'automobile prend là toute sa valeur. De tous les symboles qui différencient le statut du personnel de celui du malade en liberté conditionnelle, l'un des plus manifestes est, à coup sûr, le fait de conduire une voiture. C'est là une chose rigoureusement interdite à tout malade, quel que soit son statut. Par conséquent, quiconque est au volant d'une voiture ne peut être un malade. La conséquence, ou la cause, en est que le personnel se déplace en règle générale très peu à pied : pour le moindre déplacement dans l'hôpital, on prend sa voiture¹⁴⁹. Dans ces conditions, une des plus grandes marques de faveur qu'un membre du personnel puisse accorder à un malade consiste à le conduire en voiture d'un point de l'hôpital

149. Tout ce que l'on trouve au sein d'un hôpital psychiatrique, qu'il s'agisse des lieux ou des choses, semble partager avec les quartiers les plus arriérés les caractéristiques tangibles de l'isolement, de l'ostracisme et du malaise. La voiture, par contre, qui appartient aux attributs de la vie normale, manifeste clairement l'appartenance de son propriétaire au monde extérieur et ne fait guère partie de l'hôpital proprement dit. Ce ne sont certainement pas les tarifs d'entretien pratiqués à l'hôpital, ni l'intention bienveillante de procurer quelques ressources aux malades, qui expliquent au fond le souci évident du personnel d'avoir une voiture toujours impeccable. Ajoutons que l'un des grands rêves des malades est d'avoir, après leur libération, une belle voiture neuve et de revenir à son volant rendre visite à leurs copains ou à leurs anciens patrons. Ce rêve se réalise parfois, moins souvent cependant qu'on ne pourrait le penser. Disons aussi que, s'il y a un rapport entre les voitures de luxe (autres que les Cadillac) et la position des quatre ou cinq hauts fonctionnaires de la direction de l'hôpital, et si certains supérieurs, propriétaires de vieilles voitures, raillent les surveillants qui possèdent des voitures plus récentes et meilleures que les leurs, il n'y a pas pour autant de relation constante entre la position du personnel dans la hiérarchie de l'hôpital et l'âge ou la marque des voitures.

à un autre : tout d'abord, cela allonge le temps libre dont le malade peut disposer avant d'entamer une autre tâche inscrite au programme, mais c'est aussi la preuve qu'il jouit de la confiance du responsable et que leurs rapports sont empreints d'une certaine intimité. Cette preuve est d'ailleurs très facile à administrer lorsqu'on est assis à l'avant d'une voiture, en raison de la limitation de vitesse imposée dans l'enceinte de l'hôpital et de la tendance des malades qui se promènent dans le parc à noter, au passage de chaque voiture, qui est avec qui et pour aller où.

Les fonctions de contrôle que l'on doit confier à un malade pour rendre plus efficace sa collaboration avec son patron lui permettent d'acquérir à son tour un certain droit de patronage. Ainsi, le malade responsable de la pièce du sous-sol où l'on a coutume de ranger le matériel d'entretien du parc y a bien sûr son propre bureau et sa propre chaise, mais il y garde aussi, dans un endroit dont il a personnellement la clef, une provision de tabac qu'il distribue à l'équipe des malades placés officieusement sous ses ordres. Il est donc en mesure de jouer de plein droit les patrons. De même l'homme de confiance, qui a la haute main sur la cuisine lors des fêtes données au foyer, possède la clef de cette pièce et doit en interdire l'accès à quiconque n'a pas l'autorisation d'y pénétrer. Il peut ainsi faire entrer n'importe quel ami et lui donner un avant-goût de ce que l'on va servir. C'est là évidemment une façon bien particulière d'exploiter son affectation¹⁵⁰.

Le fait de travailler avec un membre du personnel comporte toujours un certain nombre d'avantages sur lesquels les malades peuvent raisonnablement compter¹⁵¹. Il en est cependant qui s'arrangent pour « tirer sur la ficelle ». À l'approche de Noël, un certain nombre de

150. Sykes, *Corruption of Authority*, op. cit., p. 260-261, classe ces questions dans la rubrique « Corruption by default ».

151. Comparer avec la nature caractéristique des liens qui unissent aux États-Unis maîtresses et servantes et, plus précisément dans le Sud, maîtresses (blanches) et servantes noires (*System of toting*)*.

* *System of toting* : dans le Sud des États-Unis, le droit d'emporter de la nourriture de la cuisine où elles sont occupées faisait partie du « salaire » des servantes noires. Dans le Nord cette coutume est assimilée à une forme de vol, mais elle est, en règle générale, tacitement acceptée par l'employeur. (N. d. T.).

malades qui possèdent quelque expérience de l'hôpital, métamorphosés en zélateurs actifs, participent simultanément à plusieurs travaux et à plusieurs groupes de thérapie. Lorsque commencera la saison des fêtes, ils pourront ainsi à coup sûr tabler sur de nombreux cadeaux et sur toute une série de soirées rapprochées les unes des autres. C'est pour eux une vraie «saison», conforme à l'idée que peut s'en faire une «débutante». Les patrons, de leur côté, sont évidemment complices de cette manière d'user de leurs largesses. On pourrait, en effet, s'il y avait trop peu de participants à leurs activités, tirer des conclusions gênantes sur l'utilité de leur travail ou de leur thérapie et un nom supplémentaire sur la liste des protégés occasionnels fait toujours une bonne impression dans les bureaux de l'administration. On observe aussi des malades chroniques qui, sachant bien que c'est le seul moyen d'obtenir la liberté de déplacement à l'intérieur de l'hôpital, se portent volontaires pour un travail régulier, quitte, une fois nantis du statut spécial, à abandonner petit à petit leur travail, espérant bien qu'ils ne seront pas signalés aussitôt ou que, s'ils le sont, on ne les renverra pas immédiatement dans leurs quartiers. D'autres travaillent quelque part le temps d'y établir de bonnes relations avec le responsable, puis vont offrir leurs services à quelqu'un d'autre, mais reviennent périodiquement vers leur premier patron pour quémander de quoi fumer ou quelques pièces de monnaie. Ceux-là essaient d'exploiter l'individu plutôt que l'affectation.

Dans les quartiers d'arriérés dans lesquels la plupart des malades sont rebelles aux échanges sociaux ordinaires, les surveillants ont un ou deux «hommes à tout faire» qui les aident de façon régulière à faire marcher le quartier. Ici convergent deux systèmes, celui des quartiers et celui des affectations: la personne pour laquelle travaille le malade étant celle-là même qui le surveille au quartier, il est alors assuré de recevoir des faveurs à jet continu, d'autant plus que les restrictions multiples qui règnent dans ces quartiers créent un vaste champ de possibilités¹⁵². Il est admis que ceux qui travaillent

152. Un bon exposé des libéralités dispensées dans les quartiers se trouve dans Belknap, *op. cit.*, p. 189-190.

ont droit à une chambre individuelle ou à deux; les surveillants qui envoient des malades faire des achats à la cantine les récompensent en leur donnant une cigarette ou, lorsqu'il s'agit de boissons, en leur abandonnant la bouteille vide, consignée 2 cents; les surveillants leur accordent l'autorisation d'avoir un rasoir et des allumettes dans leur chambre, de garder leurs vêtements auprès d'eux pour la nuit. S'ils demandent du feu, on ne les fait pas attendre et, témoignage de confiance tout particulier, on leur lance le briquet, pour minimiser leur humiliation d'avoir à demander du feu. Les surveillants trouvent aussi l'occasion d'exercer leur rôle de patrons lorsqu'il s'agit de contrôler les vêtements ou de dresser la liste de ceux qui assisteront aux distractions.

Ajoutons que les relations de patrons à protégés ne sont par la seule base d'échange des faveurs entre personnel et malades. En dehors du système des affectations, des relations de «copains» se nouent parfois, surtout, semble-t-il, entre jeunes surveillants et jeunes malades de même sexe: la similitude d'âge ou de sexe et, dans certains cas, la même appartenance à la classe ouvrière créent un sentiment de solidarité qui permet de surmonter des différences tenant à la structure de l'institution¹⁵³. La plupart des surveillants hommes doivent accepter que certains malades les appellent par leur prénom ou que d'autres ne les nomment même pas lorsqu'ils leur adressent la parole; au même titre que les manutentionnaires, les concierges, les pompiers, les gardes ou les policiers, ils ne se font pas prier pour échanger des plaisanteries d'un goût plus ou moins douteux avec la plupart des malades à statut spécial. Comme le montrent ces notes que j'ai prises sur le vif:

153. C'est là ce que John Kitsuse nomme la «solidarité masculine» (*male alliance*). Un exposé précieux de ce phénomène se trouve dans Sykes, *Corruption of Authority, op. cit.*, «Corruption Through Friendship», p. 259-60. Voir aussi Harold Taxel dans *Authority Structure in a mental Hospital Ward* (non édité, thèse M. A., université de Chicago, Département de sociologie, 1953). L'auteur y rapporte (p. 62-63) que les malades se tournent vers les surveillants pour prendre des libertés avec les règlements alors que les infirmiers sont censés les faire appliquer, et (p. 83) qu'il est tacitement entendu que les surveillants enfreignent le règlement pour le compte des malades chaque fois qu'ils le peuvent.

«Séance de nuit au cinéma. La voiture de police passe lentement devant le théâtre au moment de la sortie des malades afin de veiller à ce que la dispersion se fasse dans l'ordre. La voiture s'arrête, l'agent observe la foule des hommes en train d'examiner les femmes et avise un malade bien connu et apprécié de tous. Le malade se retourne et salue l'agent comme s'il s'agissait d'une vieille connaissance :

Le malade: Salut, vieux !

L'agent: Je t'ai vu la nuit dernière (au bal des malades), si t'avais dansé un peu plus longtemps, tu les mettais toutes sur les rotules !

Le malade (coupant court): Allez, ça va, vieux ».

En raison du contrôle discrétionnaire exercé par le surveillant sur la plupart des objets que les malades utilisent, on peut s'attendre à ce que la solidarité malade-surveillant (distincte des relations patron-protégé) serve de base à la transmission de faveurs particulières, témoin cet exemple, à nouveau tiré de mes notes :

«Je mange avec un malade de mes amis dans l'un des grands réfectoires de malades. "La nourriture est bonne ici, me dit-il, mais je n'aime pas le saumon" (en conserve). Il s'excuse alors, jette le contenu de son assiette dans le seau à déchets puis se dirigeant vers la rangée de plateaux fumants (côté régimes), il en revient avec une assiette d'œufs. Avec un sourire à la fois moqueur et entendu, il me dit: "Je fais les concours de pronostics avec le surveillant chargé de ça!"¹⁵⁴.»

Si la plupart de ces faveurs de type individuel ou dispensées par un patron sont tant soit peu illicites, il en est d'autres, comme le fait de donner de feu poliment ou d'ouvrir une porte sans lambiner qui sont tout simplement un droit pour les malades, même si, en

154. Le même malade déclarait qu'il lui était possible de descendre en ville lorsqu'il avait la permission de le faire, fort bien vêtu dans les vêtements kaki de l'hôpital. Il n'y avait, disait-il, qu'à mettre à chaque fois un pantalon neuf, car ces pantalons, avant le premier lavage, avaient un lustre qui pouvait les faire passer pour des vêtements de meilleure qualité et une rigidité qui leur permettait de garder le pli.

fait, elles ne leur sont accordées que rarement. Ainsi, dans les quartiers où les malades vont trois fois par jour manger dans un grand réfectoire situé au centre de l'établissement, les surveillants trouvent plus facile, pour vérifier l'effectif, de mettre les malades en rang à la porte du quartier, quinze minutes avant l'appel du repas, même si cela les oblige à demeurer entassés pendant un quart d'heure à ne pouvoir pratiquement rien faire. Ceux qui travaillent ou qui sont liés personnellement aux surveillants sont dispensés de cette obligation et arrivent au repas après ou avant tout le monde, coupant ainsi à l'attente.

V. INTERFÉRENCES ENTRE LES TYPES D'ÉCHANGES.

Des trois mécanismes qui permettent à l'individu d'utiliser les biens ou les services d'autrui, la contrainte individuelle, l'échange économique et l'échange social, chacun repose sur des prémisses qui lui sont propres et nécessitent des conditions sociales particulières. Mais cette analyse est trop schématique: sans doute chacun de ces mécanismes met-il en jeu des exigences extrêmement contraignantes qui marquent le comportement de l'individu vis-à-vis des autres mais, dans la pratique courante, on joue régulièrement sur plusieurs tableaux à la fois pour tirer profit des autres en se bornant à soigner les apparences pour que l'activité ne semble déterminée que par un seul de ces trois mécanismes.

Dans le domaine des relations de patronage, par exemple, la distinction est aisée à établir entre paiements de nature économique et paiements sociaux, mais dans certains cas apparaissent des ambiguïtés intéressantes. J'ai été témoin d'un marchandage entre un surveillant et un malade au sujet de la quantité de travail quotidien à fournir en contrepartie de l'autorisation de se raser tous les matins. Or c'est déjà là très précisément le type d'échange qui, au bout de quelque temps, est destiné à exprimer la considération réciproque des deux parties engagées. Plus encore, lorsqu'un patron requiert l'exécution d'une tâche nouvelle, ou qui n'entre pas dans les termes de l'accord,

on marchande et on détermine à l'avance des faveurs ou une rétribution spéciales, greffant ainsi un contrat économique impersonnel sur ce qui relevait initialement de relations de type non commercial ¹⁵⁵.

La distinction entre paiements économiques et paiements sociaux fait surgir d'autres difficultés. Soit, par exemple, le cas des contrats strictement économiques qui règlent le lavage des voitures : le malade compte tellement sur ce genre d'accord entre son patron et lui-même que, pour ne pas le décevoir, certains membres du personnel en viennent à payer pour le nettoyage de leurs propres voitures, détournant ainsi de ses buts une pratique de nature économique en vue de maintenir des liens sociaux. Le malade que l'on soupçonne d'avoir acheté les complaisances d'une malade est plus ou moins blâmé, de même que sa complice présumée, au nom du principe selon lequel l'activité sexuelle repose sur des liens personnels exclusifs ¹⁵⁶ et non sur un système de vente ouvert à tout le monde ¹⁵⁷. En outre, l'équilibre des systèmes n'est pas parfaitement fixé : tel geste, d'abord tenu pour une manifestation particulière d'attention, tombe avec le temps dans le domaine des choses acquises et devient un dû ; une sorte de processus régressif semble ainsi jouer : toute

155. La situation opposée (limitation des échanges économiques entre individus aux seules personnes engagées dans un système de relations de soutien) est souvent évoquée dans les études consacrées aux sociétés agraires. Cf. par exemple C. M. Arensberg, *The Irish Countrymail*, New York, Peter Smith, 1950, p. 154-157 ; Service, *op. cit.*, p. 97. Dans les communautés des Shetlands, certaines personnes prennent grand soin de faire au moins un achat dans chaque boutique, de façon à ne pas froisser le commerçant. Ne rien acheter dans une boutique de la localité signifie que l'on est « brouillé » avec son propriétaire.

156. On pourrait ajouter que, dans les hôpitaux psychiatriques, la prostitution et ce qu'on qualifie de « nymphomanie » peuvent avoir la même influence perturbante par rapport à la représentation du rapport sexuel comme symbole des relations réciproques et exclusives : dans les deux cas, un individu, en dehors d'un rapport social approprié, réussit à obtenir les faveurs d'une femme et ceci pour les pires raisons.

157. G. M. Sykes, *Society of Captives*, p. 93-95, montre que, dans les prisons, les détenus vendent en cachette une large gamme d'objets qui ne devraient pas entrer dans le circuit commercial et le fait de se laisser aller à cette déviation fait classer un reclus comme « un prisonnier qui vend ce qu'il devrait donner, c'est-à-dire un mercanti ou un colporteur ».

marque nouvelle d'attention finit par tourner en routine, perd sa valeur et a besoin d'être renforcée par de nouvelles faveurs. Lorsqu'une faveur est considérée comme due, il est impossible d'y toucher sans soulever d'âpres critiques. Ainsi, si au cours d'un bal au foyer la foule des danseurs consomme toutes les sucreries et tous les gâteaux, les aides de cuisine se plaignent ouvertement d'être lésés et, pour avoir la paix, on en est venu à les laisser mettre les restes de côté avant de servir.

Contrainte, échange économique et échange social peuvent encore se combiner d'autres manières. La mendicité, phénomène très répandu dans le système d'échanges de certaines sociétés, doit s'interpréter ici en fonction du fait que l'argent est un moyen d'échanges rituels, et non un simple agent économique. Les malades n'attendent pas de recevoir un peu d'argent ou quelques cigarettes ; très souvent ce sont eux qui prennent l'initiative de déclencher le processus : un malade va trouver son surveillant favori, ou même un camarade, et lui demande de lui « prêter » de quoi acheter un coca-cola ou même deux petites pièces pour compléter la somme dont il a besoin. Le ton sur lequel est formulée la demande, laisse entendre que la personne à qui elle s'adresse est « régulière » et pêche seulement par excès d'« honorabilité » et que l'on entend simplement s'arracher à la situation de dénuement que l'on connaît actuellement pour s'élever jusqu'à une condition plus honorable. Mais, indépendamment de leur signification objective, de tels actes révèlent de la part de ceux qui s'y livrent la volonté d'amener les autres à compatir en anticipant sur leur décision.

Les différentes possibilités de se servir d'autrui à l'Hôpital Central, comme dans toutes les institutions similaires, se combinent d'une autre manière encore : les surveillants placés dans l'obligation d'intervenir physiquement contre les malades jugés dangereux envers eux-mêmes ou envers autrui ont un alibi très commode pour s'adonner à la contrainte de l'individu ; des prétextes économiques ou sociaux sont également invoqués pour couvrir certaines opérations qui n'ont rien à voir avec ces motifs : certains malades qui confient à d'autres de petites commissions en les payant d'une cigarette ou d'une « bouffe » mènent l'affaire avec tant de vigueur

que l'on peut penser que, plus que le service lui-même, c'est l'idée de faire travailler un camarade, même sur une petite échelle, qui leur plaît. Dans les quartiers de chroniques, des surveillants paternalistes à l'ancienne mode s'amuse parfois à faire durer l'attente d'un malade qui leur a fait acheter, sur ses propres deniers, des bonbons à la cantine jusqu'à ce qu'il s'humilie au point de quémander lamentablement ce que l'autre doit lui donner ou d'avouer à quel point il en a envie. Surveillants aussi bien que malades agissent parfois d'une manière tout aussi humiliante pour le bénéficiaire lorsqu'ils distribuent leurs mégots. Lors des grands galas donnés au foyer par telle ou telle organisation charitable, les membres de l'organisation font le tour de la salle à l'entracte pour distribuer à chaque malade deux cigarettes; venant d'un inconnu qui ne lui doit rien, le malade ressent cela comme une aumône. L'envie qu'ils ont de cigarettes toutes roulées est si grande que presque tous les malades présents les acceptent, mais les regards irrités, les ricanements plus ou moins dissimulés ou l'embarras des malades nouveaux venus dans l'établissement ou accompagnés de personnes étrangères montrent bien que ce genre de situation serait inconcevable dans une institution qui ménagerait l'amour-propre de ses membres¹⁵⁸. En bref, il est évident que tous les moyens avoués d'utiliser les services et les biens d'autrui peuvent s'employer, et s'emploient parfois avec tant de ruse et d'astuce que le joueur peut se trouver escroqué, l'acheteur lésé et l'ami exploité. En principe, bien sûr, même la personne convaincue qu'elle ne contribue en rien à la réalisation des desseins d'autrui et qui n'accepterait pas de le faire, en toute connaissance de cause, peut y être amenée à son insu.

Au vrai, tout domaine de la vie sociale et, plus particulièrement, tout établissement social, forme un cadre dans lequel les mécanismes qui permettent l'utilisation d'autrui revêtent des aspects particuliers et où, en deçà de pareilles apparences, ces mécanismes s'organisent

158. J'ai connu deux malades-femmes, en traitement de longue durée, qui, bien qu'elles n'eussent pas besoin de cigarettes, étaient assez aimables pour accepter cette distribution avec courtoisie pour ne pas gêner les personnes qui l'accomplissaient.

selon des combinaisons spécifiques¹⁵⁹. Ce sont ces unités structurelles, mixtes d'apparence et de réalité, qui nous intéressent¹⁶⁰. Ajoutons qu'à partir d'une réalité sociale donnée, prise comme point de référence, qu'il s'agisse d'un système relationnel, d'un établissement social ou d'un groupe, nous pouvons étudier, pour n'importe lequel des membres concernés, l'ensemble de ses exigences à l'égard d'autrui, ce que l'on nomme aux États-Unis *clout* et en U. R. S. S. *blat* *.

Il faut faire deux réserves d'ordre général au sujet de cette description. Premièrement, la description de la vie clandestine d'une institution totalitaire semblable à l'Hôpital Central risque de conduire à une image systématiquement biaisée de la vie qui s'y déroule. Dans la mesure où les membres se limitent aux adaptations primaires (soit que celles-ci les satisfassent, soit qu'ils se révèlent incapables de construire un univers différent), la vie clandestine se limite à peu de choses et n'a guère de signification. De surcroît, les adaptations secondaires les plus visibles sont celles qui sont les plus élaborées et les plus riches en couleurs; or elles peuvent n'être pratiquées, comme c'est le cas à l'Hôpital Central, que par une poignée de meneurs occultes au fait de toutes

159. Il faudrait consacrer une étude particulière aux cas où les échanges fondés sur la contrainte, les relations économiques et sociales font l'objet de combinaisons permanentes. Nous disposerions alors d'un cadre unique pour étudier analogies et différences entre des paiements tels que prébendes, dîmes, pots-de-vin, pourboires, gratifications, cadeaux, politesses, honoraires, primes, butin, bonifications et rançons. On doit garder présent à l'esprit le fait que, dans la plupart des sociétés, l'échange économique n'est pas le mode de circulation le plus courant de l'argent, des marchandises et des services.

160. On trouvera dans Ralph Turner, «The Navy Disbursing Officer As a Bureaucrat», *American Sociological Review*, XII, 1947, p. 342-348, un dossier complet et très utile concernant les multiples bases sur lesquelles repose l'échange social. Selon Turner, la distribution des faveurs peut s'opérer sur trois bases: 1° les relations d'amitié, 2° les relations d'amitié feinte et 3° les relations de politesse, celles dans lesquelles la charge sentimentale est la plus pauvre. Dans les trois cas, cependant, l'exigence explicite, le paiement impersonnel et les pots-de-vin doivent être ouvertement du moins désavoués. Cf. également Sykes, *op. cit.*, p. 262.

* *Clout, blat*: sens assez proche du français «piston»: type d'influence exercée pour obtenir divers privilèges auprès de personnes qui détiennent l'autorité. (N. d. T.).

les ficelles de l'institution. Leur comportement peut présenter une grande importance pour l'observateur qui cherche à découvrir les différentes manières de tirer parti de cette institution particulière et des institutions en général; mais s'il s'intéresse au champ et à l'étendue des adaptations secondaires, il risque de négliger la manière de vivre de l'individu moyen. Une pareille étude concentre en effet l'attention sur l'activité des malades à statuts spéciaux et conduit à brosser un tableau beaucoup trop haut en couleurs de la vie du malade à l'Hôpital Central et des techniques qu'il utilise pour en modifier clandestinement les conditions.

La seconde difficulté concerne les formes de «contrôle social» et la formation des liens sociaux. Les mécanismes qui rendent possibles les échanges économiques et sociaux fournissent de toute évidence à l'individu la possibilité de compter sûrement sur les efforts des autres pour la réalisation de ses plans, ce qui assure une efficacité beaucoup plus grande aux adaptations secondaires qu'il met sur pied lui-même et pour son propre compte. Mais il va de soi que si l'on veut assurer le bon fonctionnement de ces mécanismes, il faudra exercer un certain contrôle social pour maintenir les gens dans la ligne, obtenir d'eux qu'ils demeurent fidèles aux marchés conclus et aux engagements qu'ils ont pris de procurer aux autres certains avantages ou d'avoir pour eux certains égards. Ces formes de contrôle social constituent des adaptations secondaires d'un type très particulier, sous-jacentes à un vaste complexe d'autres pratiques non officielles ou clandestines qu'elles stabilisent. Du point de vue de la vie clandestine du reclus dans une institution totalitaire, ces contrôles doivent s'exercer tant sur ses compagnons que sur le personnel.

Le contrôle du personnel par les reclus revêt des formes classiques: on s'arrange, par exemple, pour que des «accidents» arrivent à tel employé¹⁶¹; on se met d'accord pour refuser en masse tel plat au réfectoire¹⁶²; au travail, on freine volontairement la production, on sabote les tuyauteries, les installations électriques, les systèmes de communication — autant de possibilités qui sont à la portée des

reclus¹⁶³. D'autres sanctions peuvent prendre la forme de railleries, individuelles ou collectives, ou encore de signes d'insubordination plus subtils: ainsi l'art tout militaire de saluer un officier contrariant du plus loin qu'on l'aperçoit, en exagérant le geste ou en le ralentissant. La menace de remettre en cause l'ensemble des mécanismes clandestins peut déclencher contre le personnel une forme extrême de riposte, telle que la grève ou la mutinerie.

On s'imagine en général que le contrôle exercé par le groupe des reclus sur ses membres est bien organisé et puissant comme dans un troupeau de kangourous, et il semble bien que, dans les prisons, la loyauté du détenu à l'égard des adaptations secondaires de ses camarades soit un des critères de base utilisés pour le définir socialement¹⁶⁴. Mais, en règle générale, il est manifeste que les reclus n'exercent qu'un faible contrôle les uns sur les autres et l'une des caractéristiques de la vie clandestine à l'Hôpital Central paraît incontestablement l'absence d'une action visant à maintenir l'ordre clandestin¹⁶⁵ sauf, dans une certaine mesure au quartier de sûreté de Prison Hall¹⁶⁶.

163. *Ibid.*, p. 10.

164. Cf. l'exposé de Morris G. Caldwell, «Group Dynamics in the Prison Community», *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, XLVI, 1956, p. 651 de «Right Guys», et Gresham Sykes et Sheldon Messinger, «The Inmate Social System», *S. S. R. C.*, brochure n° 15, *op. cit.*, surtout p. 5-11.

165. Je ne parle pas du contrôle social que les surveillants exercent sur leurs propres adaptations secondaires. Ainsi, un ancien malade, interné à Prison Hall, déclarait, par exemple, que les surveillants pouvaient, là-bas, accepter des pourboires pour services spéciaux, sans craindre les mouchards parce qu'ils préparaient la «fiche de salle» de tous ceux avec qui ils avaient un commerce illicite. Quiconque aurait commis une indiscrétion se serait vu confronté avec un dossier complet établissant sa culpabilité. Tant dans ce service spécial que dans les autres quartiers de l'hôpital, les malades expriment fréquemment leur conviction que s'ils portaient plainte contre un surveillant pour vol ou brutalité, tout le personnel du quartier se «serrerait les coudes», et il n'y a aucun doute à ce sujet. Il est intéressant de comparer ces faits à ce qui se passe chez les policiers qui doivent exercer aussi une contrainte directe; on voit également à quel point les membres de la police se soutiennent en observant le secret à l'égard de leurs agissements mutuels.

166. Certains malades prétendaient que Prison Hall à l'Hôpital Central était «organisé» à la manière de n'importe quelle prison pour gens normaux: on pouvait y soudoyer les surveillants et leur faire

161. Cf. Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 130.

162. Cf. Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 4.

Lorsque, dans un quartier, un malade se conduit mal, tous les malades du quartier courent bel et bien le risque de voir le régime des privations s'alourdir, et lorsqu'un malade en liberté conditionnelle s'évade et commet au dehors un délit infamant, les conditions d'accès à ce statut se font pour un temps plus sévères pour la majorité des malades. Pourtant, bien que dans ces cas l'action d'une seule personne suffise à empêcher la totalité d'un groupe de «s'arranger» avec le personnel, il ne semble pas y avoir de représailles de la part des malades à l'encontre des trublions¹⁶⁷. Bien plus, la «sécurité» même de la vie clandestine paraît fragile. Si un malade décidé à s'évader peut en toute sécurité confier son projet à un ou deux amis, il est exclu qu'il puisse compter sur la discrétion d'un groupe de cinq ou six personnes. L'une des raisons en est sans doute que les psychiatres posent comme principe que les malades doivent tout leur dire dans l'intérêt même de leur traitement. Par extension, plusieurs malades croient pouvoir améliorer leur statut psychiatrique en trahissant leurs amis. Il n'y a rien de surprenant dès lors d'entendre tel responsable des loisirs dire sur un ton de résignation bienveillante :

«Vous savez, ils sont comme des gosses, dès que l'un d'entre eux fait quelque chose de mal, les autres viennent me le dire.»

Il n'est pas étonnant non plus d'entendre l'un des malades les plus débrouillards déclarer :

«passer» une lettre ou introduire des objets en fraude, on y tenait un registre, des intrigues s'y nouaient, une bande de détenus dirigeait la place et les malades pouvaient recourir à la grève pour régler le cas des membres du personnel qui «leur manquaient». Personnellement, je n'ai pas obtenu de renseignements de première main sur ce sujet.

167. À l'époque de mon enquête, un malade alcoolique, tenu par beaucoup de ses compagnons pour un «morveux», réussit à persuader deux infirmières stagiaires très bien vue d'aller boire en ville avec lui. Les jeunes filles se firent prendre et renvoyer avant la fin de leur stage et le malade fut rétrogradé à un quartier inférieur. Je pensais que les autres malades allaient le mettre en quarantaine; en fait, si beaucoup d'internés le critiquaient bien en son absence, il semble qu'aucune mesure effective n'ait été prise contre lui par ses camarades.

«Pendant les Internationaux de base-ball, n'importe qui peut obtenir n'importe quel tuyau, là, juste à la porte de la cantine. Je ne joue jamais dans ce secteur-là, car il y a trop de mouchards, des Blancs aussi bien que des Noirs, et l'on ne peut jamais savoir. Si j'ai envie de placer un numéro, je passe un coup de fil et l'après-midi quelqu'un vient prendre mon pari.»

L'absence de contrôle officieux et l'absence, déjà notée, d'une solidarité de quelque envergure chez les malades se rejoignent pour prouver la faiblesse de toute organisation officieuse. Les psychiatres en rendent compte en alléguant que les malades mentaux sont, par définition, incapables de maintenir de façon suivie une ligne d'ordre et de solidarité, mais alors comment expliquer cet état d'anomie que l'on trouve dans les prisons ou dans certains camps de concentration? Il faut donc envisager d'autres explications. On peut ainsi constater, entre autres, que les malades font preuve à l'Hôpital Central d'une solidarité défensive très réduite face aux situations critiques: au lieu de se serrer les coudes pour défendre leur statut de malade contre le monde des gens normaux, ils cherchent, en formant de petites coteries ou des groupes d'une dizaine de membres, à se faire passer pour des gens normaux en marge des autres qui sont fous. Bref, bien peu nombreux sont les malades qui tirent quelque fierté de leur état de malade¹⁶⁸. La solidarité défensive est, d'autre part, rendue plus fragile encore du fait qu'il est difficile d'englober l'ensemble du personnel dans une seule catégorie de gens durs et intransigeants, même lorsque les conditions de vie dans le quartier y incitent constamment.

VI. LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE.

Dans cette description des adaptations secondaires à l'Hôpital Central, j'ai essayé d'utiliser des concepts applicables également aux adaptations secondaires

168. Comme l'a montré William R. Smith, auteur d'études non publiées sur la solidarité entre internés.

pratiquées dans les autres établissements; l'unité de description choisie répond à un souci d'analyse comparative et ne recherche pas les effets dramatiques. Le résultat c'est que, pour pouvoir établir une classification, on a découpé le flux homogène des activités des malades en petits morceaux isolés les uns des autres. On peut dès lors avoir l'impression que les malades passent tout leur temps à des ruses enfantines ou à des gestes insensés pour améliorer leur sort et qu'il n'y a rien de dissonant entre ce comportement pathétique et ce que nous pensons habituellement de la «maladie» des malades mentaux. Il faut donc préciser que, dans la pratique, presque toutes les adaptations secondaires rapportées ici sont menées à bien par les malades avec tant de détermination, d'intelligence et de sens pratique qu'une personne étrangère, une fois le contexte connu, peut se sentir chez elle au sein d'une communauté qui présente plus de ressemblances que de différences avec toutes celles qu'elle a pu connaître auparavant. C'est un lieu commun de dire qu'il n'y a pas de ligne de partage bien nette entre gens normaux et malades mentaux, mais bien plutôt un continuum qui va du citoyen bien adapté au grand psychotique. Il faut ajouter cependant qu'une fois passée la période d'acclimatation à l'hôpital psychiatrique cette notion de continuum paraît très présomptueuse. Une communauté est toujours une communauté: si elle peut paraître bizarre à ceux qui ne vivent pas en son sein, elle semble naturelle à ceux qui la fréquentent de l'intérieur (même s'ils y sont entrés sous la contrainte). Le système des rapports que les malades nouent entre eux n'est pas sans intérêt pour le chercheur qui y trouve l'illustration de ce qu'est une association humaine; même si cette association est de celles dans lesquelles il faut éviter de vivre, elle doit figurer dans son fichier au même rang que tous les types d'association dont il a pu avoir connaissance.

TROISIÈME PARTIE CONCLUSIONS

I. IDÉOLOGIES OFFICIELLES ET CONDUITES EFFECTIVES.

Tout établissement social développe une conception officielle de ce que lui doivent ses membres. Même si elle ne leur fixe pas avec précision une tâche spécifique — c'est le cas du veilleur de nuit par exemple —, l'organisation leur demande une certaine attention, une certaine connaissance de la situation du moment, une certaine disponibilité pour faire face aux événements inattendus: dès lors qu'un établissement exige de ses membres qu'ils ne dorment pas pendant leur travail, il leur demande de rester disponibles devant certaines éventualités, et là où il est normal de dormir (à la maison ou à l'hôtel, par exemple), des règles sont néanmoins établies qui définissent où et quand on doit dormir, avec qui et selon quels usages¹⁶⁹. Ces exigences, qu'elles soient étendues ou limitées, révèlent la manière — implicite, mais aussi très étendue et très précise — dont les responsables de l'établissement conçoivent ce que doit être le caractère de l'individu pour qui ils légifèrent.

Mais, dans tout établissement social, il existe des parades à ces exigences: nous voyons les membres refuser le schéma officiel de ce qu'ils doivent apporter à l'institution et de ce qu'ils peuvent en attendre et, plus profondément, refuser la conception du monde et d'eux-mêmes à laquelle ils sont censés devoir s'identifier. Là où l'on compte sur de l'enthousiasme, c'est l'apathie qui se manifeste; au lieu de la fidélité, de

169. Au xv^e siècle, en Europe, les passagers des diligences pouvaient être amenés à partager un lit d'auberge avec un étranger; il existait alors des livres de savoir-vivre qui indiquaient les règles de la bonne conduite au lit. Cf. Norbert Elias, *Über den Prozess der Zivilisation*, vol. II, Verlag Haus Zum Falken, Basel, 1934, p. 219-21. «Über des Verhalten in Schlafraum». Sur la sociologie du sommeil, je dois beaucoup aux études non publiées de Wilhelm Aubert et Kaspar Naegle.

l'assiduité, de la bonne santé, de l'activité débordante, on rencontre indifférence, absentéisme, maladies plus ou moins imaginaires et toutes les variétés d'inactivité. Une multitude de petites histoires insignifiantes trahissent, chacune à sa manière, une aspiration à la liberté: chaque fois que se forme une société, une vie clandestine apparaît.

II. LE CONFLIT DES INTERPRÉTATIONS.

L'étude de la vie clandestine dans les institutions totalitaires répressives revêt un intérêt particulier. C'est lorsque l'existence se trouve réduite à un état quasi squelettique que se révèlent tous les procédés mis en œuvre par les victimes pour donner à leur vie quelque consistance. Planques, moyens de transport, zones franches, territoires réservés, matériaux nécessaires aux échanges économiques et sociaux constituent quelques-unes des conditions minimales nécessaires pour se construire une vie. On tient généralement ces conditions pour des adaptations primaires. Mais à voir comment elles se glissent en marge de l'existence officielle, sous forme de marchandages, d'astuces, de coups de force et de finasseries, on est en droit de reconsidérer leur signification. L'étude des institutions totalitaires montre également que toute organisation réglementée a ses points faibles: magasins, infirmeries, cuisines et autres endroits consacrés à des activités spécialisées représentent de véritables bouillons de culture pour les adaptations secondaires qui se répandent ensuite dans l'établissement.

Au sein de ces établissements où prolifèrent les activités clandestines, l'hôpital psychiatrique constitue un cas particulier. Les malades mentaux sont des gens qui, par les perturbations dont ils se sont rendus responsables à l'extérieur, ont amené un de leurs proches ou un de leurs voisins à les contrer par le truchement de la psychiatrie. Souvent aussi ce sont des gens qui, avant leur hospitalisation, se sont abandonnés à toutes sortes d'inconvenances témoignant d'une conduite déplacée et se sont comportés de manière à se faire moralement

exclure des communautés, établissements ou relations qui estiment avoir droit à l'attachement de l'individu.

La société riposte en infligeant les stigmates de la maladie mentale et de l'internement forcé. Il ne sert à rien désormais de continuer, après l'admission, à manifester les mêmes symptômes ou d'en ajouter de nouveaux pendant la phase initiale de réaction à l'hospitalisation: ce moyen d'exprimer son mécontentement est désormais périmé. Du point de vue du malade, le refus d'échanger un seul mot avec le personnel ou avec ses camarades peut constituer la preuve qu'il récuse l'opinion de l'institution sur son caractère et son identité; mais le personnel supérieur de l'hôpital peut fort bien interpréter cette attitude de repli sur soi comme relevant précisément de la symptomatologie pour les besoins de laquelle on a créé l'établissement et y voir la meilleure justification de la situation actuelle du malade. Autrement dit, l'hospitalisation «roule» le malade, en lui dérobant les moyens d'expression par lesquels les gens prennent habituellement leurs distances à l'égard d'une organisation: faire preuve d'insolence, garder le silence, émettre des remarques à mi-voix, refuser de coopérer, se livrer à des déprédations vengeresses sur le matériel, etc., toutes ces manifestations de refus de l'institution deviennent pour leur auteur autant de signes d'affiliation à l'institution. Dans ces conditions, toutes les adaptations sont primaires.

En outre, les malades sont enfermés dans un véritable cercle vicieux. Ceux qui sont affectés aux «mauvais» quartiers n'ont à leur disposition qu'un matériel rudimentaire: on emporte leurs vêtements pendant la nuit, on leur retire tous les objets qui ne leur sont pas strictement nécessaires et ils ont pour tout mobilier de lourdes chaises de bois et des bancs. Les actes d'hostilité à l'encontre de l'institution ne peuvent s'appuyer que sur des expédients sommaires et inappropriés: on cogne par exemple sa chaise sur le plancher, ou bien on frappe d'un coup sec une feuille de journal pour provoquer une espèce de détonation qui fait sursauter les gens. Et plus l'individu est privé de moyens efficaces pour manifester son refus de l'hôpital, plus son acte apparaît comme un symptôme psychotique et plus la

direction se sent justifiée d'avoir affecté le malade à un «mauvais» quartier. Lorsqu'un malade est isolé, nu et sans moyens d'expression à sa portée, il n'a d'autres ressources que de déchirer son matelas, s'il le peut, ou d'écrire sur le mur avec ses excréments, autant d'actes qui justifient son maintien en cellule.

Les reclus se trouvent enfermés dans le même cercle vicieux lorsqu'il s'agit de ces petites possessions illicites et symboliques pour prendre du champ par rapport à ce qu'ils sont censés être. On trouve dans la littérature des prisons des exemples typiques de ce dont je veux parler :

«Les vêtements de la prison sont impersonnels, les biens de chacun se limitent à une brosse à dents, un peigne, une couchette en haut ou en bas, la moitié d'une table exigüe, un rasoir. Comme dans toutes les prisons, le besoin d'accumuler des biens est poussé au-delà des limites du raisonnable. Cailloux, bouts de ficelle, couteaux, tout ce que l'homme a pu fabriquer et qui est interdit à l'institution, tout, un peigne rouge, une brosse à dents d'un modèle non réglementaire, une ceinture, tout cela s'amasse consciencieusement, se cache jalousement ou s'exhibe triomphalement ¹⁷⁰. »

Mais lorsqu'un malade dont on emporte chaque soir les vêtements se bat pour garder les trésors (bouts de ficelle, petits rouleaux de papier) dont il a empli ses poches, malgré les ennuis que cela risque d'entraîner pour ceux qui sont chargés de vérifier régulièrement leur contenu, son comportement apparaît comme symptomatique d'une maladie sérieuse et non celui d'un homme qui essaie d'adopter une attitude affranchie du modèle qu'on voudrait lui imposer.

La doctrine psychiatrique officielle définit en général les actes de repli sur soi comme des actes psychotiques et cette interprétation est renforcée par ce processus de cercle vicieux qui conduit le malade à exprimer son hostilité au milieu par des manifestations de plus

170. Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 78. Comparer avec les objets que les jeunes garçons fourrent dans leurs poches et dont certains semblent avoir pour fonction de leur permettre de prendre des distances par rapport au milieu familial.

en plus bizarres ; mais la bonne marche de l'hôpital ne s'accorde pas avec cette façon de voir. L'hôpital ne peut, en effet, éviter d'avoir vis-à-vis de ses membres exactement les mêmes exigences que les autres organisations. La doctrine psychiatrique pourrait se le permettre, mais les institutions sont trop rigides pour cela. Compte tenu des normes en usage dans la société qui environne l'institution, on ne peut passer outre à un minimum d'habitudes en ce qui concerne la nourriture, l'habillement, la toilette, le couchage des malades et aussi leur sécurité physique. Une fois posée la nécessité de ces usages, il faut bien user de stimulants et d'exhortations pour amener les malades à les respecter. On est donc bien obligé de demander quelque chose au malade et s'il ne se conforme pas à ce que l'on attend de lui, on se montre déçu. L'intérêt qu'éprouve le personnel à constater dans une perspective psychiatrique une «évolution» ou des «progrès» chez un malade après un premier stage dans les quartiers, le conduit à encourager un comportement «conforme» et à montrer sa déception lorsque le malade retombe dans la «psychose». Le malade se trouve ainsi rétabli dans la condition d'une personne dont d'autres dépendent, une personne qui doit être assez avertie pour agir correctement. Certaines attitudes inappropriées, comme le mutisme ou l'apathie, qui ne font pas obstacle à la routine des quartiers et qui même la favorisent, peuvent continuer à être perçues scientifiquement comme des symptômes mais, dans l'ensemble, l'hypothèse semi-officielle sur la base de laquelle fonctionne l'hôpital est la suivante : le malade doit se montrer docile et respecter la psychiatrie ; celui qui se comporte ainsi verra, en récompense, ses conditions d'existence améliorées tandis que celui qui s'y refuse se verra sanctionné par la réduction des avantages dont il jouissait. À travers cette réintroduction semi-officielle des pratiques courantes dans les organisations, le malade découvre que la plupart des moyens habituels de prendre du champ par rapport à la place qu'on occupe tout en ne bougeant pas restent efficaces : les adaptations secondaires deviennent dès lors possibles.

III. DÉRIVATIFS, SURADAPTATION À L'INSTITUTION ET SUR-DÉTERMINATION DES ACTIVITÉS.

Parmi les différentes sortes d'adaptations secondaires, certaines présentent l'intérêt particulier de permettre d'élucider ce mécanisme général de l'engagement ou, au contraire, du détachement qui constituent la justification de toutes ces pratiques. Il s'agit d'abord de ces types d'adaptation secondaire que sont les « dérivatifs » (*removal activities*) ou les « dadas » (*kicks*), c'est-à-dire les entreprises dans lesquelles l'individu se lance et se perd afin d'effacer en lui, pour un temps, toute conscience du milieu dans lequel il vit et qu'il subit. En ce qui concerne les institutions totalitaires, l'exemple de Robert Stroud, « l'homme aux oiseaux », est particulièrement démonstratif : parti de l'observation des oiseaux depuis la fenêtre de sa cellule, il se monta, au prix d'une débauche spectaculaire d'artifices et d'expédients, un laboratoire complet et devint un spécialiste d'ornithologie faisant autorité, collaborateur de revues médicales, tout cela sans sortir de la prison¹⁷¹. Les cours de langues dans les camps de prisonniers et les cours artistiques dans les prisons¹⁷² peuvent produire les mêmes effets de soulagement.

À l'Hôpital Central, parmi les nombreuses échappatoires de ce type¹⁷³, le sport occupe une place d'honneur : certains joueurs de base-ball ou de tennis sont tellement captivés par leur sport et la débauche d'efforts qu'ils accomplissent à l'occasion des compétitions quotidiennes que cela finit par devenir pour eux, du moins pendant les mois d'été, un centre d'intérêt exclusif. Pour le

171. Cf. Gaddis, *op. cit.*

172. Cf. J. F. N., *op. cit.*, p. 17-18.

173. Dans les prisons, la formation libre de groupes et de types sociaux dissimule souvent des activités compensatoires. M. G. Caldwell, *op. cit.*, p. 651-53, montre des exemples intéressants de prisonniers occupés à des dérivatifs de ce genre : il y a ceux qui se procurent de la drogue ou s'y adonnent, ceux qui font de la maroquinerie pour la vendre, sans compter les « Spartiates » qui se consacrent à l'épanouissement de leur corps (le vestiaire de la prison servant apparemment de plage culturiste), enfin, les homosexuels, les joueurs, etc. L'importance de telles activités tient au fait que chacune procure un environnement spécifique à ceux qui s'y adonnent et par là supplante la prison.

base-ball, cette tendance est encore renforcée du fait que les malades à statut spécial peuvent, de l'hôpital, suivre les rencontres nationales aussi facilement que la plupart des gens du dehors. Certains jeunes malades qui ne manquent jamais un bal donné dans leur section ou au foyer lorsqu'ils ont l'autorisation d'y aller vivent dans le seul espoir de rencontrer une personne « intéressante » ou de la retrouver s'ils la connaissent déjà, tout comme à l'université certains étudiants tiennent le coup dans leurs études grâce à la jouissance anticipée des nouveaux rendez-vous qu'ils peuvent trouver au cours de leurs activités extra-universitaires. Le « moratoire du mariage » à l'Hôpital Central, en libérant le malade de ses obligations conjugales à l'extérieur, ajoute encore à l'importance de ces dérivatifs ; pour d'autres malades, c'est la pièce de théâtre que l'on monte deux fois l'an qui constitue l'activité compensatoire efficace : les répétitions, la fabrication des costumes et des décors, les essayages, la mise en scène, la rédaction des pièces sans cesse recommencée, la représentation enfin paraissent aussi efficaces que dans la vie normale pour placer les participants dans un monde à part. Autre « dada » pour certains : la passion religieuse, ce qui embarrasse fort l'aumônier de l'hôpital ; pour d'autres encore, c'est le jeu¹⁷⁴.

Les moyens d'évasion portatifs jouissent d'une grande faveur à l'Hôpital Central, car on peut les garder constamment sur soi : littérature policière à bon marché, romans¹⁷⁵, cartes ou même jeux de patience. Tous ces

174. Cf. Melville, *op. cit.*, qui consacre tout un chapitre (chap. LXXIII) aux jeux d'argent illicites à bord de sa frégate.

175. Le rôle de la lecture comme facteur d'évasion en prison est bien décrit par Behan, *op. cit.* ; voir aussi Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 34 : « La bibliothèque de la prison offrait un assez bon choix de livres. Mais avec le temps je me mis à lire simplement pour tuer le temps, à lire tous les livres qui me tombaient sous la main, quels qu'ils fussent. Pendant ces premières semaines, la lecture agissait comme un soporifique et, pendant les longues soirées du début de l'été, je m'endormais souvent sur mon livre. » Cf. Kogon, *op. cit.*, p. 127-28, donne l'exemple d'un camp de concentration : « Pendant l'hiver 1942-43, une série de vols de pain au baraquement 42 à Buchenwald rendirent nécessaire l'institution d'une surveillance de nuit. Pendant des mois et des mois, je fus volontaire pour cette tâche, prenant le quart de 3 à 6 heures du matin. Cela consistait à rester assis tout seul dans la salle de jour, avec les ronflements des

dérivatifs servent à des fins multiples. Non seulement ils permettent de «s'évader» du quartier ou du parc, mais si l'on doit attendre une heure ou plus dans l'antichambre d'un membre de la direction, à la porte du réfectoire ou du foyer, on peut alors y avoir recours pour se recréer un monde; ce qui constitue pour le moi un refuge efficace. Ces moyens individuels de se créer un univers prennent parfois un relief saisissant. Un alcoolique déprimé, suicidaire, mais cependant bon joueur de bridge, dédaignait, sauf exception, de jouer avec les autres malades; il avait sur lui un petit carnet sur lequel il notait de temps à autre des idées en vue d'un nouveau coup. Avec sa provision de boules de gomme favorites et son transistor, il arrivait à occuper agréablement ses sens et s'évadait à volonté de l'univers hospitalier.

Les dérivatifs posent également le problème de la suradaptation à l'établissement. Par exemple, un malade qui travaillait à la blanchisserie de l'hôpital depuis plusieurs années et à qui on avait confié tacitement les fonctions de contremaître se donnait à sa tâche, à la différence de la plupart des autres malades, avec un dévouement, une compétence et un sérieux que personne ne pouvait ignorer. Le responsable de la blanchisserie disait de lui: «Celui-là, c'est mon bras droit, il travaille plus à lui seul que tous les autres réunis; sans lui, je serais perdu.» En contrepartie, le surveillant lui apportait presque chaque jour de chez lui quelque chose à manger. Pourtant, cette adaptation avait un côté grotesque tant il était visible que l'engagement profond de cet homme dans le monde du travail était une duperie: malgré tout, c'était un malade, et non un contremaître, et on se chargeait de le lui rappeler en dehors du travail.

camarades qui parvenaient de l'autre bout. Pour une fois, j'étais libéré de la compagnie de mes semblables qui, habituellement, entravait et étouffait toute activité individuelle. Quelle expérience de rester assis tranquillement près d'une lampe camouflée, plongé dans les *Dialogues* de Platon, *Le Chant du cygne* de Galsworthy ou les œuvres de Heine, Klambund, Mehring! Heine? Klambund? Mehring? Mais oui, on pouvait les lire clandestinement au camp. Ils faisaient partie des livres récupérés parmi ceux que dans tout le pays l'on jetait à la corbeille à papiers, par collections entières.»

Il n'est pas nécessaire, et certains de ces exemples le montrent, que les dérivatifs soient par nature illégitimes; seule la fonction qu'ils remplissent pour le reclus nous conduit à les ranger avec les autres adaptations secondaires. À la limite, peut-être, la psychothérapie individuelle, telle qu'on la pratique dans les hôpitaux psychiatriques d'État, peut en faire partie: il s'agit, dans ces institutions, d'un privilège si exceptionnel¹⁷⁶ et le contact qu'il procure avec le personnel, en l'occurrence le psychiatre, est si rare dans la structure des statuts hospitaliers que le malade peut fort bien, jusqu'à un certain point, oublier où il se trouve lorsqu'il en suit les séances. En donnant une réalité à ce que l'institution prétend officiellement offrir, le malade peut réussir à s'évader de ce que l'établissement lui offre en réalité. Il y a là un fait de portée générale: toute activité qu'un établissement impose ou permet à ses membres peut être une menace potentielle pour l'organisation, car il ne semble pas qu'il y ait une seule activité qui ne puisse à la longue engager totalement l'individu qui s'y adonne.

Une autre propriété, relevant de ce que les psychanalystes appellent parfois «surdétermination», transparait clairement à travers certaines pratiques clandestines et en est peut-être un facteur important. Certains malades s'adonnent à des activités illicites avec tant de rancune et de méchanceté, avec un tel air de satisfaction et de triomphe, et au prix de tant d'efforts, que l'on ne peut expliquer cette passion par le seul plaisir de savourer le fruit des efforts accomplis. Certes, dans des institutions fermées et répressives, des satisfactions, mineures en apparence, peuvent finir par prendre une grande importance, mais, même en tenant compte de cette réévaluation, les choses ne sont pas aussi simples. Certaines adaptations secondaires prennent un caractère surdéterminé *du seul fait* qu'elles reposent sur des pratiques interdites¹⁷⁷. Les malades de l'Hôpital Central qui sont

176. Sur les sept mille malades que comptait à peu près l'Hôpital Central, je calculais, à l'époque de mon étude, qu'il y en avait une centaine par an qui bénéficiaient, sous une forme ou sous une autre, d'une psychothérapie individuelle.

177. Ce thème est développé par Albert Cohen dans *Delinquent Boys*, Glencoe, Ill., The Free Press, 1955.

parvenus, au prix de maint effort, à mettre sur pied un moyen de tourner le règlement, cherchent souvent un camarade, même peu sûr, devant qui exhiber les preuves de leur réussite. Tel malade, au retour d'une expédition nocturne dans la ville, se vante, le lendemain, de sa performance auprès de qui veut l'entendre; tel autre prend à part ses amis pour leur montrer l'endroit où il a caché la bouteille d'alcool dont il a avalé le contenu pendant la nuit, ou pour leur exhiber les préservatifs qu'il garde dans sa sacoche, et l'on va même parfois dans ce domaine au-delà des limites de la sécurité. J'ai connu un alcoolique très débrouillard qui, s'étant procuré en fraude une bouteille de vodka, s'en versait une rasade et s'asseyait sur la pelouse, à l'endroit le plus en vue, pour s'enivrer tranquillement. Dans ces moments-là, il prenait un malin plaisir à inviter des personnes qui occupaient à l'hôpital une fonction semi-officielle à venir s'asseoir auprès de lui. J'ai connu également un surveillant qui garaît sa voiture juste devant la porte de la cantine, haut-lieu de l'univers des malades, et là, en compagnie d'un malade de ses amis, discutait des charmes les plus intimes des femmes qui passaient, un verre de bourbon posé sur le tableau de bord, à la limite du champ visuel des nombreux passants; ils avaient véritablement l'air de boire à leur éloignement du milieu environnant.

Que le simple fait de se livrer à certaines adaptations secondaires soit une source de satisfactions illustre un autre aspect de la surdétermination. Comme on l'a dit précédemment à propos des flirts, l'institution apparaît parfois comme l'adversaire dans une sorte de jeu sérieux dont le but serait de marquer des points contre elle. J'ai entendu ainsi des groupes de malades discuter non sans plaisir de la tactique à employer pour pouvoir boire, certain soir, une tasse de café¹⁷⁸. Selon eux, il s'agissait là d'une façon de « marquer des points » et ils donnaient très justement à ce terme sa signification sportive¹⁷⁹. La tendance, dans les prisons, à faire passer

178. On trouve une description détaillée des connivences et des efforts clandestins nécessaires pour se procurer du café en prison dans Hayner et Ash, *op. cit.*, p. 365-66.

179. On juge habituellement de la valeur d'un but que l'on poursuit en fonction de normes qui valent pour le monde extérieur, comme

en fraude de la nourriture ou des douceurs aux détenus qui sont au secret n'est pas seulement un acte de charité; on peut également y voir le souci de se solidariser avec quelqu'un qui s'est dressé contre l'autorité¹⁸⁰. De même, on peut voir dans les plans méticuleux d'évasion auxquels malades, détenus et prisonniers de guerre consacrent tout leur temps un moyen de donner un sens à leur internement autant qu'un moyen d'y échapper.

Ainsi, les adaptations secondaires en général, mais plus particulièrement certaines d'entre elles, sont surdéterminées: celui qui s'y adonne poursuit des buts différents de ceux qu'il se donne comme les plus évidents. Indépendamment de leurs autres finalités, de pareilles pratiques semblent la manifestation, pour celui qui s'y livre sinon pour tout le monde, d'une personnalité et d'un minimum d'autonomie qui échappent à l'emprise tyrannique de l'organisation¹⁸¹.

lorsque l'on dit des drogués qu'ils affrontent quotidiennement la société, et que la partie qu'ils jouent a un sens réel lorsqu'ils obtiennent chaque jour l'état qu'ils recherchent; de même les brasseurs d'affaires douteuses, les arnaqueurs et les délinquants se présentent comme des gens qui travaillent très dur à la délicate et honorable tâche de gagner de l'argent sans que le sens de leurs efforts soit reconnu.

180. Ce thème est traité par Mc Cleery, S. S. R. C., bulletin n° 15, *op. cit.*, p. 60 sq.: « La présente étude montre que l'étalage des biens et des privilèges parmi les reclus a pour fonction de symboliser un statut qu'il leur faut gagner par d'autres moyens. Ces symboles manifestent leur aptitude à tourner l'autorité et à lui résister; et le corps des pensionnaires se sent apparemment tenu à attribuer ces symboles aux hommes victimes de punitions bien que leur seule fonction soit de résister à l'autorité. »

181. Ce problème est bien exposé par Dostoïevski, dans sa description de la vie dans un bain sibérien, *op. cit.*, p. 17: « Beaucoup de prisonniers avaient été condamnés pour contrebande; rien d'étonnant, par conséquent, à ce que la vodka fût introduite en dépit de tous les gardiens et de tous les contrôles. La contrebande d'ailleurs est, par nature, un délit assez particulier. Peut-on imaginer, par exemple, que, pour certains contrebandiers, l'argent et le profit ne tiennent pas la première place, mais jouent un rôle secondaire? C'est pourtant la vérité. Le contrebandier agit pour l'amour de la contrebande, par vocation. C'est, en un sens, un poète. Il risque tout court de terribles dangers, fait des tours et des détours, met en œuvre toutes les ressources de son imagination, se tire de mauvais pas; quelquefois il a l'air d'agir presque par inspiration. C'est une passion aussi forte que celle des cartes. »

IV. LES TECHNIQUES DE DISTANCIATION.

Si l'une des fonctions des adaptations secondaires est de dresser une barrière entre l'individu et l'unité sociale à laquelle il est censé appartenir, il faut s'attendre à ce que certaines d'entre elles ne procurent aucun bénéfice intrinsèque et ne soient mises en œuvre que par souci de prendre une distance interdite, de «repousser ceux qui repoussent» afin de préserver son moi¹⁸². Tel semble bien être le cas pour les formes très banales d'insubordination rituelle que sont les empoignades ou les sabotages, initiatives dont il n'est pas réaliste d'attendre le moindre changement bénéfique. Par l'insolence caractérisée sans être toutefois passible de sanction immédiate, les remarques proférées assez bas pour n'être pas clairement entendues des autorités, les gestes accomplis derrière leur dos, le subordonné exprime son détachement à l'égard de la place qu'on lui assigne officiellement. Comme le dit un ancien détenu du pénitencier de Lewisburg :

«En surface, le cours de la vie ici semble presque paisible, mais il n'est pas besoin de creuser beaucoup pour rencontrer les remous et les tourbillons de la colère et de la frustration. Les grondements du mécontentement et de la révolte ne s'apaisent jamais ; on les perçoit dans les sarcasmes proférés à mi-voix sur le passage des officiels ou des gardes, dans les regards glacés soigneusement dosés pour exprimer le mépris sans ouvrir la voie aux repréailles ouvertes¹⁸³.»

Avec Brendan Behan, nous retrouvons les prisons britanniques :

«Le garde gueula après lui. "Entendu, monsieur, cria-t-il à son tour, soyez tranquille, monsieur"... et, sur un ton plus bas,... "aux chiottes"¹⁸⁴.»

182. Cf. Lloyd W. Mc Corkle et Richard Korn, «Resocialization Within Walls», *The Annals*, CCXCIII, 1934, p. 88.

183. Cf. Hassler, *op. cit.*, p. 70-71. Pour un exemple de sabotage militaire, cf. Lawrence, *op. cit.*, p. 132.

184. Cf. Behan, *op. cit.*, p. 45. Dans la société américaine, les enfants des écoles primaires apprennent très tôt à «croiser les doigts»,

Certaines de ces manifestations d'indépendance ouverte mais prudente ne manquent pas de panache, surtout lorsqu'elles prennent une forme collective. C'est encore dans les prisons que l'on trouve les meilleurs exemples :

«Comment exprimer son mépris pour l'autorité ? Entre autres par la façon dont on "obéit" aux ordres... Les Noirs sont particulièrement doués pour la parodie et le montrent quand ils rompent la cadence pour se mettre à marcher au pas de l'oie ou bien quand ils s'assoient à table à dix en même temps, en arrachant leur casquette avec un ensemble parfait¹⁸⁵.»

«Quand l'aumônier montait en chaire chaque dimanche pour nous adresser son petit sermon réconfortant, il ne manquait jamais de faire une petite plaisanterie que nous accueillions toujours avec des rires aussi forts et prolongés que possible, bien qu'il eût dû savoir que nous nous moquions pas mal de lui. Chaque fois qu'il se laissait aller à une autre remarque à moitié drôle, l'église entière s'emplissait d'éclats de rire stridents, bien qu'il n'y eût que la moitié de l'assistance à avoir entendu ce qu'il venait de dire¹⁸⁶.»

Certains rites d'insubordination s'expriment par l'ironie, comme lorsqu'il s'agit de tours pendables que l'on se joue parfois dans le monde normal ou, dans les institutions, de la fabrication de mascottes particulièrement chargées de signification. Une forme d'ironie courante dans les institutions totalitaires consiste à désigner par un sobriquet les éléments les plus effrayants ou les plus déplaisants de l'environnement. Dans les camps de concentration, on désignait les navets sous le nom d'«ananas allemands¹⁸⁷», les corvées sous celui de «travaux pratiques de géographie¹⁸⁸». À l'hôpital du

marmonner des avis contraires, faire des grimaces en cachette : autant de moyens d'exprimer une certaine marge d'autonomie tout en se soumettant aux remontrances du maître.

185. Cf. Cantine et Rainer, *op. cit.*, p. 106.

186. Cf. J. F. N., *op. cit.*, p. 15-16. Cf. aussi E. Goffman, *Presentation of Self in Everyday Life*, «Derisive Collusion», p. 186-88.

187. Cf. Kogon, *op. cit.*, p. 108.

188. *Ibid.*, p. 103.

Mont-Sinaï, dans les quartiers de malades mentaux, les aliénés atteints de lésions cérébrales et dont le cas relevait de la chirurgie appelaient l'hôpital « Mont-Cyanure » et disaient en parlant des médecins ¹⁸⁹ :

« "l'avocat", le "col-blanc", le "maître d'équipage", "un des présidents", "le barman", "le contrôleur d'assurances", le "banquier"; sur le nom de l'un d'entre nous, on brodait les variations suivantes: "Weinberg", "Weingarten", "Weiner", "Wiseman" ¹⁹⁰ »...

En prison, le quartier cellulaire s'appelle parfois le « salon de thé ¹⁹¹ ». À l'Hôpital Central, l'un des quartiers réservés aux malades incontinents fait fonction de quartier disciplinaire pour les surveillants qui l'appellent « la roseraie ». Le récit d'une ancienne pensionnaire d'hôpital psychiatrique illustre également ces pratiques :

« De retour à la salle de jour, Virginia décida que son changement de costume constituait une thérapie spéciale, l'habillage-thérapie, H. T. Aujourd'hui, c'était mon tour d'être de H. T. Cela aurait pu être plutôt amusant si vous aviez pu boire quelque chose de bien raide, un verre de paraldéhyde, par exemple, le "cocktail Jupiter" comme nous l'appelions, nous autres joyeuses pensionnaires de la Colline Jupiter. "Un martini, mademoiselle l'infirmière, disaient les plus raffinées d'entre nous; et avec une olive, s'il vous plaît" ¹⁹². »

Il faut bien comprendre, évidemment, que le monde menaçant devant lequel on réagit par l'ironie n'est pas nécessairement imposé par une autorité étrangère; ce peut être un monde que l'on s'impose à soi-même ou

qu'impose la nature. On voit par exemple de grands malades ironiser sur leur situation ¹⁹³.

Mais il existe une autre forme d'insubordination rituelle encore plus subtile et plus efficace que l'ironie et qui consiste à prendre, devant l'autorité étrangère, une certaine attitude physique faite tout à la fois de raideur, de dignité et de froideur, dosées de manière si subtile que l'insolence qu'elle trahit ne peut entraîner une sanction immédiate, tout en exprimant la parfaite indépendance de son auteur. Puisque cette façon de manifester tient à une certaine expression du visage ou à une certaine position du corps, le reclus peut y recourir partout où il se trouve. Ainsi, dans les prisons :

« "Être correct", c'est pour le détenu être brave, courageux, loyal envers ses pairs; c'est refuser catégoriquement d'admettre la supériorité du système de valeurs officiel et rejeter l'idée que le détenu appartient à une classe inférieure. Cela consiste surtout à réaffirmer, au milieu d'une situation essentiellement dégradante, son intégrité, sa dignité et sa valeur fondamentales et à montrer ces qualités personnelles quelle que soit la force brandie par le système officiel ¹⁹⁴. »

À l'Hôpital Central, dans les quartiers disciplinaires où pour des raisons de sécurité la règle est dure et où les malades n'ont pas grand-chose à perdre, certains réussissent, par leur attitude même et sans dépasser les limites au-delà desquelles ils risqueraient d'avoir des ennuis, à exprimer leur indifférence et même un certain mépris à l'égard de toutes les catégories du personnel, tout en témoignant d'une parfaite maîtrise d'eux-mêmes.

193. Renée Fox fournit un document précieux sur les différentes formes d'ironie et autres moyens de réagir à la menace de mort dans *Experiment Perilous*, Glencoe, Ill., The Free Press, 1959, p. 170 sq.

194. Cf. Richard Cloward, « Social Control in the Prison », S. J. R. C., *Pamphlet* n° 15, *op. cit.*, p. 10-11. Certaines minorités affichent à l'égard de la société globale une variante de cette attitude: « Je-te-fiche-la-paix-mais-bas-les-pattes. » Comparer par exemple avec le trait culturel du *cool stud** chez les Noirs américains des villes.

* *Cool stud complex*: dans le parler familial des Noirs américains *stud* signifie un homme fort, violent et sexuellement puissant. *Cool stud*, modèle, dans la culture des Noirs, de l'homme qui garde le contrôle de lui-même en toutes circonstances et qui ne paraît pas affectivement engagé par les événements qu'il subit. (N. d. T.).

189. Cf. Edwin Einstein et Robert Kahn, *Denial of Illness*, Springfield, Charles Thomas, III, 1955, p. 21.

190. *Ibid.*, p. 61. Cf. en particulier chap. VI, « The language of Denial ».

191. Cf. Dendrickson et Thomas, *op. cit.*, p. 25.

192. Cf. Mary Jane Ward, *The Snake Pit*, New York, New American Library, 1955, p. 65.

V. LA GENÈSE DU MOI.

Il serait facile d'expliquer le développement des adaptations secondaires en avançant que l'individu possède un ensemble de besoins originels ou acquis et que, placé dans un milieu qui refuse de les reconnaître, il réagit simplement en mettant au point des moyens de fortune pour les satisfaire. Cette explication a cependant le tort, selon moi, de méconnaître l'importance de ces adaptations clandestines pour la structure du moi. C'est dans les hôpitaux psychiatriques et les prisons que s'observe le plus fréquemment cette tendance à préserver une partie de soi de l'emprise de l'institution, mais cette pratique se rencontre également dans des institutions dont le caractère est moins contraignant et moins totalitaire. Je voudrais faire remarquer que cette volonté de distanciation ne procède pas d'un mécanisme de défense accessoire, mais qu'il constitue un élément essentiel du moi.

Les sociologues ont toujours pris le plus grand soin à montrer comment l'individu est façonné par les groupes, comment il s'identifie à eux et comment il dépérit s'ils ne lui apportent pas le soutien émotionnel qu'il en attend. Mais lorsque nous observons attentivement comment les choses se passent dans le fonctionnement d'un rôle social, d'une relation d'échanges très avancée, ou d'un établissement social — peu importe ici l'unité sociale envisagée —, l'emprise de l'organisation n'est pas le seul fait qui attire l'attention. On y voit toujours aussi les individus chercher à garder une certaine distance, prendre un certain champ entre ce qu'ils sont vraiment et ce que les autres voudraient qu'ils soient. Sans aucun doute, l'hôpital psychiatrique d'État fournit un terrain qui n'est que trop fertile pour la culture des adaptations secondaires, mais en fait, on les voit aussi, semblables à de mauvaises herbes, surgir dans tous les types d'organisations sociales. Par conséquent, dans toutes les situations, pourvu qu'on les étudie vraiment, on observe que l'individu construit des défenses contre les liens qui l'attachent à ces organisations sociales; pourquoi alors fonder notre conception du moi sur la

façon dont l'individu réagirait si les conditions étaient «exactement ce qu'elles devraient être»?

La représentation la plus simple de l'individu et du moi que peut se donner la sociologie, c'est qu'il est, pour lui-même, ce que la place dans une organisation fait de lui. En creusant davantage, la sociologie reconnaît que des complications surgissent parfois qui amènent à modifier ce schéma: le moi peut en effet ne pas être encore façonné, ou porter les marques d'influences contradictoires. Peut-être conviendrait-il de mettre ces réserves au premier plan, ce qui compliquerait encore cette construction, et de définir l'individu, dans une perspective sociologique, comme un être capable de distanciation, c'est-à-dire capable d'adopter une position intermédiaire entre l'identification et l'opposition à l'institution et prêt, à la moindre pression, à réagir en modifiant son attitude dans un sens ou dans l'autre pour retrouver son équilibre. C'est donc *contre quelque chose* que le moi peut s'affirmer, comme l'ont montré les études consacrées au totalitarisme:

«En résumé, Ketman signifie: réalisation de soi contre quelque chose. L'adepte de Ketman pâtit des obstacles qu'il rencontre, mais si ces obstacles disparaissaient soudain, il se trouverait devant un vide qui se révélerait peut-être plus douloureux encore. La révolte intérieure est parfois essentielle à l'hygiène spirituelle et peut créer une forme particulière de bonheur. Ce que l'on peut dire ouvertement est souvent moins intéressant que cette magie émotionnelle grâce à laquelle l'individu défend son sanctuaire privé¹⁹⁵.»

C'est ainsi, nous l'avons montré, que les choses se passent dans les institutions totalitaires; ne pourrait-on pas parfois en dire autant de la société libre?

Si nous ne nous rattachons à rien nous n'avons pas de moi stable, et pourtant tout engagement et tout attachement inconditionnels envers une unité sociale quelconque entraînent une certaine destruction du moi. La conscience que l'on prend d'être une personne peut

195. Cf. Czeslaw Milosz, *The Captive Mind*, New York, Vintage Books, 1955, p. 76.

résulter de l'appartenance à une unité sociale élargie, mais le sentiment du moi apparaît à travers les mille et une manières par lesquelles nous résistons à cet entraînement: notre statut est étayé par les solides constructions du monde, alors que le sentiment de notre identité prend souvent racine dans ses failles.

4. LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES ET LE SCHÉMA MÉDICAL-TYPE¹

(quelques remarques sur les vicissitudes des
métiers de réparateurs)

1. Je remercie vivement Fred Davis et Sheldon Messinger pour leurs critiques et leurs suggestions, qui ont été introduites dans le texte sans mention spéciale. Je me suis de même appuyé, sans y faire de référence particulière, sur l'essai fondamental en la matière d'Alfred H. Stanton et Morris S. Schwartz, «Medical Opinion and the Social Context in the Mental Hospital», *Psychiatry*, XII, 1949, p. 243-49.

Chaque société offre diverses possibilités d'approche et de relations entre deux individus, relations de parent à parent ou de classe supérieure à classe inférieure par exemple, autant de structures qui peuvent être à la fois fondements de l'identité personnelle, guides de conduite idéale, bases de solidarité aussi bien que de division, et qui impliquent un ensemble de présupposés interdépendants dont les articulations finissent par former une sorte de schéma-type (*model*) *. Mais des pressions caractéristiques s'exercent toujours qui empêchent de réaliser pleinement cet idéal et les déviations qui en résultent présentent des répercussions non moins caractéristiques; le sociologue peut donc utiliser aux fins de sa recherche les schémas dont se servent, à leurs propres fins, les sujets sociaux.

Dans la société occidentale, le service dispensé ou reçu joue un rôle important dans le développement des relations entre deux individus; en liant l'un à l'autre l'individu qui le dispense et celui qui en bénéficie, l'étude des présupposés et des théories sur lesquelles se fondent les relations de type professionnel devrait permettre de comprendre certains problèmes des hôpitaux psychiatriques.

I. LA RELATION DE SERVICE EN GÉNÉRAL.

Les activités professionnelles spécialisées peuvent se diviser en deux catégories, l'une où le praticien se trouve, par son travail même, «en contact direct

* *Model* a été traduit par «schéma-type» pour rendre compte du caractère ambigu de ce «modèle», lequel constitue le thème principal de cette étude: immergé dans la relation de service, le schéma-type *fonctionne* en même temps comme un modèle idéal, mais sans pour autant être *pensé* comme un type idéal. (N. d. T.).

avec le public», l'autre où son travail ne touche que les membres d'une organisation. Selon moi, le contact avec le public et le pouvoir exercé sur lui constituent des caractères assez importants pour que tous ceux qui en font l'expérience puissent être groupés en une catégorie spéciale. Autrement dit, l'employé qui sert les clients dans une quincaillerie et le magasinier d'usine doivent être pour les besoins de notre étude placés dans des catégories séparées, en dépit des similitudes de leur travail. On peut distinguer deux catégories de professions qui offrent des contacts avec le public : celles qui s'adressent à un public composé d'une succession d'individus et celles qui s'adressent à un public fait d'une succession de groupes. La profession de dentiste appartient à la première, celle de comédien à la seconde.

Les tâches qui placent le praticien face au public, sous l'une ou l'autre forme, varient selon qu'elles se présentent plus ou moins comme un service personnalisé (*a personal service*) *, c'est-à-dire une aide désirée par celui qui la reçoit. En principe, les professions vouées aux services personnalisés sont celles où les praticiens effectuent pour un ensemble d'individus un service personnel spécialisé, les nécessités de ce service exigeant qu'ils entrent directement et personnellement en communication avec chacun de ces sujets alors qu'aucun autre lien ne les unit à eux². Selon cette définition, les démarches qui accompagnent par exemple une assignation à comparaître ne constituent

* Le terme *service* possède en anglais, une signification plus large qu'en français, puisqu'il exprime : 1° toute activité destinée à satisfaire les besoins d'autrui ; 2° la relation qui unit deux ou plusieurs personnes dans une situation de ce type ; 3° tout travail d'entretien, généralement spécialisé, effectué sur un article, à la demande d'un client (c'est ainsi que l'opération de vidange et de graissage d'une automobile s'appelle un service). Il existe donc une relation entre la notion de « service », au sens où nous l'entendons habituellement et celle de réparation. Il conviendra de garder cette relation présente à l'esprit lorsque l'on rencontrera les termes de service (*service*), praticien (*server*), servir (*to serve*). (N. d. T.).

2. L'intérêt sociologique des professions vouées au service a été d'abord noté par Everett C. Hughes et s'appuie sur les travaux de ses étudiants de l'université de Chicago, notamment ceux d'Oswald Hall et de Howard S. Becker. Cf. en particulier H. S. Becker, « The Professional Dance Musician and His Audience », in *American Journal of Sociology*, LVII, 1951, p. 136-44.

pas un service personnel pour celui qui en est l'objet. Le psychologue qui fait passer contre rétribution des tests d'aptitude professionnelle à des gens qui veulent connaître leurs aptitudes assure un service personnalisé mais, s'il teste les mêmes personnes pour le bureau d'embauche d'une organisation, elles ne sont plus que les sujets de son travail et non ses clients. C'est aussi pour cette raison qu'en dépit des distinctions reconnues par les organismes de recensement je ne dirai pas des domestiques qu'ils accomplissent des services, car une employée de maison travaille pour une patronne, non pour un public, et j'exclus de la même façon de cette catégorie les femmes de ménage, car elles n'ont aucune relation directe ou suivie avec ceux qui marchent sur les parquets qu'elles ont nettoyés.

Cet essai concerne en même temps certaines activités qui ne correspondent pas exactement à la définition de « professions vouées aux services personnalisés », mais dont l'idéal attire des gens qui ne peuvent s'y conformer exactement. Les déviations par rapport à un idéal librement choisi ou imposé par les autres créent des problèmes d'identité personnelle ; le chercheur doit s'efforcer de comprendre ces problèmes par référence à cet idéal, la compréhension variant selon le rapport de la déviation à l'idéal : le service que fournissent un vendeur de voitures de sport ou le médecin-conseil d'une compagnie d'assurances n'atteint pas aux dimensions du service personnalisé, mais pour des raisons fondamentalement différentes.

Il est classique de hiérarchiser les professions vouées aux services personnalisés en fonction de la considération dont elles jouissent sur une échelle qui va des professions libérales aux petits emplois et aux métiers manuels. Cette distinction ne fait qu'obscurcir la question en séparant selon leur rang des personnes au fond semblables. Je veux, quant à moi, user d'une division qui place à une extrémité ceux qui, comme les contrôleurs de billets ou les téléphonistes, effectuent un service technique purement automatique, et à l'autre ceux dont l'habileté exige une compétence rationnelle et reconnue, pouvant s'exercer comme une fin en soi et que ne peut raisonnablement pas acquérir le bénéficiaire. Ceux qui dispensent des services automatiques s'adressent plutôt à des usagers, des « tiers », des demandeurs ; ceux

qui dispensent des services de spécialistes s'adressent plutôt à des clients. Les uns et les autres ont une certaine indépendance à l'égard des personnes qu'ils servent, mais seuls les spécialistes sont en mesure de donner à cette indépendance un caractère de solennité et de dignité. Ce sont les données morales et sociales sous-jacentes aux services spécialisés qui font l'objet de cet essai.

Dans notre type de société, les principes qui sont à la base des services de spécialistes supposent comme condition essentielle que le praticien se trouve en présence d'un système matériel complexe à réparer, construire ou rafistoler, ce système étant, en l'occurrence, la propriété personnelle du client. Par conséquent, lorsque j'utiliserai dans cet essai le terme de relation de service (ou de profession), c'est à ce cas idéal que je me référerai à moins que le contexte n'exige davantage de précision.

Nous sommes en présence d'une relation à trois pôles : praticien-réparateur, objet, propriétaire, relation triangulaire qui a joué un rôle important dans l'histoire de la société occidentale. Dans toute société de quelque importance il existe des spécialistes, mais aucune n'a donné autant de poids à leurs services que la nôtre. Notre société est fondée sur le service, à tel point que même des institutions comme les magasins en viennent à adopter ce style, en paroles sinon en fait, pour satisfaire non seulement les employés mais encore les clients qui tous aspirent à un service personnalisé et spécialisé, même s'ils ne se font guère d'illusion sur sa réalisation pratique.

Dans le type de relations sociales qui fait l'objet de cette étude, certaines personnes (ou clients) se mettent entre les mains d'autres personnes (praticiens-réparateurs). Théoriquement, le client respecte la compétence technique du praticien et fait confiance à son sens moral pour l'exercice de cette compétence ; il lui témoigne également de la reconnaissance et lui verse des honoraires. De son côté, le praticien possède une compétence ésothérique et efficace dans la pratique ainsi que le désir de mettre cette compétence à la disposition du client. Il offre aussi la garantie du secret professionnel, est doué d'assez de tact pour faire preuve d'une discrétion calculée envers les autres affaires du client ou même, à la limite, à l'égard des raisons qui ont pu inciter celui-ci à rechercher ses

services et témoigne enfin d'une courtoisie dénuée de servilité³. C'est en cela, en fait, que consiste le service de « réparation » (*the tinkering service*).

L'analyse du concept d'honoraires aide à comprendre la nature des relations de service. Il ne faut pas confondre honoraires et prix d'un service, et cela pour deux raisons⁴. Traditionnellement, la rémunération correspond à autre chose qu'à la simple valeur du service. Lorsque cette valeur est considérable pour le client, le praticien est censé, en principe, se limiter à demander la rétribution habituelle fixée par l'usage, et correspondant en gros à ce dont il a besoin pour se maintenir dans une situation décente et lui permettre de se consacrer à sa vocation. Inversement, si les services effectués sont de peu d'importance, le praticien se sent obligé, soit de ne rien demander du tout, soit d'exiger une somme forfaitaire relativement importante qui le met à l'abri des dérangements injustifiés ou qui empêche le public de sous-estimer ou d'ignorer la valeur de sa contribution et partant sa propre valeur⁵. Quand il sert des clients très pauvres, le praticien estime parfois qu'il est plus digne et plus sûr de ne demander aucune rétribution plutôt que de faire un prix⁶. Le praticien évite ainsi de se ranger aux volontés du client ou même de marchander et il fait la preuve de son total désintéressement. En outre, étant donné qu'il s'agit d'un travail et que ce travail s'exerce

3. Cette description des relations de service est largement inspirée de l'essai de Parson, *The Profession and the Social Structure*, qui constitue encore à mon avis le document de base sur cette question ; cf. aussi Talcott Parson et Neil Smelser, *Economy and Society*, Glencoe Ill., The Free Press, 1956, p. 152-53.

4. Cf. A. M. Carr-Saunders et P. A. Wilson, *The Professions*, Oxford, The Clarendon Press, 1933, section « Fees and Salaries », p. 451-60.

5. Plus le métier de réparateur est humble, plus il y a de chances pour que l'exécutant se trouve dans la nécessité de ne pas faire payer certains services mineurs mais qui demandent cependant une qualification. Chez les cordonniers, ces actes que l'on accomplit parce que « *noblesse oblige* » (en français dans le texte) peuvent devenir réellement nobles, précisément à une époque où les nobles ne peuvent plus se permettre cette attitude.

6. Carr-Saunders et Wilson, *op. cit.*, p. 452 : « Dans la plupart des autres professions [autres que celles de la comptabilité] les associations poussent leurs membres à ne pas consentir de réductions. Mais aucune objection n'a jamais été opposée à la remise d'honoraires en faveur d'un client pauvre. »

sur des systèmes matériels très fermés et très réels, le réparateur peut se permettre le désintéressement : un bon travail de réparation ou de construction représente aussi une œuvre avec laquelle le praticien peut s'identifier ; le travail procure ainsi un nouvel intérêt qu'il tire de lui-même. Enfin le praticien est certainement aussi motivé par le désir d'aider l'humanité en tant que telle.

La volonté de se considérer comme un spécialiste désintéressé et le désir de fonder sur cette base ses rapports avec les autres sont, pour le praticien qui dispense ses services, l'équivalent du vœu de chasteté pour le clergé séculier et permettent de comprendre l'usage étonnant que ses clients font de lui. Ils trouvent en lui une personne qui, sans les raisons personnelles, idéologiques ou contractuelles, qui justifient habituellement l'aide à autrui, leur portera malgré tout pendant quelque temps une attention intense, se placera à leur propre point de vue et agira au mieux de leurs intérêts, comme nous le montre ce passage tiré d'une étude sur les relations d'affaires :

« Dans un tel milieu, le spécialiste tire son revenu, ou sa position sociale, ou les deux, des connaissances particulièrement exactes et complètes qu'il possède dans sa spécialité et qu'il met au service des autres. Cette "mise au service des autres" est solidement implantée dans notre société dont l'ordre repose sur l'industrie et le commerce. Le spécialiste reste en dehors des problèmes matériels et des difficultés inhérentes à sa spécialité. Ce n'est ni un "marchand" ni un "receveur", ni un "connaisseur", ni un "amateur", car ces gens-là utilisent leurs connaissances essentiellement dans leur intérêt ⁷. »

C'est là ce que reçoit le client pour prix de la confiance qu'il place dans des individus qui ne lui offrent pas les garanties habituelles.

Cette confiance constamment offerte au client constituerait une base suffisante pour l'établissement de relations dans notre société, mais le travail du praticien-réparateur est en outre fondé sur une compétence rationnelle qui implique une croyance au rationalisme,

7. Harry Stack Sullivan, « The Psychiatric Interview », *Psychiatry*, XIV, 1951, p. 365.

aux vertus de l'expérience et à la technique, en contraste avec les mécanismes plus subjectifs dont les gens s'embarrassent habituellement.

Théoriquement, l'interaction entre un client et un praticien prend une forme à peu près structurée. Le réparateur a la possibilité de se livrer, sur la propriété du client, à un travail mécanique, à des manipulations diverses, surtout quand ces opérations visent à fonder un diagnostic. Il peut également avoir avec son client un échange verbal en trois points, une partie « technique », renseignements reçus ou donnés sur la réparation (ou la construction) envisagée ; une partie « contrat », indication approximative, et, en général, pudiquement écourtée, du coût du travail, des délais nécessaires et autres détails semblables, enfin une partie « civilités », échanges de politesses accompagnés de quelques amabilités, et de menues marques de respect. Il est important de constater que tout ce qui se passe entre le praticien et son client relève de l'une ou l'autre de ces composantes et que toutes les divergences peuvent s'interpréter en fonction de ces normes prévues. Le déroulement de l'échange entre praticien et client conformément à cette structure représente aux yeux du praticien un test de « bonne » relation de service.

Les renseignements techniques dont le réparateur a besoin pour effectuer son travail avec efficacité proviennent de deux sources : les déclarations du client, et l'objet lui-même, par l'impression directe qu'il produit. Sacrifiant au vocabulaire médical couramment reçu, nous pouvons donner aux difficultés dont le client fait état le nom de *symptômes* et celui de *signes* aux faits que le réparateur relève directement, bien qu'il n'y ait aucune justification sémiologique à l'usage de ces termes. La dignité apparente des relations de service repose en partie sur l'aptitude du client à apporter des renseignements utiles bien que filtrés par le langage et le jugement profanes. Le service-réparation peut alors revêtir certains traits d'une entreprise commune dans laquelle le praticien montre un certain respect pour la manière dont le client, sans l'avoir appris, sait analyser les difficultés.

Le praticien entre en contact avec deux données fondamentales : le client et l'objet défectueux. Les clients

sont des êtres qui sont censés agir librement, ils appartiennent au monde social et doivent être traités avec les égards et les rites appropriés. L'objet fait partie d'un autre monde et doit être analysé dans une perspective technique, dégagée de toute contingence rituelle. Le succès de l'opération dépend de la manière dont le réparateur gardera ces deux dimensions séparées, tout en donnant à chacune l'importance qui lui revient.

II. LE CYCLE DES RÉPARATIONS.

L'objet (ou propriété) que nous avons qualifié de système physique doit être confié à un spécialiste pour être soumis à un cycle de réparation, ou plus rarement de construction, comportant plusieurs phases.

Selon nos conceptions courantes en matière d'étiologie, un simple clou peut être à l'origine du cycle de réparation: un clou sur une route peut immobiliser une voiture; sur une chaise il peut déchirer un pantalon; sur un tapis il peut détériorer un aspirateur; sur le sol il peut blesser le pied. Il faut remarquer qu'un clou ne fait pas partie des propriétés spécifiques d'un milieu donné, qu'il n'en est, en quelque sorte, qu'un élément fortuit et isolé, dont l'environnement n'est pas entièrement responsable. Le contact du clou avec l'objet constitue donc une contingence fâcheuse, un accident, un événement imprévu. Le contact est suivi d'une sorte de déplacement de la cause puisque le mal est désormais transplanté dans l'objet et y joue le rôle de cause interne dont l'action se fait sentir de manière permanente. Nous disons «Je me suis assis et je me suis déchiré» ou bien «J'ai ramassé un clou en conduisant». Il convient cependant de remarquer que, si l'on maudit parfois le clou et la voiture pour les ennuis qu'ils causent, il n'appartient pas au client et encore moins au praticien de prêter sérieusement des intentions malveillantes à l'agent qui a occasionné le dommage ou à l'objet qui l'a subi: c'est seulement lorsque le client néglige certaines précautions élémentaires, ou les conseils du praticien, que celui-ci commence à avoir, par la force des choses, un rôle moral.

Lorsqu'un élément étranger s'introduit dans un système physique, il peut se trouver définitivement neutralisé par la capacité interne du système à se défendre lui-même grâce à une réparation ou une compensation naturelles, et cesser ainsi de constituer un problème pour le propriétaire; mais si plusieurs éléments perturbateurs interviennent on entre dans une nouvelle phase, celle dans laquelle la défectuosité s'aggrave avec le temps. Le mal s'étend au point de menacer l'ensemble du système. Ainsi le pneu, une fois crevé, se dégonfle de plus en plus jusqu'à ce que la chambre à air et la jante soient complètement détériorées et que la voiture soit hors d'état de rouler. Au-delà d'un certain seuil, le propriétaire finit par s'apercevoir que son objet est abîmé ou endommagé. S'il ne peut faire lui-même les réparations, s'il considère que son problème relève de la compétence d'un réparateur, il devient un client en quête de spécialiste ou d'intermédiaires susceptibles de lui indiquer un spécialiste.

Une fois le praticien trouvé, le client lui apporte l'objet défectueux, ou ce qui en reste, ainsi que les pièces cassées si possible. Le point important ici est que l'objet dont le réparateur aura besoin pour son travail est mis tout entier à sa disposition par le client.

À ce moment commence le déroulement successif et bien connu des différentes phases: observation, diagnostic, prescription et traitement. Le récit du client permet au réparateur de revivre les conditions dans lesquelles les ennuis se sont manifestés, puis il se livre à une brève vérification de ce qui fonctionne encore, mais la défectuosité apparaît à ce moment-là à des yeux, des oreilles, un nez exercés (c'est à ce stade que le praticien revêt souvent une sorte de tenue de laboratoire qui ne symbolise pas seulement le caractère scientifique de son travail, mais aussi la responsabilité spirituelle de la poursuite d'un but désintéressé). Une fois le travail terminé, il est possible qu'une période de convalescence soit nécessaire, pendant laquelle on ne demande à l'objet que des efforts réduits, tout en prêtant la plus grande attention au moindre signe de rechute ou d'insuffisance dans la réparation. Ce soin et cette vigilance se réduisent progressivement jusqu'à n'être

plus que de simples pointages périodiques au cours desquels le client, ou parfois le technicien, procède à une vérification nouvelle pour s'assurer, par acquis de conscience, que les choses sont bien dans l'ordre. Le cycle de réparation entre dans sa phase finale lorsque l'objet est «comme neuf» ou, s'il reste un peu plus fragile à l'endroit de la réparation, lorsqu'il présente un degré de sécurité suffisant pour que l'on puisse cesser de s'en préoccuper.

Il conviendrait d'ouvrir ici une parenthèse historique. L'un des changements fondamentaux dont nous avons été témoins au cours des cent dernières années dans les métiers de réparateurs est le déclin du petit artisanat ambulante et du travailleur à domicile au profit de l'atelier (*workshop complex*). Ce n'est plus le réparateur qui arrive avec ses outils chez le client, c'est le client qui vient chez le réparateur et lui laisse l'objet à réparer, pour en reprendre possession plus tard.

Le fait d'avoir un lieu de travail à soi présente de multiples avantages qui ont sans doute largement favorisé le développement de l'atelier. Le client préfère généralement se rendre à une adresse donnée, où il trouvera en permanence le service dont il a besoin, plutôt que de recevoir à dates fixes la visite d'un réparateur effectuant sa tournée annuelle, mensuelle ou hebdomadaire. Un autre avantage tient à la division croissante du travail: le réparateur qui possède un atelier peut investir des capitaux dans un matériel lourd et fixe; il peut en outre mener de front plusieurs réparations et fragmenter le travail de façon à ne pas employer sa main-d'œuvre qualifiée et chère à un travail qui ne demande pas de qualification; il n'est pas obligé de refuser un travail même s'il est occupé ailleurs, ni d'attendre, inactif, entre deux travaux, mais il peut répartir ses tâches en jouant sur le temps que les objets passent dans son atelier.

D'autres avantages, sociaux cette fois, tiennent au fait qu'en se rendant acquéreur d'un atelier le réparateur accède à un statut plus élevé. Lorsqu'il dispose d'une boutique en propriété ou en location, le réparateur est assuré que le client ne le mettra pas dehors et que la police ne le fera pas circuler; c'est le client qui devient

l'invité. Bien plus, si le client n'assiste pas en personne à l'exécution du travail, il est facile de lui cacher les fautes professionnelles et de tricher sur les dépenses; en même temps, le délai qu'il réclame permet au praticien de valoriser son service et de le faire payer au prix fort⁸. Enfin, l'atelier permet de dissocier nettement le type de vêtements, gestes, attitudes propres au travail manuel et la présentation qu'il est séant d'avoir lors des échanges verbaux avec le client: le spécialiste du nettoyage peut être «présentable» en permanence, le patron qui travaille dans sa boutique peut, lorsqu'il entend la sonnette d'entrée, se laver les mains, enlever son tablier et mettre sa veste avant de se présenter.

Il est certain que l'atelier pourrait ruiner la notion de service. Après tout, le client doit abandonner son bien plusieurs jours de suite, sans parler du contrôle qu'il ne peut plus exercer sur le travail du praticien. Mais peut-être la nécessité accrue de faire confiance incite-t-elle à la mériter davantage. En tout cas, lorsque le praticien a un lieu de travail fixe, dans une communauté, il se trouve soumis aux gens qu'il sert d'une manière nouvelle: on sait où le trouver, il est donc à la merci des clients mécontents et soumis au jugement de l'ensemble de la communauté. Dans ces conditions, il se sent tenu d'accomplir son service de façon à être à l'abri des réclamations.

III. LES CONDITIONS IMPLICITES DE FONCTIONNEMENT DE LA RELATION DE SERVICE.

Pour qu'un objet soit utile à son possesseur, les différentes parties qui le composent doivent être les unes par rapport aux autres en bon état de fonctionnement: les engrenages doivent s'adapter, le sang doit circuler, les roues et manivelles doivent tourner. Il y a là une heureuse coïncidence qu'il convient de relever. Envisagé du point de vue de l'objet, si on peut s'exprimer ainsi, le fonctionnement dépend de la plus ou moins grande

8. Cf. E. Goffman, *The Presentation of Self in Everyday Life*, New York, Anchor Books, 1959, p. 114-15.

habileté du possesseur à l'utiliser ; parfois, lorsqu'il s'agit d'objets qui fonctionnent mécaniquement, cette coïncidence a été préalablement ménagée, puisque l'objet est construit, en premier lieu, pour remplir une fonction particulière. En d'autres circonstances, lorsqu'il s'agit de bêtes de somme ou de notre propre corps, la coïncidence n'est pas intentionnelle mais elle n'en existe pas moins : si l'on veut faire travailler un cheval, il ne faut pas qu'il soit trop malade.

Pour qu'une relation de service puisse exister, il faut aussi que le client ait la possession pleine et entière de l'objet et qu'il puisse légalement l'utiliser à son gré.

En troisième lieu, il faut que l'objet, non seulement forme un système relativement clos mais qu'en outre il ait des dimensions assez réduites pour être déplacé ou du moins pour constituer un ensemble que le possesseur ou le réparateur puisse embrasser tout entier du regard.

Quatrièmement — et c'est là le point le plus important —, les objets qui nécessitent une réparation ne doivent pas constituer seulement des systèmes fermés et faciles à manipuler, ils doivent aussi appartenir à des catégories distinctes et manifestement isolables. Les produits de la nature comme ceux de l'industrie sortent d'un moule et reproduisent strictement le même modèle, permettant d'apporter des solutions standard aux problèmes de construction ou de réparation qu'ils posent, même lorsqu'à l'intérieur d'une même classe l'aspect extérieur des objets diffère. Par conséquent, si le praticien connaît le fonctionnement d'un exemplaire d'une catégorie donnée, il est automatiquement compétent pour traiter tous les membres de cette catégorie⁹.

Certaines conditions essentielles au développement de l'atelier doivent également être explicitées. La première est l'action neutralisante de l'atelier sur l'objet

9. L'évolution des techniques limite évidemment cet état de choses. Un garagiste uniquement capable de démonter et de remonter une Ford modèle A possède un certain nombre de connaissances en automobile qu'il ne peut utiliser aujourd'hui et se trouve devant certains problèmes nouveaux qu'il ne peut résoudre.

endommagé : il arrête l'évolution du mal, mais il n'a par lui-même aucune action thérapeutique. Une voiture qui prend l'eau est garée dans un garage couvert ou placée sous une bâche avant que ne commencent les réparations. Cette précaution ne réparera pas le toit, mais on peut ainsi être sûr que la fuite n'augmentera pas et que les garnitures ne seront pas endommagées ; une chaise qui commence à craquer n'est peut-être pas réparée sur-le-champ mais on peut du moins supposer que, dans l'atelier où elle est entreposée, personne ne s'assoiera dessus, ce qui limite les dégâts.

Seconde condition, il faut que l'objet soit suffisamment indépendant de son milieu d'origine pour que sa transplantation momentanée dans l'atelier ne lui fasse pas subir une nouvelle série de dommages.

Enfin, le client doit être lui-même assez indépendant par rapport à l'objet pour pouvoir supporter l'attente qui lui est imposée lorsqu'il l'envoie à l'atelier. Il n'en fait souvent qu'un usage intermittent, et ainsi la période de privation n'est pas vraiment du temps perdu¹⁰, elle peut même fort bien être à ses yeux une période active, consacrée aux réparations.

Les remarques précédentes définissent les conditions nécessaires pour que les relations qui se nouent à propos du service de réparation en atelier se déroulent de façon idéale. Il reste à envisager les conditions qui concernent la structure des clientèles.

Pour conserver leur caractère, les relations de service exigent une clientèle composée d'individus qui utilisent le service de leur plein gré et sans s'être préalablement concertés ; leur pouvoir sur le réparateur est celui d'une simple collection d'individus et non d'une collectivité. Dans ces conditions, le réparateur peut garder son indépendance, sans se soucier d'être dans les bonnes grâces de l'un ou de l'autre, il peut même renvoyer poliment un client qu'il est sûr de ne pouvoir servir

10. Récemment on a limité cet inconvénient — l'un des points faibles du service-réparation — en instituant la pratique du prêt à domicile. Celui qui donne sa montre, son poste de radio ou sa voiture à réparer peut obtenir en prêt l'équivalent de l'objet endommagé jusqu'à ce que la réparation soit effectuée.

convenablement, de même que praticien et client ont l'un et l'autre la possibilité de se retirer si les conditions ne les satisfont pas. Théoriquement, la relation procède d'une double volonté, comme lorsque deux personnes vivent dans le péché : tant qu'elles n'ont pas rompu, les deux parties ne peuvent raisonnablement se plaindre plus qu'il ne convient. En principe, ce type de service exprime un respect mutuel entre le client et le praticien et doit se dérouler selon les règles ordinaires de la courtoisie.

IV. DIFFICULTÉS INHÉRENTES AUX RELATIONS DE SERVICE.

Les relations de service telles que nous les décrivons, obéissent à une logique qui leur est propre. Compte tenu des différentes présuppositions précédemment énumérées, le praticien pourra se définir comme un individu qui, contre une simple rémunération, effectue un service de spécialiste pour le compte d'un client qui en a effectivement besoin, et le client pourra penser qu'il existe, dans la société, des étrangers hautement qualifiés et assez complaisants pour placer leur compétence au service des autres et de leurs besoins, moyennant une simple rétribution. Mais si les relations de service sont coulées dans ce moule pur et noble, il leur manque les supports institutionnels dont disposent certaines autres relations hautement valorisées comme les relations familiales. Nous pouvons dès lors nous attendre à ce que l'ensemble des droits et devoirs réciproques crée dans ces relations un foyer d'inquiétude et de suspicion, même lorsque chacune des parties engagées se conduit correctement. Le client se demande : « Ce réparateur est-il vraiment compétent ? agit-il dans mon intérêt ? ne prend-il pas trop cher ? est-il discret ? ne me méprise-t-il pas, en son for intérieur, à cause de l'état de l'objet que je lui ai confié ? » (Chacune de ces éventualités peut se présenter séparément, si bien qu'au total les possibilités pour que la relation achoppe sont très nombreuses.) De son côté, le praticien pense : « Ce client a-t-il vraiment confiance en moi ? essaie-t-il de

me cacher qu'il s'est adressé à des concurrents avant de venir ici ? va-t-il me payer ? ».

À ces sujets généraux d'inquiétude, s'en ajoutent d'autres, plus spécifiques. La relation de service ne représente au fond qu'un idéal ou un schéma-type et nous pouvons comprendre que chaque type de service pose ses problèmes propres qui peuvent difficilement se régler dans le cadre de ce modèle, ce qui entraîne des difficultés particulières. Ainsi certaines réparations, celles qui nécessitent l'intervention d'un plombier par exemple, se présentent au réparateur comme des urgences : la famille ne peut pas rester sans eau ; ou bien il faut arrêter l'inondation qui s'est déclenchée ; de plus, le plombier est dans l'impossibilité d'emporter le matériel défectueux dans le havre protecteur de son atelier, il lui faut travailler sous les yeux de la maisonnée.

Ce sont des difficultés d'un autre ordre que connaissent des services comme ceux du dépannage radio-télévision où la notion d'honoraires s'est considérablement dévalorisée, le client ayant souvent l'impression justifiée de « se faire avoir ». Mais la considération dont jouissent ces services n'a en rien diminué et s'appuie sur une augmentation constante du prix de base.

En outre, certaines tendances de la société moderne affaiblissent la portée du service. Nombre d'établissements trouvent plus rentable de vendre du neuf plutôt que d'assurer des réparations qui occupent de la place et du personnel. Ceux qui consentent à réparer ont de plus en plus tendance à remplacer un grand nombre de pièces par des neuves, plutôt que de déployer toutes les ressources de leur habileté à remettre en état les pièces hors d'usage ¹¹. La tendance à la vente automatique, par distributeurs ou libres-services, réduit encore considérablement le rôle du réparateur ou le supprime même complètement.

Le fait qu'on ne puisse empêcher les réparateurs de sélectionner autant que possible leur clientèle, et vice-versa, selon des critères parfaitement étrangers aux

11. À ce propos, et pour quelques autres déviations caractéristiques, cf. F. L. Strodtbeck et M. B. Sussman, « Of Time, the City, and the "One-Year Guaranty" : The Relation Between Watch Owners and Repairers », *American Journal of Sociology*, LXI, 1956, p. 602-9.

préoccupations techniques, comme le statut social ou la solvabilité, pose un autre problème important pour la validité du schéma de service. Il arrive que le réparateur accorde à ses clients un traitement différentiel sur la base de considérations variables et sans rapport avec la nature de la réparation, encore que la déviation par rapport à l'idéal se manifeste sans doute davantage dans le choix du praticien que dans le traitement appliqué par la suite.

La double indépendance qui est censée exister entre le réparateur et le client est souvent menacée, et c'est là une nouvelle et importante source de difficulté. Lorsque le praticien n'est pas un travailleur indépendant, autrement dit lorsqu'il ne travaille pas pour son propre compte, ses relations avec le client sont soumises aux exigences de ses employeurs (inversement, les employeurs peuvent eux aussi se trouver confrontés à certains problèmes lorsque leurs employés tendent à endosser le rôle de réparateur face aux clients de l'entreprise). Cela peut aller jusqu'à conduire le patron d'un atelier de réparation de chaussures, par exemple, à se réserver tous les contacts avec le public, et à exclure ainsi les autres cordonniers de la catégorie des réparateurs, telle que nous l'avons définie, en dépit des classifications communément admises ou établies par le recensement. Les mêmes problèmes se rencontrent dans des professions que nous pouvons, selon notre définition, qualifier de libérales, comme celles du barreau ou de l'architecture, mais dont les membres se trouvent dans la même situation que le personnel d'une entreprise, avec une clientèle à leur merci, à moins qu'ils ne soient eux-mêmes à la merci de leur clientèle, ou qu'ils n'aient qu'un seul client. Formés au moule traditionnel du réparateur indépendant, ils ont tendance à se créer des difficultés et à en susciter aux autres en affectant d'avoir une position que les faits démentent. La situation de médecin à la cour en fournissait un exemple caractéristique. (Rappelons à ce sujet qu'aujourd'hui le médecin d'un membre d'une famille royale doit, pour la dignité du service médical, donner également ses soins à d'autres patients.) De plus, lorsque toute la clientèle provient d'une communauté unique nettement caractérisée, les membres de cette communauté risquent, un jour ou l'autre, d'entrer en communication les uns avec les

autres et même de se coaliser pour former un « système de critique profane ¹² » qui exercera sur le praticien une autorité imprévue, et sans doute est-il nécessaire pour les clients de détenir ce pouvoir s'il n'y a que peu d'hommes de loi ou de médecins dans la communauté.

Dans l'application du schéma-type, deux difficultés apparaissent enfin, qui sont liées aux conséquences sociales de la professionnalisation. Le désintéressement loyal risque d'entraîner inévitablement sa propre ruine, et cela de deux manières. En premier lieu, l'attention de plus en plus grande portée aux intérêts du client amène parfois le praticien à s'en former une conception idéale, et cet idéal, associé à certains critères professionnels en matière de goût, d'efficacité et de prévoyance, entre parfois en conflit avec ce qu'un client particulier dans une circonstance donnée, considère comme *son* intérêt. C'est ainsi qu'on peut voir un décorateur inviter courtoisement un client à s'adresser ailleurs, parce qu'il lui répugne d'exécuter ses commandes incongrues.

En second lieu, plus un praticien prend à cœur de dispenser un service de qualité, plus il se trouve soumis aux obligations de sa profession en vertu du mandat que lui a confié la société; il risque ainsi d'autant plus de se voir officiellement contraint de défendre les canons de la communauté, ce qui heurte parfois les intérêts immédiats de tel client particulier. Le code de construction auquel adhère un entrepreneur oblige le client à souscrire à certaines considérations de voisinage, qu'elles lui plaisent ou non. Les hommes de loi qui sont tenus de ne donner que des conseils légaux se trouvent placés dans une situation identique. C'est là une brèche fondamentale dans notre conception initiale du client et du praticien indépendants. Nous nous trouvons en présence d'une nouvelle triade client-réparateur-communauté et cet état de fait peut porter au service un coup plus rude encore que ne le fait la tripartition découlant de l'affiliation d'un réparateur à un établissement qui l'oblige à partager sa loyauté entre les clients et la direction de l'entreprise.

12. L'expression « *Lay referral system* » a été créée par Eliot Freidson : « Client Control and Medical Practice », *American Journal of Sociology*, LXV, 1960, p. 374-82.

V. LA VERSION MÉDICALE DU SCHÉMA DE RÉPARATION ¹³

Le fait d'abandonner son propre corps à un praticien pour qu'il le traite sur un mode mi-rationnel, mi-empirique, représente à coup sûr un des points cruciaux de la relation de service. L'évolution qui a fait progressivement du corps un bien susceptible d'être réparé, une sorte de machine physico-chimique, est souvent présentée comme un indice du triomphe de l'esprit scientifique dans le siècle, alors qu'en fait ce triomphe paraît bien être à la fois la cause et l'effet de l'attention croissante accordée à toutes les formes de réparations confiées aux mains des spécialistes.

La symbolique couramment employée par le corps médical, surtout lorsqu'elle traduit un travail de laboratoire très poussé, est de plus en plus complexe et pourtant le corps médical déclare encore compter sur le malade pour la description des symptômes; le client est donc encore un partenaire digne de respect dans les relations de service. Mais, dans ce domaine comme dans les autres, certains points de tension apparaissent, lorsqu'il s'agit de faire entrer le traitement du corps dans la structure du service, étant bien entendu que des problèmes identiques peuvent se poser dans d'autres types de réparations.

Tout d'abord, comme le disent les psychanalystes, le corps est, dans notre société, au centre des préoccupations. L'individu attache une grande valeur à l'aspect extérieur et au fonctionnement de son corps et tend à s'identifier à lui. Il est gêné de l'abandonner aux manipulations empirico-rationnelles d'autrui et, par suite la confiance qu'il porte au réparateur a besoin d'être soutenue par des assurances sans cesse renouvelées. Cependant, il ne faut pas exagérer l'importance de ce problème, non que les gens cessent de s'identifier à leur corps, mais parce que nous avons peu à peu appris à

quel point ils peuvent aussi s'identifier à des objets tout à fait distincts du corps, tels qu'une montre-bracelet ou une voiture, et considèrent toute atteinte à ces «bons objets» comme une atteinte à leur moi.

Le fait même que les malades consentent à remettre le sort de leur corps entre les mains des médecins pose des problèmes au personnel médical. Lorsque le médecin doit, non sans difficulté, déterminer la nature du mal ou le traitement adéquat, ou lorsque, sachant avec certitude qu'il n'y a pratiquement plus rien à faire, il lui faut en informer l'individu ou la personne qui en a la charge, scellant ainsi le sort du patient, il trouve parfois que sa sympathie pour le malade lui impose une tension émotionnelle ¹⁴. Mais ce problème intéresse peut-être moins le service médical comme tel que les individus qui l'accomplissent.

Le corps, d'autre part, n'est pas le genre d'objet que le client peut laisser à la garde du réparateur pendant qu'il vaque à d'autres occupations. Il est bien connu que les médecins sont remarquablement doués pour assumer la dimension verbale du rôle de praticien-réparateur, tout en se livrant à des manipulations de type mécanique sans avoir à séparer ces deux aspects de leur rôle, mais ils ont à faire face à d'inévitables difficultés, car le client s'intéresse de près à ce qui arrive à son corps et occupe une place excellente pour observer ce qu'on lui fait (les barbiers, les coiffeurs et les prostituées connaissent aussi ces difficultés, car le client omniprésent perçoit immédiatement toute insuffisance de leur activité physique). Il y a deux solutions, l'anesthésie ou l'étonnant «traitement impersonnel» que, dans le monde médical, on inflige au malade: on le salue, à son arrivée et à son départ d'une façon qui peut à la rigueur passer pour de la politesse, et entre-temps, tout se passe comme si l'individu était là comme un objet

14. Une analyse des pressions qui s'exercent sur le médecin pour l'amener à cacher un pronostic défavorable ou à formuler une opinion quand il demeure, en fait, plongé dans l'incertitude nous est donnée dans l'essai de Fred Davis, «Uncertainty in Medical Prognosis, Clinical and Functional», *American Journal of Sociology*, LXVI, 1960, p. 41-47.

13. Comparer avec T. S. Szasz, «Scientific Method and Social Role in Medicine and Psychiatry», *A. M. A. Archives of Internal Medicine*, C. I. 1958, p. 232-33 et du même auteur, «Men and Machines», *British Journal for the Philosophy of Science*, VIII, 1958, p. 310-17.

banal que quelqu'un aurait laissé et non comme une personne¹⁵.

Autre point délicat : la part importante que prennent, en médecine, les actions simplement palliatives, les « solutions de moindre mal », et les traitements inefficaces. Dans le cas d'objets mécaniques, on peut généralement réparer n'importe quel défaut ; cela dépend seulement du nombre de pièces à changer, et ne demande pas forcément une grande habileté. Un technicien radio moyennement doué peut maîtriser n'importe quelle défaillance d'appareil en vérifiant tous les circuits et en remplaçant les pièces qui lui semblent défectueuses. Le propriétaire d'un magasin de pièces de rechange bien approvisionné peut se vanter de pouvoir construire une voiture complète avec les pièces qu'il a en dépôt. En médecine, il en va autrement. Le corps humain comporte des parties que l'on ne peut remplacer, il y a des troubles qui ne peuvent être corrigés. De plus, l'éthique médicale interdit au praticien, à l'inverse des autres réparateurs, de conseiller au malade de se séparer de l'objet trop abîmé ou trop usé que son corps est devenu, même s'il arrive que le médecin donne tacitement ce genre de conseil à des tiers intéressés.

Bien que l'incertitude du succès soit l'une des caractéristiques de l'exercice de la pratique médicale, il existe des techniques efficaces pour maîtriser le doute. Même un neuro-chirurgien qui doit s'attendre à voir disparaître la moitié de ses clients peut malgré tout les convaincre que sa spécialité, si risquée soit-elle, est celle de la dernière chance et qu'il faut bien l'accepter, eu égard à l'échec probable encouru dans les autres services. Il y a d'autre part des services spécialisés, même étrangers à la réparation, comme ceux des avocats ou

15. La solution impersonnelle semble appliquée particulièrement lorsque le médecin qui examine le malade est accompagné de confrères et de subordonnés, lors de la « visite » par exemple, car il a alors des partenaires avec qui il peut soutenir une discussion technique sur le cas. Cette façon de supprimer l'existence sociale du malade est si efficace qu'il est possible de discuter ouvertement du sort qui l'attend, auprès de son lit, sans se sentir troublé par la moindre sympathie importune ; en la circonstance, l'emploi d'un vocabulaire technique que le malade est censé ne pas comprendre se révèle des plus utiles.

des courtiers, où les chances de succès peuvent fort bien se révéler encore plus réduites qu'en médecine générale et où survit malgré tout un sens éthique de la profession. Dans tous les cas, le réparateur part du principe qu'indépendamment de la réussite ou de l'échec de son entreprise du moment, il utilise les meilleures techniques au mieux de ses compétences et qu'en règle générale mieux vaut compter sur ces techniques et ces compétences que de laisser faire le hasard. Les relations suivies et empreintes de respect qui s'établissent entre un grand nombre de courtiers et leurs clients témoignent du fait qu'une fois acceptée la définition de la situation en termes de service, les clients sont prêts à accepter, pour justifier la poursuite des relations, des chances de succès à peine supérieures à ce que leur offrirait le hasard pur et simple. Le client estime avoir moins à considérer le bien qu'il doit au réparateur que le mal qu'il aurait subi sans lui. C'est cet état d'esprit qui le conduit à payer à l'habileté ésotérique du praticien son tribut final, et donc à verser de bon cœur les honoraires demandés en dépit de la perte de l'objet que le praticien était payé pour sauver.

Dans certains cas, on établit que la cause du mal n'est pas un événement fortuit, mais qu'elle tient au milieu même, et cela aussi rend difficile l'application à la pratique médicale du schéma-type de service-réparation. Il n'y a pas un clou sur le chemin, mais la route en est couverte. Ainsi, certains troubles physiques peuvent se trouver aggravés par certaines conditions particulières de climat ou de travail. Si le malade peut changer totalement de décor, le milieu pathogène peut être ramené aux dimensions d'un milieu parmi tant d'autres et apparaître comme l'élément malsain arrivé par hasard dans un ensemble généralement sain. Mais de nombreux malades sont dans l'impossibilité pratique de changer de situation et le schéma-type ne trouve plus d'application satisfaisante.

Le fait même que le milieu puisse être le facteur pathogène conduit à placer l'exercice de la médecine au niveau de la communauté : il s'agit alors de traiter non un individu isolé mais une unité sociale étendue, et de réduire les chances de développement d'une maladie donnée au sein d'un ensemble d'individus plutôt que d'en guérir un en

particulier. C'est le champ de l'épidémiologie qui s'ouvre ainsi et représente pour la pratique médicale individuelle moins une menace qu'un prolongement.

Si beaucoup d'individus sont sans conteste aptes à se conduire en hommes responsables et libres vis-à-vis de leur propre corps, il est évident que les sujets très jeunes, très vieux et les malades mentaux ont parfois besoin qu'une tierce personne les emmène « dans leur propre intérêt » consulter un médecin, et cela change radicalement la nature des relations habituelles entre client, objet et praticien. On essaie souvent d'intégrer ce genre de situations au schéma de l'homme libre en faisant accompagner le malade par quelqu'un avec qui il s'identifie socialement, généralement un parent qui présente toutes garanties pour le remplacer et exercer son rôle de tuteur au mieux de ses intérêts. Peut-être cette attitude est-elle en partie due au fait que la recherche d'un service médical est, même pour un individu libre, moins souvent un acte libre que le résultat d'une entente avec ses proches, sinon d'une pression de leur part. En outre, lorsqu'il lui faut entendre des nouvelles pénibles, le malade découvre soudain que ces caractéristiques « d'objet » et de « client » sont bien séparées : il conserve son statut d'objet, mais découvre que le rôle de client a été subtilement transféré à l'un de ses proches. Ce n'est pas forcément qu'il ait perdu sa valeur de personne sociale, mais le médecin cherche à s'épargner le désagrément d'être témoin de la réaction immédiate d'une personne à qui l'on annonce la ruine de ses chances dans l'existence.

Ce problème du tuteur illustre bien la situation qui se crée lorsqu'il y a conflit entre les désirs du client et son intérêt tel que le praticien, au nom de sa spécialité, se le représente. Ce conflit potentiel est encore aggravé par la tension entre l'intérêt du client et celui de la collectivité. Il en est ainsi manifestement dans le cas des maladies contagieuses, où le médecin est légalement tenu de protéger la collectivité autant que son client, ou encore dans les cas d'avortement, ou de blessures par balles non déclarées à la police, encore que dans ces deux cas il y ait une échappatoire qui consiste à déclarer que l'avortement va à l'encontre des « vrais » intérêts de la personne concernée, et à soigner les blessures à condition que la

police soit prévenue immédiatement. Autre exemple, les restrictions apportées, au début, à l'emploi de la chirurgie plastique à des fins purement esthétiques : ce qui était en question était alors moins le bien-être de la collectivité que la dignité et le désintéressement du corps médical lui-même. On pourrait évidemment évoquer d'autres problèmes encore : celui du médecin soviétique qui se demande s'il doit accorder à un ouvrier, bien qu'il ne soit guère malade, le congé qui constituera ses seules vacances¹⁶ ou celui du médecin américain qui se demande s'il doit « faire une ordonnance » pour de la drogue à des intoxiqués irrécupérables.

D'autres difficultés rendent problématique l'application à la médecine du cadre de la relation de service. Les malades croient souvent qu'ils peuvent demander conseil à leur médecin sur des questions extra-médicales et il arrive que le médecin se croit doué d'une compétence particulière qui l'autorise à accepter cette extension de son rôle¹⁷. D'un autre côté (et c'est même un problème de plus en plus important), en dépit des efforts des associations professionnelles de médecins, la pratique de la médecine s'écarte, dans certains pays, de l'idéal du praticien indépendant avec une clientèle inorganisée, pour tendre vers une structure bureaucratisée dans laquelle des organismes dispensent, sous une forme ou sous une autre, leurs services aux clients, qui ne disposent plus que de possibilités de choix très limitées concernant le médecin qu'ils peuvent aller consulter. C'est là une menace sérieuse à l'encontre des relations de service traditionnelles, mais sans doute est-il prématuré d'essayer d'en dégager les conséquences à long terme pour l'idéal professionnel lui-même.

Du point de vue qui nous préoccupe ici, la difficulté la plus grande se rencontre au niveau de l'atelier, même si, comme dans certaines cliniques chirurgicales privées, une salle tout entière est parfois fortement soumise à une série de règlements détaillés fondés pour la plupart sur des considérations d'ordre technique très rationnelles. On voit aussi des hôpitaux qui prétendent à la qualité

16. Cf. M. G. Fiels, « Structured Strain in the Role of the Soviet Physician », *American Journal of Sociology*, LVIII, 1953, p. 493-502.

17. Cf. Szasz, *Scientific Method*, op. cit., p. 233.

d'institutions de service public établies pour le bien de l'humanité, fonctionner en fait dans le but non dissimulé de servir ceux qui en disposent, et faire le plus grand cas des caractéristiques sociales de leur personnel et de leurs malades. Beaucoup d'hôpitaux mènent aussi des programmes de formation (*training programs*) * et les traitements n'y sont pas seulement décidés en fonction des besoins du malade, mais également selon les techniques et les médications dans lesquelles l'hôpital se spécialise ; dans d'autres hôpitaux, ce sont les exigences et les fins des programmes de recherche (*research programs*) * qui déterminent la nature des traitements appliqués plus que les besoins des malades.

D'autres difficultés apparaissent encore : nous avons montré qu'il était difficile pour le client de traiter ou de voir traiter son corps d'une façon impersonnelle, difficile aussi de se résigner à ne pas l'utiliser de la manière habituelle pendant qu'il se trouve en réparation. On vérifie en outre de plus en plus qu'un séjour, même bref, à l'hôpital peut créer chez les tout-petits une «angoisse de la séparation» et cela prouve que l'atelier n'est pas en l'occurrence un milieu neutre et inoffensif, mais un milieu agressif. De plus, puisque le client doit résider dans l'atelier durant la phase active du traitement, il occupe une place de choix pour vérifier la difficulté qu'il y a à faire entrer dans le cadre du schéma-type tout ce qui se passe autour de lui et tout ce qu'on lui fait. La réussite de cette assimilation dépend nécessairement de la possibilité d'abuser le malade sur le sens de certaines formes d'action : une partie de la routine hospitalière repose toujours en effet, non sur des considérations médicales, mais sur des facteurs d'un ordre tout différent, les règlements relatifs à l'encadrement des malades, entre autres, étant établis pour la commodité et le confort du personnel. (Cette divergence se retrouve évidemment dans tous les autres types d'ateliers, à cette différence près qu'alors le client n'est généralement pas là pour voir

* Un *training program* désigne un arrangement entre un hôpital et une faculté de médecine, en vertu duquel une partie de l'enseignement obligatoire de la faculté est dispensée par l'hôpital. Un *research program* est une recherche entreprise de sa propre initiative par le personnel d'un hôpital. (N. d. T.).

ce qui se passe.) Plus le séjour imposé à l'hôpital sera long, plus le trouble tendra vers la chronicité, plus le malade aura de peine à se représenter l'hôpital comme une institution exclusivement destinée à dispenser un service de réparation rationnel.

En dépit de ces problèmes, et d'autres encore qui tiennent à la difficulté de faire entrer le service médical dans le cadre d'un établissement hospitalier, certains éléments positifs permettent au malade d'intégrer son expérience au schéma-type, à la condition que son séjour soit relativement bref. L'hôpital présente incontestablement l'avantage d'offrir un équipement coûteux et un matériel spécialisé que le malade ne pourrait trouver dans le cabinet d'aucun médecin. En outre, le fait de rester au lit quand on est malade ne présente somme toute dans notre société rien que de très normal, et il est même des cas où le malade se sent physiquement incapable de faire autre chose. Il faut aussi tenir compte de certains aspects techniques des soins médicaux : les fractures, la plupart des états post-opératoires, exigent l'immobilité du patient, de même que certains traitements post-opératoires, comme le drainage des plaies ; il est des traitements qui exigent un régime alimentaire strict ; il est enfin nécessaire, si l'on veut établir un bilan et se livrer à toutes les analyses de laboratoires souhaitables, d'avoir le malade sous la main : tout cela donne une justification rationnelle à la situation à laquelle les malades hospitalisés doivent se soumettre.

En outre, durant la période d'hospitalisation et la phase post-hospitalière, on voit souvent se manifester une coupure dans l'environnement du malade. Sous la forme d'un bandage, d'un plâtre ou de tout autre moyen d'isolement d'une partie du corps, c'est tout un milieu médicalement adapté qui est intensément entretenu. L'état dans lequel on entretient tout le reste du corps se justifie alors non par le souci d'assurer directement la sauvegarde de l'organisme, mais par celui d'assurer la préservation de ce milieu interne. On peut ainsi réduire considérablement le champ d'application des actions médicales indispensables tout en laissant au malade la possibilité de rapporter tout ce qui lui arrive au schéma médical-type.

Ainsi se trouve fondée la prétention de l'hôpital à

s'assimiler à un service-réparation et l'attitude du médecin n'en a que plus de poids dans la mesure où il peut agir avec toute la solennité possible sans courir le risque de passer pour un plaisantin aux yeux de ses clients ou aux siens propres. Devant un client qui se trouve dans une situation embarrassante, et bien qu'il ignore un certain nombre de détails, le médecin peut néanmoins assez souvent exercer son art en prouvant qu'il mérite le respect auquel il estime, par son rang, avoir droit. Le client cautionne les prétentions du médecin et atteste par là même la viabilité du schéma médical en acceptant les vues impersonnelles du praticien sur sa maladie: ce n'est le désir de personne, l'intention de personne, la faute de personne. L'hospitalisation privera temporairement l'individu de ses rôles sociaux mais, s'il survit à cette épreuve, il retrouvera toute chaude la place qu'il avait laissée en vertu de la loi d'«absence pour raison de santé» qui permet aux autres de la lui conserver et de diminuer ainsi la portée de son départ.

Même s'il est possible, en dernière analyse, de faire de la pratique médicale un service spécialisé conforme au schéma général que nous avons défini, il faut noter, pour en finir avec ces considérations, que ce schéma-type n'est pas le seul qui puisse lui être appliqué. Nous avons déjà fait cette restriction au sujet des médecins-conseils des compagnies d'assurances et de l'épidémiologie, mais il faut mentionner deux autres situations de ce type.

D'abord, les membres du corps médical sont parfois chargés, non de servir un individu en particulier, mais de vérifier que la gestion des entreprises employant un personnel important est bien compatible avec certaines normes minimales d'hygiène médicale, elles-mêmes mises sur pied et appliquées par des agents au service de la collectivité tout entière. Ce qui est apparu plus haut comme une restriction à l'individualisation des soins peut devenir la principale fonction du praticien. Ainsi, dans certaines manifestations sportives dont le déroulement comporte des risques, comme les matches de boxe, on charge des médecins de veiller au respect des règles médicales, de même que dans les usines ou dans les mines, on est tenu de respecter les normes minimales de sécurité. On peut ici parler d'une fonction

normative de la médecine, comparable parfois à celle des techniciens, des électroniciens et des architectes.

Le corps médical peut avoir aussi un rôle d'*entretien* et recevoir la mission de traiter les membres d'une entreprise non point pour eux-mêmes ni pour maintenir les normes de la collectivité, mais uniquement pour qu'ils puissent rendre le plus de services possible à l'entreprise. Citons le cas du «doping» des athlètes ou des chevaux de course, ou encore le contrôle médical de la torture pour éviter que le prisonnier ne meure avant d'avoir parlé, ou enfin l'alimentation des détenus dans les camps de travail, pour qu'ils aient juste la force de continuer à travailler¹⁸. Fonction normative et fonction d'entretien sont souvent combinées, ainsi dans les services médicaux et dentaires attachés aux grandes collectivités, surtout lorsqu'elles sont isolées comme les compagnies maritimes ou l'armée.

Parallèlement à la médecine personnalisée nous pouvons donc trouver une médecine d'entreprise, sous diverses formes. Je ne nie pas que le service personnalisé dispensé à certains malades de condition défavorisée ne soit, de leur propre point de vue, de qualité inférieure à celui du service dispensé à certains employés dans le cadre de la médecine normative et d'entretien de leur établissement de travail. Notre préoccupation présente ne porte pas sur le caractère médical des soins que reçoit l'individu, mais plutôt sur la structure organisationnelle dans laquelle il les reçoit.

VI. LA PSYCHIATRIE D'HÔPITAL ET LE SCHÉMA-TYPE DU SERVICE SPÉCIALISÉ.

Nous en arrivons ainsi au but proposé par le titre de cet essai: l'application du schéma-type du service spécialisé dans sa version médicale à la psychiatrie institutionnalisée en hôpital.

18. On trouvera dans l'essai de R. W. Little, «The "Siek Soldier" and the Medical Ward Officer», *Human Organization*, XV, 1956, p. 22-24, une étude intéressante de l'importance de cette fonction dans la médecine militaire.

L'évolution des idées reçues dans la société occidentale à l'égard des individus dont le comportement est apparemment aberrant, a parfois revêtu des formes dramatiques. On a commencé par voir dans ce comportement le signe d'un pacte volontaire ou non avec le diable, l'emprise d'instincts bestiaux et sauvages, etc.¹⁹. C'est en Grande-Bretagne, dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, que la médecine se mit véritablement à prendre en charge ces égarés. Les internés prirent le nom de malades, les infirmières acquirent une formation professionnelle et l'on se mit à rédiger de véritables dossiers médicaux²⁰. Les maisons de fous, que l'on avait baptisées «asiles d'aliénés» changèrent de nom une fois de plus pour devenir des «hôpitaux psychiatriques». En Amérique, un mouvement identique s'est dessiné à partir de 1756 sous l'impulsion de l'hôpital de Pennsylvanie²¹. Dans l'Occident contemporain, l'effort diffère selon que l'optique dans laquelle le praticien aborde les malades est «organique» ou «fonctionnelle», mais ces deux méthodes reposent sur le même souci légitime d'appliquer aux aliénés le schéma médical type en tant que schéma de service. La plupart du temps, un certificat médical est nécessaire pour obtenir légalement l'hospitalisation d'un malade mental qui n'est pas consentant.

Lorsque le futur interné passe son interrogatoire d'admission, les médecins appliquent aussitôt le schéma type du service médical. Quelles que soient la situation sociale du malade et la nature particulière de son «dérangement», on le tient pour un individu dont on peut aborder le problème, sinon le résoudre, du seul point de vue technico-psychiatrique. Le fait que les malades diffèrent quant au sexe, à l'âge, la race, la situation de famille, la religion ou la classe sociale ne représente qu'un élément que l'on ne prendra en considération que comme une sorte de correctif, afin de pouvoir appliquer la théorie psychiatrique générale et

19. Cf. Albert Deutsch, *The Mentally Ill in America*, New York, Columbia University Press, seconde édition, 1949, p. 12-23.

20. Cf. Kathleen Jones, *Lunacy, Law and Conscience*, Londres, Routledge & Regan Paul, 1955, p. 55-56.

21. Cf. A. Deutsch, *op. cit.*, p. 58 sqq.

découvrir les thèmes universels derrière les différences superficielles inhérentes à la vie sociale. De même que n'importe qui peut faire une crise d'appendicite, n'importe qui peut présenter un des syndromes psychiatriques élémentaires. La politesse professionnelle uniforme que l'on témoigne aux malades va de pair avec une application uniforme de la doctrine psychiatrique.

Il existe assurément des cas de déséquilibre mental avec tumeurs au cerveau, paralysie, artériosclérose, méningite, etc., qui répondent à merveille aux exigences du schéma-type: un accident, survenant par hasard, déséquilibre le fonctionnement mental du client sans que quiconque l'ait voulu et sans que le client même soit le moins du monde à blâmer. Au bout d'un certain temps, lui ou les autres (ou bien lui et les autres) sentent qu'il y a «quelque chose qui ne tourne pas rond». Par l'entremise d'intermédiaires successifs, on amène le malade, de gré ou de force, devant les psychiatres qui l'examinent. Ceux-ci recueillent des renseignements, font des observations, formulent un diagnostic, prescrivent les mesures à prendre et définissent le traitement à suivre. Ensuite, ou bien le malade guérit, ou bien sa maladie est enrayée, à moins que la maladie, suivant un cours prévu et inexorable, ne conduise le malade à la mort ou ne le réduise au stade incurable d'une vie purement végétative (issue probable lorsqu'interviennent des «réactions organiques»). Dans les cas plus bénins, lorsque le traitement a un effet bénéfique, le malade reconnaît parfois, en se penchant *a posteriori* sur son expérience, que le service psychiatrique a été effectué dans son intérêt et qu'il l'aurait de lui-même sollicité, s'il s'était rendu compte de ce qui n'allait pas ou de ce que l'on pouvait faire. Ensuite tout finit par s'arranger très bien²² ou du moins par rentrer dans l'ordre. On peut voir, dans certains hôpitaux psychiatriques le vestibule des bâtiments chirurgicaux garni de dossiers encadrés qui fournissent une documentation complète sur tel

22. Témoin l'article de Berton Roueché, paru dans le *New Yorker* et intitulé «Ten Feet Tall», qui décrit en détail une suite de manifestations aberrantes à caractère dépressif, consécutives à un traitement par la cortisone. On trouvera cet article dans la collection de Roueché, *The Incurable Wound*, New York, Berkeley Publishing Corp., s. d., p. 114-43.

cas authentique: signes et symptômes préliminaires dans le comportement social, documentation prouvant l'incapacité du profane à les interpréter correctement, description du comportement du malade pendant sa maladie, planches reproduisant les découvertes faites à l'autopsie et permettant de confirmer l'exactitude du diagnostic et la justesse du traitement. Les symptômes d'un comportement social aberrant sont associés à une pathologie organique évidente pour confirmer indiscutablement sa possibilité d'appliquer le schéma médical.

Si l'on peut parfaitement faire entrer certains cas psychiatriques dans le cadre du schéma médical type, des difficultés évidentes surgissent cependant, surtout lorsque l'on se trouve en présence des cas les plus répandus de psychoses dites «fonctionnelles». On trouve dans la littérature de nombreuses descriptions de ces difficultés que les psychiatres de leur côté connaissent fort bien; il suffira de les rappeler brièvement ici, en procédant, par ordre, des formes accidentelles aux formes fondamentales.

L'une des missions de l'hôpital psychiatrique consiste à protéger la collectivité contre le danger et la nocivité de certains comportements aberrants, fonction de gardiennage qui revêt une importance majeure si l'on en juge par les dispositions légales ou les pressions de l'opinion publique auxquelles l'hôpital psychiatrique n'est pas insensible. Il est pourtant surprenant de constater qu'à l'intérieur de l'hôpital on observe généralement une grande discrétion à cet égard, pour mettre au contraire l'accent sur les services thérapeutiques à caractère médical dont bénéficient les malades. Si l'on voit dans le malade mental un individu qui a causé des ennuis aux autres, le rôle de gardiennage assumé par l'hôpital comme par la prison se comprend, et pour beaucoup de gens se justifie. Il y a pourtant une difficulté: ce qui est un service pour un parent, des voisins ou un employeur n'en représente pas forcément un pour l'ensemble de la collectivité, quelle qu'elle soit. Quant à l'interné, ce qui est un service pour les autres n'en est pas forcément un pour lui — et à plus forte raison un service médical. Dans le rapport médecin-malade il ne s'agit plus d'un praticien face aux personnes qui bénéficient de son service, mais

d'un gouverneur face à ses administrés, ou d'un officier face à ses subordonnés²³.

Pendant toute la durée de son hospitalisation, le malade passe sous l'autorité de divers responsables médicaux et ces changements n'interviennent pas en application d'un système d'orientation souple qui laisserait le malade libre de s'adresser au confrère conseillé par le praticien. En fait, ce sont les roulements quotidiens ou hebdomadaires des membres du corps médical, la fréquence des mutations de malades d'un quartier à l'autre ou des mutations de personnel d'un service à l'autre, qui déterminent la circulation du malade d'un praticien à un autre. Parce qu'ils sont membres de la même organisation, médecin et malade sont soumis à des décisions dont la responsabilité leur échappe, et ils ne choisissent pas leurs interlocuteurs²⁴.

Le contexte historique dans lequel se situe l'évolution récente de l'hôpital psychiatrique nous le fait apparaître en outre comme un maillon dans la chaîne des institutions destinées à accueillir diverses catégories de personnes gênantes pour la société. Parmi ces institutions figurent les foyers d'invalides, les hôpitaux de médecine générale, les foyers d'anciens combattants, les prisons, les cliniques gériatriques, les foyers pour débiles mentaux, les camps de travail ruraux (*work farms*)^{28*}, les orphelinats et les asiles de vieillards. Chaque hôpital d'État accueille une quantité non négligeable de malades qui seraient plus à leur place dans l'une ou l'autre des institutions précédentes (abritant elles-mêmes des pensionnaires qui seraient mieux à l'hôpital psychiatrique) mais qui doivent rester là parce qu'il n'y a pas de place ailleurs, ou parce que leurs ressources sont insuffisantes

23. Cf. Talcott Parsons, «The Mental Hospital As a Type of Organization», in M. Greenblatt, D. Levinson & R. Williams eds, *The Patient and the Mental Hospital*, Glencoe, Ill., The Free Press, 1957, p. 115.

24. Dans les hôpitaux qui se livrent à la recherche, des efforts intéressants ont été faits pour résoudre ce problème. Le rôle de médecin de quartier y est nettement distinct de celui de médecin traitant, et la relation malade-médecin traitant demeure constante même si le malade change de quartier.

* *Work farm*: certains prisonniers auxquels on fait confiance travaillent à la campagne dans des établissements spéciaux non entourés de murs. (N. d. T.).

pour leur permettre de changer. Chaque fois que l'hôpital joue, comme les autres éléments de la chaîne, le rôle de dépôt dans la répartition des charges publiques, l'application du schéma-type est mise en échec. Dans la mesure où il prétend dispenser un tel service, le personnel doit passer sous silence toutes ces données relatives au recrutement des malades, ou les recouvrir d'un vernis de rationalisations et d'explications.

Une autre difficulté majeure tient au fait qu'en Amérique l'entrée dans un hôpital psychiatrique est généralement involontaire. Comme pour soigner les très jeunes enfants ou les vieillards, on s'efforce de recourir au principe du tuteur responsable, en vertu duquel toute disposition prise par un proche-parent se trouve assimilée à une disposition prise par le malade lui-même. Or, à traiter ainsi enfants et vieillards, on ne rompt ni ne corrompt en rien la nature des relations établies avec eux; mais même si certains malades, récalcitrants au départ, finissent par se rendre compte qu'ils avaient tort de s'opposer à l'hospitalisation, en règle générale le ressentiment du malade interné contre son gré persiste. Il éprouve le sentiment d'avoir été poussé dans l'engrenage de l'hôpital avec l'aide ou au moins avec le consentement de ses proches. Alors qu'en général la rencontre avec un praticien-réparateur renforce la foi dans la rationalité et dans les bonnes dispositions du corps social, une entrevue à l'hôpital avec les psychiatres a au contraire un effet aliénant.

Le malade n'est pas le seul qui veuille voir dans son déséquilibre autre chose qu'une maladie à traiter et oublier tout simplement; dès qu'il a un dossier d'ancien interné d'hôpital psychiatrique, tout le monde le considère comme un être à part, et il reste «marqué» sur le plan officiel, en ayant toutes les peines du monde à trouver un emploi, et sur le plan de la vie courante, en se voyant infliger un traitement particulier²⁵. L'hôpital lui-même reconnaît implicitement que le déséquilibre mental a quelque chose de honteux; bon nombre d'hôpitaux ne procurent-ils pas aux malades une adresse codée à laquelle ils peuvent se faire

25. Cf. Charlotte Green Schwartz, «The Stigma of Mental Illness», *Journal of Rehabilitation*, juillet-août 1956.

adresser leur courrier sans que leur statut soit mentionné sur l'enveloppe? Bien que la force d'un pareil stigmat ait actuellement tendance à décroître dans certains milieux, il n'en constitue pas moins un élément fondamental de la vie des malades après leur hospitalisation. Contrairement à ce qui se passe pour la plupart des séjours en hôpital général, le séjour en hôpital psychiatrique est trop long et ses conséquences trop traumatisantes pour permettre au malade de retrouver sans difficulté la place qu'il occupait dans la société²⁶.

L'individu qui est ainsi marqué et ressent cette impression de frustration à son entrée à l'hôpital réagit souvent en se retranchant du monde normal et il arrive même qu'il refuse de quitter l'hôpital. Cette attitude peut se développer indépendamment de la nature du déséquilibre qui a entraîné l'internement et finit par constituer un effet secondaire de l'hospitalisation dont l'importance est souvent plus grande, pour le malade et pour son entourage, que les difficultés initiales. Cela aussi s'accorde assez mal avec le schéma-type du service²⁷.

26. Il est caractéristique de voir les hommes cloués au lit dans les hôpitaux de médecine générale, plaisanter sur eux-mêmes avec les infirmières de la manière la plus joviale: tout se passe comme s'ils voulaient prouver que ce corps livré sans défense aux soins a si peu à voir avec leur moi permanent que l'on peut dire sans danger n'importe quoi sur lui. Dans les hôpitaux psychiatriques au contraire, il est beaucoup moins facile de se dissocier de son apparence présente et des conditions dans lesquelles on se trouve; aussi les malades hommes sont-ils généralement sérieux et, s'ils manifestent un certain détachement envers leur propre personne, cela peut passer pour un symptôme parapsychotique.

27. Cf. David M. Schneider, «The Social Dynamics of Physical Disability in Army Basic Training», *Psychiatry*, X, 1947, p. 323-33. L'auteur montre comment le fait de se trouver soustrait à ses obligations, même pour raisons de santé, entraîne parfois chez le malade un sentiment croissant de solitude et lui fait sentir avec plus d'acuité qu'il est différent des autres. Les effets de cette ségrégation peuvent devenir plus importants que ses causes initiales. Partageant une conception à peu près identique, les psychiatres de l'armée américaine, à Walter Reed, ont récemment soutenu que plus on laisse voir à un soldat qu'il a un problème psychiatrique majeur, nécessitant un traitement spécial, plus on réduit ses chances de le réintégrer rapidement à l'unité à laquelle il appartenait quand ses troubles ont commencé. Cf. B. L. Bushard, «The U. S. Army's Mental Hygiene Consultation Service», *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*, Washington DC, Walter Reed Army Institute of Research, 15-17 avril 1957, p. 431-43 et plus particulièrement p. 442: «On peut atteindre ce but:

Il en va de même au niveau du savoir psychiatrique lui-même : les conceptions admises au sujet des psychoses fonctionnelles impliquent que les rapports du malade aux autres sont viciés à la base et que l'expérience thérapeutique doit lui apprendre à les corriger. Mais la compétence nécessaire pour donner cette expérience au malade n'est pas vraiment d'ordre technique et ne se transmet pas aussi facilement qu'une technique. Il est au demeurant très difficile de fragmenter la compétence de chacun des membres du personnel de façon à l'intégrer dans la hiérarchie des compétences, caractéristique des autres établissements de service, où le personnel haut-placé accomplit les tâches capitales mais limitées dans le temps et où le personnel non qualifié exécute, au niveau inférieur, les tâches préparatoires de routine ou veille simplement à maintenir à l'environnement un caractère inoffensif. Mais dans un quartier le surveillant possède autant de chances d'offrir une « bonne » relation au malade que le plus expérimenté des psychiatres et, d'ailleurs, bonne ou mauvaise, l'assistance du surveillant s'exerce de façon continue, et non par intermittence comme celle du psychiatre²⁸. Les auxiliaires qui préparent le malade à sa rencontre avec le psychiatre peuvent avoir une action psychiatrique aussi grande que le psychiatre lui-même, car les contacts en tête à tête constituent un domaine

réduire le trouble psychiatrique en limitant au maximum l'action directe et véritable sur le malade, mais à la condition d'établir une liaison étroite et directe avec toutes sortes d'autres services ; beaucoup plus importantes que les échanges verbaux avec le malade, sont les implications non verbales de certains actes : tels le fait de l'examiner assez tôt, de l'écouter avec sympathie et de lui redonner le plus vite possible un statut qui lui confère des obligations. Tout ce qui peut suggérer que les racines du problème plongent dans des situations lointaines et impondérables, que le cas relève de la "maladie" ou qu'il se fonde sur des considérations que l'on ne peut réduire dans l'immédiat, tout cela aboutit fréquemment à ruiner les systèmes de défense qui peuvent encore être intacts.»

28. La méthode de la socio-thérapie est née selon toute vraisemblance de la reconnaissance du principe suivant : si l'on veut donner toute sa valeur à l'expérience hospitalière, on ne peut la limiter à l'habituelle heure de soins (à supposer que cette heure existe) et par conséquent tout le personnel peut avoir une importance égale pour le malade. Cf. pour les sources Alfred H. Stanton & Morris S. Schwartz, *The Mental Hospital*, New York, Basic Books, 1954, et Maxwell Jones, *The Therapeutic Community*, New York, Basic Books, 1953.

où tout le monde se trouve à égalité dans le maniement du bistouri et la dissection du partenaire. Il en va ainsi même si l'administration de l'hôpital, agissant conformément au schéma médical, donne au psychiatre le droit de prendre les décisions capitales qui lui permettent de disposer du malade.

Outre que la compétence psychiatrique est peu développée à tous les niveaux et que là où elle se rencontre, elle ne se répartit pas toujours en fonction de la hiérarchie, la circonspection habituelle, ou la « spécificité fonctionnelle » du praticien-réparateur se trouve totalement exclue du service psychiatrique, ce qui aggrave encore la difficulté. En effet, pour établir son diagnostic et son traitement, le thérapeute fait état de tout le détail des actes, sentiments et pensées — passés, présents et supposés à venir — du malade. L'habitude d'attribuer un caractère psychogénétique à de nombreux déséquilibres physiques fait entrer dans le domaine de la psychiatrie des matières qui relèveraient autrement de la médecine générale et le psychiatre peut ainsi effectivement prétendre traiter la « personne tout entière »²⁹. Le statut des auxiliaires des psychiatres — internes, psychologues, neurophysiologues, assistantes sociales, infirmiers — atteste la vocation polyvalente du psychiatre car tous ces agents lui fournissent des renseignements qu'il est seul autorisé à réunir pour dresser le bilan du malade. Dans ces conditions, rien de ce qui touche au malade n'est étranger au psychiatre, et rien ne doit lui être caché sous prétexte que ce n'est pas son affaire. Dans aucun autre service de réparation le spécialiste appelé à remettre en état un système quelconque ne s'attribue un rôle de ce genre.

Cette polyvalence du psychiatre ne se limite pas au diagnostic ; elle se retrouve au stade des prescriptions. Les institutions carcérales reposent sur le principe qu'il ne faut rien négliger dans la définition des droits et devoirs du reclus. Il y a une personne habilitée à exercer un droit de regard sans appel sur tout ce qu'il parvient

29. Cette théorie psychogénétique des troubles physiques a entre autres pour conséquence que certains malades mentaux hésitent à réclamer les soins physiques dont ils auraient besoin de peur qu'on ne les accuse de « se faire des idées ».

à obtenir et sur tout ce qu'on lui refuse, et officiellement cette personne est le psychiatre. Celui-ci, cependant, n'est pas tenu d'exercer son droit conformément à un règlement bureaucratique uniforme, comme le serait un fonctionnaire ou un militaire. Il n'est pour ainsi dire pas de contrainte de la vie journalière du malade que le psychiatre ne puisse modifier à son gré, à condition de pouvoir fournir une explication psychiatrique. En cela aussi le rôle du psychiatre est unique parmi les réparateurs, dont aucun ne possède un tel pouvoir.

Dans les hôpitaux de médecine générale, nous avons vu l'existence s'organiser en fonction de deux pôles : une zone interne et une zone externe. La sphère interne comprend la partie de l'organisme atteinte et placée sous un contrôle médical, qui porte la responsabilité de l'évolution du mal ; la zone externe est, schématiquement, celle où s'inscrit la précédente. Dans les hôpitaux psychiatriques, on maintient parfois cette division entre milieu thérapeutique et milieu général. Dans le cas d'une intervention médicale (par opposition à une intervention psychologique) on s'efforce d'administrer le traitement dans des conditions hautement contrôlées, mais on relâche le contrôle en dehors des périodes de traitement. Dans d'autres cas, au contraire — celui des malades suicidaires ou à penchants homicides, par exemple — tous les détails de la vie quotidienne sont très étroitement réglés : la vie même devient « zone interne » soumise à un contrôle médical sévère, intimement adapté à la situation du malade. Les conditions de vie sont alors assimilables à un traitement. Dans les quartiers inférieurs, la condition des malades atteints de déficiences neurophysiologiques profondes est elle aussi parfaitement adaptée aux capacités organiques de ces malades : l'attitude du malade qui reste assis toute la journée à la même place, l'expression vide de son visage sont, dans une certaine mesure, le prolongement inévitable et irrémédiable de son état.

Mais aux tout premiers stades de l'affection cérébrale ou pendant presque toute la durée de certaines maladies organiques comme l'épilepsie, il n'y a pas de rapport intelligible entre les conditions de vie faites aux malades à l'hôpital et la certitude absolue de l'existence d'un syndrome organique. Si désespérée que soit la situation des

malades dans les quartiers d'attardés, il en est relativement peu qui soient assez atteints pour que l'on puisse voir dans le niveau moyen de ces quartiers le reflet de leurs possibilités ou de leur état, mais on ne peut dire jusqu'à quel point il serait possible de leur donner des conditions « normales » d'existence. Dès lors, si le diagnostic peut être médical, le traitement ne l'est pas, puisque les conditions de vie offertes au malade sont celles que l'on réserve à tous ceux qui se trouvent en gros dans son cas.

Lorsqu'il s'agit de troubles fonctionnels on ne peut plus prétendre que la vie du quartier réponde techniquement aux possibilités des malades dans le même sens où on pourrait dire que le repos au lit correspond à un état post-opératoire. Pourtant, le personnel des hôpitaux psychiatriques prétend que les conditions de vie du malade correspondent à ses facultés, à son équilibre personnel du moment, et aux soins médicaux nécessaires, compte tenu de ses possibilités.

Si l'on compare l'hôpital psychiatrique à un hôpital de médecine générale ou à un garage, il apparaît fort mal équipé pour réaliser le cycle classique de la réparation. Les hôpitaux psychiatriques d'État et plus encore les cliniques privées ou les hospices d'anciens combattants sont bien dotés en moyens d'observer le malade, mais le personnel est souvent trop occupé pour enregistrer autre chose que les actes d'indiscipline. D'ailleurs, même si le personnel a le temps d'observer les malades, il lui est difficile d'assimiler leur conduite au quartier à leur comportement à l'extérieur. Certains comportements inadmissibles au dehors ont purement et simplement disparu (surtout lorsqu'ils étaient dirigés contre certaines personnes détestées de l'entourage familial), tandis que d'autres formes de mauvaise conduite remplacent les anciennes, en réaction contre la situation dans laquelle le malade se trouve placé malgré lui. Il se produit ainsi, dans le comportement du reclus, une sorte d'effet de réfraction, les murs de l'institution jouant le rôle de prisme épais et déformant. Il est bien difficile de croire à la valeur des tests subis dans ces conditions de contrainte et le quartier semble bien le dernier endroit où le praticien puisse se livrer à des observations.

Ces remarques restent valables même lorsque des

réunions de diagnostic (*diagnostic conferences*) * sont tenues pour étudier le cas de chaque malade puisqu'elles consistent surtout à se mettre d'accord sur la nature de l'étiquette que l'on collera officiellement sur le dossier ; et le fait qu'il y ait peu ou beaucoup de données à examiner au cours de la séance n'a guère d'influence sur son organisation.

Les difficultés rencontrées à l'hôpital psychiatrique pour l'établissement du diagnostic se retrouvent au niveau du traitement. S'il faut libérer le malade de son comportement à l'égard du monde extérieur, il faut aussi le libérer de l'attitude qu'il adopte devant son internement involontaire, ce qui complique et aggrave le problème. Les hôpitaux psychiatriques ne dispensent jamais un traitement adapté à la nature de chaque forme de déséquilibre, contrairement à ce que font en règle ordinaire les hôpitaux de médecine générale, les garages ou les ateliers de réparation-radio ; en fait, quand on administre un traitement — ce qui n'arrive pas toujours — celui-ci consiste en un cycle de thérapies administrées sans distinction à toute une catégorie de nouveaux internés, le travail médical servant plus à déceler les éventuelles contre-indications aux formes stéréotypées de traitements qu'à découvrir les indications susceptibles de justifier leur emploi.

En même temps les détails de la vie du malade sont réglés et ordonnés suivant un système disciplinaire conçu de façon à permettre à un personnel réduit de diriger un grand nombre d'internés venus là contre leur gré. Le personnage-clef de ce système est le surveillant ; c'est lui qui informe le malade des récompenses et des sanctions destinées à marquer le déroulement de son existence, et qui obtient l'autorisation médicale nécessaire pour distribuer ces récompenses et ces punitions.

* *Diagnostic conferences* : dans les hôpitaux psychiatriques américains comme en France, la coutume se généralise des «réunions» au cours desquelles, après quelques jours ou quelques semaines d'observation, tous les membres du personnel concernés par un malade se réunissent, confrontent leurs informations, éventuellement interrogent le malade, et décident du diagnostic et du traitement. En cas de séjour prolongé à l'hôpital un même malade peut faire l'objet de plusieurs *diagnostic conferences* afin que l'équipe soignante suive l'évolution de son cas et prenne les décisions relatives aux modifications de la thérapeutique, aux changements de quartier, à la sortie, etc. (N. d. T.).

Un comportement calme et docile permet au malade de progresser dans le système des quartiers tandis qu'un comportement bruyant et désordonné le fait rétrograder. Paradoxalement, c'est lorsque le malade manifeste lui-même la volonté d'améliorer son comportement que le surveillant le signale à l'attention du médecin comme un individu à la fois digne d'intérêt et apte à tirer profit des soins qui lui seront donnés, si bien que le malade bénéficie souvent des soins du médecin lorsqu'il en a le moins besoin, comme Ivan Belknap a pu le remarquer ³⁰.

Il est bien difficile pour le malade de se conformer au schéma médical. La même plainte revient très souvent dans la bouche des internés : « On ne s'occupe pas de

30. Cf. Belknap, *op. cit.*, p. 144. J'ajouterai que, si les malades mentaux sont des gens qui, à l'extérieur, se sont montrés rebelles à toute tentative de contrôle social, on peut se demander comment ce contrôle social pourra s'exercer à l'intérieur. Je crois que ce n'est possible dans une large mesure que grâce au «système des quartiers», moyen de contrôle qui s'est peu à peu développé dans les hôpitaux psychiatriques actuels. Le point crucial, à mon avis, est que la hiérarchie des quartiers repose sur le degré d'inconduite toléré dans chacun, et proportionnel au degré d'inconfort et de privation qui y règne. Quelle que soit l'inconduite d'un nouveau malade, on peut toujours trouver pour lui un quartier où ses défauts s'intègrent à la routine quotidienne et soient, jusqu'à un certain point, tolérés. S'il accepte les conditions de vie de ce quartier, le malade peut donc se conduire aussi mal que par le passé, à cette différence près qu'il n'ennuie plus vraiment personne puisque ce type de comportement, même s'il n'est pas officiellement reconnu, fait partie de la routine du quartier. Lorsqu'il demande une amélioration de son sort, il est tenu de faire amende honorable, et doit se déclarer prêt à s'amender. Fait-il cette concession, il voit ses conditions de vie s'améliorer. Retombe-t-il ou persiste-t-il dans les erreurs de sa conduite passée, on le sermonne et on le renvoie à sa condition première. Si, loin de rechuter, il manifeste le désir de se conduire mieux encore, et confirme ses bonnes intentions pendant une période assez longue, on le fait progresser dans le cycle qui doit l'amener à une libération rapide, et la plupart des malades qui en sont à leur première hospitalisation y parviennent en un an. À un certain stade, le malade est confié à la garde d'un parent, qui l'emmène faire un tour dans le parc ou en ville et qui se trouve alors en mesure d'utiliser l'appareil carcéraire ou la loi pour donner plus de force à ses menaces : « Sois sage ou autrement je te renvoie. » La situation que nous rencontrons ici n'existe pas au dehors ; elle représente typiquement le modèle de ce que les psychologues pourraient appeler une situation de dressage où tout est fondé sur la nécessité de faire céder le malade. Pour cette raison, le moral qui règne dans les salles de récalcitrants semble plus solide et plus sain que celui des salles de sortants, où l'on éprouve l'impression de se trouver en présence de gens qui se sont vendus pour être libérés.

moi, on me laisse assis là tout seul.» C'est que le traitement psychiatrique courant des désordres fonctionnels est lui-même trop aléatoire pour cautionner en tant que service spécialisé la pratique de la psychiatrie en institution, et cela d'autant plus que l'hospitalisation ruine très souvent les chances de l'individu dans l'existence.

Mais le problème est plus complexe : il ne réside pas seulement dans les médiocres chances de succès mais, pour certains patients, dans la possibilité d'appliquer la structure générale du service-réparation. D'abord, il est difficile d'isoler l'entité dans laquelle apparaît le mal. Si dans le cas de lésions organiques la zone touchée et la zone éventuellement réparable sont incluses dans le corps même du malade, il en va très différemment dans le cas des psychoses fonctionnelles. Dans la mesure où le comportement symptomatique du malade fait partie de son système de relations interpersonnelles, le réparateur devrait transposer l'ensemble de ce système au sein de l'hôpital pour pouvoir observer le trouble du malade et le traiter. On ne se trouve plus en présence d'un milieu relativement neutre et passif enfermant un mal très localisé. Dans les conceptions de service traditionnelles, la forme se confond avec le fond, puisque le système de relations personnelles du malade est inséparable du mal qui l'affecte. Théoriquement, une intervention thérapeutique légère sur le malade devrait déclencher une réaction capable de s'étendre favorablement au milieu extérieur lorsqu'il y retourne, ou bien il devrait être possible de renvoyer le malade dans un nouveau milieu, mais en pratique le malade retombe, en quittant l'hôpital, dans le système dont sa réaction psychotique est un élément naturel.

Les possibilités d'application du concept de « pathologie » posent un problème plus fondamental encore. Ordinairement, la première manifestation pathologique qui attire l'attention sur un malade prend la forme d'un « comportement » mais la faculté de décider si tel acte est aberrant ou non doit le plus souvent être laissée à l'appréciation du profane, tout simplement parce que nous n'avons pas techniquement les moyens de dresser la carte des types de comportement caractéristiques des différentes sous-cultures de notre société, et encore

moins celle des modèles de conduite dominants dans chacune. Sauf lorsque l'on constate des symptômes extrêmes, le diagnostic peut devenir ethnocentrique puisque le praticien juge en fonction de sa propre culture la conduite d'individus que l'on ne peut vraiment juger qu'en fonction des cadres de référence de leur groupe. En outre, si l'on qualifie volontiers d'aberrant un comportement qui déplaît ou qui gêne, les décisions que l'on prend sont plutôt d'ordre politique, en ce sens qu'elles expriment les intérêts particuliers de telle faction ou de tel individu plutôt que des intérêts généraux qui se situeraient au-dessus des préoccupations de tout groupe particulier, comme c'est le cas en pathologie organique³¹.

L'application du concept de pathologie au comportement du malade peut avoir d'autres effets incompatibles avec l'idéal du service. Dans la mesure où le malade a le sentiment d'avoir agi d'une façon parfaitement incongrue, il replace son acte dans le monde social normal fondé sur les notions d'intention, de conscience, de responsabilité et de culpabilité, et sa perception est identique à celle du profane qui trouve sa conduite gênante. Dans certains cas, il peut être rassurant pour le malade de voir sa conduite qualifiée d'involontaire, d'irresponsable, de non coupable, mais cela implique alors que l'on se réfère à un schéma technique, et non social, ce qui devrait théoriquement ôter au malade le droit de participer au système de relations de service autrement que comme objet ; témoin cette description de Szasz :

« Plus précisément le sens commun définit la santé mentale comme la faculté de jouer le jeu de la vie en société, quel qu'il puisse être, et de le bien jouer. Inversement, refuser de jouer ce jeu ou le mal jouer signifie que l'individu est mentalement malade. On peut maintenant se poser la question de savoir quelles sont les différences, en admettant qu'il y en ait, entre la non-conformité sociale (ou la déviation par rapport à la norme commune) et la maladie mentale. Laissant de côté, pour l'instant, les considérations d'ordre stricte-

31. Cf. T. S. Szasz, « Psychiatry, Ethics, and the Criminal Law », *Columbia Law Review*, LVIII, 1958, p. 188.

ment psychiatrique, je remarquerai simplement que la différence entre ces deux situations — qui s'exprime par exemple dans ces deux jugements : « Il se trompe » ou « Il est malade » — ne réside pas nécessairement dans des *faits* d'observation, mais qu'elle exprime souvent simplement de notre part une différence d'*attitude* envers le sujet. Si nous prenons quelqu'un *au sérieux* et estimons qu'il a des droits et une dignité humaine, si nous le considérons plus ou moins comme notre égal, nous parlons alors de désaccords, de divergences, de conflits, de délits, voire de trahison. Si nous estimons au contraire que nous ne pouvons pas communiquer avec lui, qu'il est, en quelque sorte "fondamentalement" différent de nous, nous sommes alors tout prêts à ne plus voir en lui un égal, mais plutôt un inférieur (rarement un supérieur) et nous le qualifions alors de fou, de malade mental, de déficient, de psychotique, d'infantile, etc. ³².»

Il ne faut cependant pas surestimer cette difficulté, car en fait on risque peu, dans les hôpitaux psychiatriques, de voir sérieusement juger ses actes en fonction d'une optique purement technique et objective. En médecine, on peut agir sur les streptocoques sans se demander s'ils ont raison ou tort, mais en considérant simplement qu'ils sont dangereux. En psychiatrie, on s'efforce théoriquement d'agir comme si l'essentiel était le traitement et non le jugement moral, mais pratiquement cette attitude est très souvent remise en question. Dans ce domaine il est particulièrement difficile de conserver sa neutralité morale car chez le malade le déséquilibre est intrinsèquement lié à l'action d'une façon qui choque les témoins. En outre, en règle générale, notre société ne connaît qu'une façon de traiter de semblables offenses, l'application au coupable d'une sanction punitive et corrective. C'est à ce principe que l'on a recours dans tous les domaines de l'existence quotidienne et l'on voit difficilement comment il serait

32. T. S. Szasz, « Politics and Mental Health », *American Journal of Psychiatry*, CXV, 1958, p. 509. Cf. du même auteur, « Psychiatric Expert Testimony — Its Covert Meaning & Social Function », *Psychiatry*, XX, 1957, p. 315 et « Some Observations on the Relationship between Psychiatry and the Law », in A. M. A., *Archives of Neurology and Psychiatry*, LXXV, 1956, p. 297-315.

possible autrement de maintenir l'ordre social, à moins de trouver quelque équivalent fonctionnel.

On comprend alors que même les occasions choisies pour démontrer que l'on applique à l'institution une psychothérapie affranchie de toute considération morale puissent rester commandées par une perspective morale plus ou moins déguisée; on comprend aussi qu'une grande partie de la psychothérapie consiste à mettre le malade en face de ses fautes et à lui montrer ses erreurs et en un sens, je ne vois pas comment il pourrait — ou devrait — en être autrement. Il convient simplement de remarquer que le personnel psychiatrique est incapable de renoncer à la fiction de la neutralité, tout en n'étant pas en mesure d'y atteindre vraiment.

L'action du personnel présente donc, si on la rapporte au schéma-type, une ambiguïté caractéristique. La doctrine psychiatrique exige à l'égard des malades une neutralité éthique, car ce que les profanes qualifient de mauvaise conduite doit être perçu comme pathologique par le personnel. Le législateur lui-même cautionne cette attitude puisque le malade mental a le privilège de pouvoir commettre des délits sans faire l'objet de poursuites judiciaires. Pourtant, lorsqu'il s'agit d'exercer une autorité effective sur les malades, il faut bien tenir pour souhaitable le maintien des principes classiques de bonne conduite, maudire les infractions et traiter les malades en individus « responsables », c'est-à-dire capables de fournir des efforts pour se conduire correctement. Le personnel psychiatrique partage avec les agents de police cette tâche professionnelle particulière qui consiste à adresser des remontrances aux adultes et à leur faire la morale et l'obligation de subir ces sermons est une des conséquences de toute infraction commise contre l'ordre social.

VII. LE MALENTENDU.

Les tensions inévitables qui surgissent entre malades et psychiatre d'institution sont le produit naturel de l'hospitalisation. La formation, l'orientation, le statut

même du psychiatre lui commandent d'aborder le malade mental avec courtoisie: il a ainsi l'air de dispenser un service de spécialiste à un client qui l'aurait spontanément sollicité. Le psychiatre doit partir du principe que le malade est volontaire pour subir le traitement et que son esprit est assez cohérent pour lui permettre de venir, même maladroitement, en aide à ceux qui le servent. L'institution elle-même s'efforce en tous points de confirmer cette fiction, par la terminologie utilisée, les uniformes portés et le ton des échanges verbaux.

Or, supposons que le psychiatre prenne au pied de la lettre les propos du malade pour y trouver une description de ses symptômes, ce qu'exigerait un service médical conforme au schéma. Cela n'est possible que si le malade est disposé à réagir d'une façon très particulière: il doit reconnaître humblement qu'il est malade, dans un langage modeste, sans technicité, et exprimer le désir sincère de modifier son moi par un traitement psychiatrique. Bref, pour que le psychiatre puisse se poser en véritable praticien médical, il faut que le malade suive la ligne psychiatrique.

Les chances de voir un patient non initié suivre cette voie sont faibles. Jamais sans doute, au cours de sa vie, le malade n'a eu autant de raisons de sentir qu'il n'est pas un client volontaire et d'être mécontent de sa situation. Le psychiatre représente à ses yeux la personne qui détient le pouvoir et face à lui le malade est conduit à formuler certaines demandes et à prendre certaines postures qui font sortir leurs relations du cadre du schéma-type; le malade devient alors un individu suppliant son maître de lui accorder des privilèges supplémentaires, un prisonnier reprochant à son geôlier ses entorses à la loi, un orgueilleux refusant les contacts avec quiconque le croit fou.

Si le psychiatre prend ces plaintes au sérieux il s'engage dans un système relationnel tout différent de ce pourquoi il a été formé. Pour défendre son rôle professionnel et l'institution qui l'emploie il est contraint de réagir en traitant ces épanchements, non comme des éléments d'information directement utilisables, mais plutôt comme des signes de maladie sans aucune valeur

documentaire directe³³. Pourtant, si l'on ne voit dans les propos du malade que des signes de maladie et non un exposé valable de ses symptômes, on refuse de ce fait d'en faire un participant en même temps qu'un objet dans le système des relations de service.

Psychiatre et malade sont presque condamnés par le contexte institutionnel à occuper l'un par rapport à l'autre une situation fautive et difficile, qui s'exprime par des contacts dont ils seront contraints d'épouser très étroitement la rigueur: le psychiatre doit faire preuve de la courtoisie de fonction à laquelle l'oblige sa situation de praticien, mais cette voie est en fait une impasse, aussi bien pour lui que pour le malade. Dans ce système de relations, chaque partie est vouée à offrir à l'autre ce que celle-ci ne peut accepter, et à rejeter ce que l'autre lui offre. Dans la plupart des situations psychiatriques se joue la même rencontre capitale entre le malade et le psychiatre: celui-ci commence l'entretien avec tous les égards dus à un client, reçoit une réponse qui ne cadre pas avec le processus traditionnel des échanges de service et alors, tout en s'efforçant de maintenir certaines formes extérieures des relations client-praticien, il fait délicatement machine arrière pour sortir de la situation fâcheuse où il se trouve. Tout se passe comme si le personnel psychiatrique passait son temps à se dégager des ouvertures qu'il a lui-même proposées.

VIII. LES ADAPTIONS DU PSYCHIATRE.

La situation dans laquelle se trouve le psychiatre d'hôpital par rapport au schéma idéal du service n'a en soi, on l'a vu, rien d'exceptionnel et beaucoup des services dits «spécialisés» que l'on achète satisfont moins encore aux exigences du modèle sous lequel ils se présentent. Mais, à dire vrai, il en est peu qui touchent un si grand nombre de clients et les éprouvent aussi durement. Le cas des hôpitaux psychiatriques est intéressant du fait que

33. Sur le problème du rejet des éléments d'information, cf. Stanton et Schwartz, *op. cit.*, p. 200 sq.

les médecins sont également engagés dans le processus, et qu'ils deviennent ainsi des internés malgré eux. Dans notre société, les médecins représentent des modèles dans le cadre des activités de réparation à cause de leur technique d'approche rationnelle et on accorde à leurs réussites beaucoup de poids et de dignité. Or les médecins qui ont consacré beaucoup de temps et d'argent à la préparation d'un rôle médical qu'ils espèrent pouvoir soutenir dans leur activité quotidienne conformément à leur formation se sentent obligés de préserver le caractère médical de leur technique d'approche et du service qu'ils effectuent. Ils reçoivent en cela le soutien de la société, car il est pour nous rassurant de penser que les personnes que nous exilons dans les asiles reçoivent un véritable traitement sous contrôle médical et non une punition. Mais, dans le même temps l'internement involontaire (et souvent même l'internement volontaire) offre une existence démunie et, disons-le, sinistre, ce qui fait naître fréquemment chez le malade un sentiment d'hostilité à l'égard de ceux qui l'ont enfermé. Dans la faible mesure où l'on peut appliquer le schéma médical-type aux hôpitaux psychiatriques, on voit ainsi mis en présence un médecin qui peut difficilement se permettre d'analyser son activité autrement qu'en termes médicaux, et un malade qui se croit tenu de détester et de combattre ses geôliers pour donner un sens à l'épreuve qu'il endure. Les hôpitaux psychiatriques institutionnalisent donc une sorte de caricature du système relationnel de service. Même si médecins aussi bien que malades se trouvent dans une situation institutionnelle difficile, les premiers, du fait qu'ils contrôlent l'institution, ont plus de facilités pour mettre au point certains mécanismes propres à faciliter la solution de leur problème. Leur réaction, importante pour la compréhension de la vie hospitalière, constitue en outre un bon document sur les échanges entre certains types sociaux — en l'occurrence celui de praticien spécialiste — et les établissements dans lesquels on tente d'institutionnaliser ces types.

Certaines caractéristiques de la situation hospitalière aident ainsi le psychiatre à surmonter les difficultés de son rôle. Le droit dont il est légalement investi d'agir sur le destin du malade et l'autorité hiérarchique qu'il exerce

sur certains membres du personnel lui donnent automatiquement un poids que les autres praticiens doivent souvent acquérir par des échanges réels avec le client. Souvent, d'autre part, même si l'insuffisance de ses connaissances psychiatriques ne lui permet pas de prévoir sans erreur la conduite du malade, elle lui offre néanmoins une échappatoire pour l'interpréter: en assortissant ses analyses de réserves et d'éventualités possibles, il est à même de décrire *a posteriori* l'évolution du malade d'une façon tout aussi difficile à prouver qu'à réfuter. C'est ce qui se passe quand on interprète une rechute psychotique imprévue comme la preuve que le malade se sent désormais suffisamment libéré de son anxiété et assez solide pour exprimer sa psychose. Au poids de cette autorité incontestable, le psychiatre ajoute celui de la tradition médicale, de l'«expérience clinique». En cas de doute ou d'ambiguïté, cette qualité magique permet à la personne qui passe officiellement pour la plus qualifiée dans la spécialité d'avoir le dernier mot, cette personne étant généralement la plus cotée parmi les praticiens présents.

Du fait de sa formation, le psychiatre peut prodiguer aux malades quelques soins médicaux organiques élémentaires et envoyer les cas plus sérieux à l'infirmerie de l'hôpital. Cette fonction normative (caractéristique, nous l'avons montré de ce qui doit se faire dans l'armée, sur un bateau, dans une usine et d'une façon générale partout où un grand nombre de personnes se trouvent rassemblées à des fins administratives) n'apparaît pas comme un service ancillaire, mais comme une condition essentielle au fonctionnement de l'établissement, ce qui permet de donner un fondement plus réel à l'idée que les malades reçoivent à l'hôpital psychiatrique un véritable traitement de type médical. On peut ajouter que la dotation des hôpitaux psychiatriques d'État en personnel est si souvent insuffisante que le personnel qualifié pourrait passer tout son temps à donner des soins mineurs aux malades et que, dans la mesure où il pratique la psychiatrie, c'est aux dépens d'un traitement somatique pourtant nécessaire.

Le psychiatre peut évidemment résoudre le problème en quittant l'hôpital dès que possible pour aller, selon ses propres déclarations, «là où il pourra vraiment faire de la psychiatrie». Surtout lorsqu'il ne lui reste qu'un ou

deux ans de résidence obligatoire (*obligatory residency*) * à accomplir, il peut aller dans une clinique privée, de préférence spécialisée en psychanalyse. Les malades qu'il y trouvera seront pour la plupart entrés de leur plein gré et «bons» pour la psychothérapie, semblables en cela à la clientèle d'un cabinet privé dans lequel il pourra ensuite exercer (à moins qu'il ne s'y soit installé en quittant l'hôpital d'État). Dans ces conditions, sa compétence ne trouvera pas à s'exercer sur un grand nombre de malades, mais du moins sera-t-il assuré de pouvoir mener son activité selon les normes du complexe de service, avec bureau, secrétariat, honoraires correspondant à la totalité du temps de travail, malades venus le consulter de leur plein gré, responsabilité exclusive du diagnostic et du traitement, etc.³⁴. Quelles qu'en soient les motivations, cette carrière professionnelle en deux ou trois étapes est assez courante pour constituer un modèle type de la carrière du psychiatre.

Pour le psychiatre qui ne peut pas — ou ne veut pas — quitter l'hôpital d'État, il reste d'autres voies. Il peut redéfinir sa fonction en passant du rôle de praticien à celui d'administrateur avisé, adoptant le point de vue carcéraire de l'institution et se consacrant à une gestion éclairée. Il peut aussi, conscient de certaines faiblesses de la thérapie individuelle dans ce milieu, se tourner vers les nouvelles thérapies sociales qui s'efforcent de faire participer les proches du malade au traitement psychothérapique

* *Obligatory residency*: pour les psychiatres américains, la partie du stage, après la formation de médecine générale, qui est dispensée en hôpital psychiatrique et implique la présence permanente. (N. d. T.).

34. Il est à noter que la discipline personnelle exigée du client-malade mental s'il veut laisser le psychiatre agir comme n'importe quel autre professionnel se trouve justifiée globalement et en détail sur la base des considérations de technique thérapeutique qui abondent dans la littérature psychanalytique. Il existe une merveilleuse harmonie préétablie entre ce qui est bon pour le malade et ce qu'exige le psychiatre pour exercer sa profession en cabinet. On peut dire, en paraphrasant M. Wilson, que ce qui est bon pour le médecin l'est également pour le malade. J'ai appris avec plaisir combien il est important, du point de vue psychologique, que le malade se rende compte que le médecin a une vie personnelle et qu'il ne serait pas bon pour lui que le médecin ait à différer ses vacances, se dérange à minuit pour répondre à son appel, ou se sente physiquement menacé par le malade. Cf. C. A. Wtaker et T. P. Malone, *The Roots of Psychotherapy*, New York, Blakiston Co, 1953, p. 201-202.

en partant du principe que le déséquilibre a son origine dans le système familial³⁵ ou encore essayer d'étendre le champ d'action thérapeutique à tous les instants de la vie du malade, à travers tous les contacts que celui-ci peut avoir avec tous les membres du personnel à tous les échelons³⁶. Il peut encore se tourner vers la recherche psychiatrique, ou bien se tenir le plus possible à l'écart des malades pour se confiner dans le travail administratif, ou n'exercer la psychothérapie qu'avec le petit personnel ou un groupe limité de malades «prometteurs». Il peut aussi faire un effort sincère pour prévenir ses malades que ses connaissances sont limitées, mais en général, cette sorte de candeur n'aboutit pas à grand-chose et semble insolite dans notre société, car on se fait une autre idée du rôle médical et on conçoit difficilement que l'autorité dont dispose le psychiatre puisse être conférée à quelqu'un qui n'aurait pas de grandes connaissances³⁷. Il arrive que le psychiatre devienne aussi «l'homme des malades», qu'il reconnaisse le bien-fondé de leurs protestations contre la façon dont on les traite, qu'il aille même jusqu'à critiquer ouvertement l'institution devant eux. Enfin, s'il dédaigne toutes ces voies, il lui reste encore la ressource d'assumer cyniquement son rôle à l'hôpital: faute d'assurer la sauvegarde des malades, cette attitude assure au moins la défense de celui qui l'adopte³⁸.

35. Face à la doctrine selon laquelle le malade serait simplement le «porteur de symptômes» de tout le cercle familial, des psychiatres ont tenté, à titre expérimental, de transplanter dans des quartiers résidentiels spéciaux des familles entières. Des dispositions aussi nouvelles posent évidemment de gros problèmes annexes, surtout en ce qui concerne la structure de l'autorité familiale, et le fait qu'elles masquent les autres problèmes a peut-être été sous-estimé.

36. Le psychiatre doit alors reconnaître clairement qu'il doit être le thérapeute, non de l'individu, mais de l'ensemble du système hospitalier. La formation psychiatrique et médicale qu'ils ont reçue met les médecins en mesure d'accepter la responsabilité d'une direction de quartier ou d'hôpital en les libérant de l'émoi qu'éprouverait un individu spécialement formé pour et dans ce travail.

37. Sur ce qu'il advient de cette modestie verbale dans les hautes sphères de l'hôpital, cf. A. H. Stanton, «Problems in Analysis of Therapeutic Implications of the Institutional Milieu», *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*, Washington DC, Walter Reed Army Institute of Research, 15-17 avril 1957, p. 499.

38. Cf. Belknap, *op. cit.*, p. 200.

Outre ces adaptations qui ont des incidences sur la carrière, il en est d'autres plus générales et d'un caractère plus idéologique, qui sont pratiquées par le personnel à tous les échelons. Tout ce passe comme si l'aporie du service constituait une sorte de point douloureux dans le système hospitalier et comme si les énergies intellectuelles étaient mobilisées pour entourer cette épine irritante d'une enveloppe protectrice de mots, de croyances et de sentiments. Quelle qu'en soit l'origine, les croyances qui naissent de cette démarche fondent et stabilisent une définition de la situation conforme aux normes du service médical. C'est là une illustration, à échelle réduite, de la relation entre pensée et position sociale.

Peut-être le plus bel exemple de l'idéologie institutionnelle se trouve-t-il dans le travail de « relations avec le public » qui caractérise fréquemment certains hôpitaux psychiatriques : expositions dans les halls d'entrée, brochures explicatives, journal de l'hôpital, expositions de matériel et de documents sur les nouvelles thérapies, tout ce que l'on offre ainsi aux regards des malades, des parents, des visiteurs, sert à définir la situation conformément à la ligne du service médical.

Les histoires que l'on raconte habituellement dans les hôpitaux vont dans le même sens. Il s'agit par exemple de malades auxquels on avait accordé prématurément des privilèges ou que l'on avait fait sortir contre avis médical et qui se sont suicidés ou ont assassiné quelqu'un... Tous les surveillants ont des histoires plaisantes à raconter pour illustrer le côté animal de la nature des malades. Les membres du personnel qui participent aux réunions d'études de cas rapportent des anecdotes savoureuses : témoin ce malade qui protestait avec indignation de son bon sens mais finissait par admettre qu'il était agent du F. B. I. ; on cite aussi l'exemple de ces malades qui supplient qu'on les garde enfermés et commettent toutes sortes de délits pour éviter qu'on les renvoie chez eux, ou encore ces autres qui présentent au cours de la phase pré-hospitalière des symptômes psychotiques de plus en plus nets et dangereux jusqu'à ce que leur entourage, persuadé de leur état pathologique, les fasse enfermer et qui, ayant réussi à faire entendre leur besoin de secours, cessent

alors toute manifestation symptomatique. On cite enfin l'exemple réconfortant de malades impossibles qui ont fini par nouer de bonnes relations avec tel docteur compréhensif et dont l'état s'est amélioré à partir de ce moment. Tous ces récits, et d'autres encore, évoquant les relations entretenues avec les malades, prouvent sans ambiguïté la justesse de la position du personnel ³⁹.

Les implications idéologiques ou interprétatives de l'activité de la direction se fixent essentiellement sur deux points : la nature des malades et celle de l'activité hospitalière, et dans les deux cas elles définissent la situation d'une manière strictement conforme à la notion de service médical. L'opinion courante sur le malade est celle-ci : s'il était « lui-même », il solliciterait un traitement psychiatrique et s'y soumettrait de son plein gré et, à la fin de son séjour, il reconnaîtrait que son moi réel a constamment subi le traitement dont il avait effectivement besoin. Cette idée que le psychotique a un moi malade, mais, sous cette réserve, relativement « adulte », « intact », ou « vigoureux » éclaire d'un jour nouveau ce que nous avons appelé le principe de la tutelle, car elle découvre dans la structure même du sujet la faille entre l'objet et le client, nécessaire à la réalisation de la triade qui fonde le service.

Le dossier du malade prend ici toute son importance. Il permet en effet de broser un tableau du passé du malade démontrant qu'un processus pathologique a lentement investi son comportement jusqu'à en conditionner totalement le système. Le comportement apparemment normal passe simplement pour un masque ou un bouclier, derrière lesquels se cache l'essentiel, c'est-à-dire la maladie. Cette pathologie est désignée par un terme général tel que schizophrénie, personnalité psychopathique, etc., et cela fait voir sous un jour nouveau le caractère « essentiel » du malade ⁴⁰. Bien sûr, on peut à force d'insistance faire admettre au personnel que les noms ainsi donnés aux syndromes sont vagues et sujets à caution, et qu'on ne les

39. Les malades disposent évidemment d'un stock semblable d'histoires presque aussi infamantes pour le personnel.

40. L'étude psycho-sociologique de la perception du caractère « essentiel » a été récemment menée par Harold Garfinkel, dans une série de travaux inédits auxquels je dois beaucoup.

emploi que pour satisfaire aux exigences statistiques de l'hôpital, mais dans la pratique ces catégories deviennent un moyen magique pour faire de la nature du malade une unité simple, une entité prête à subir la réparation psychiatrique. On peut ainsi négliger et ignorer les secteurs qui « fonctionnent normalement », sauf s'ils contribuent à faire accepter le traitement par le malade.

Quant à la réaction du malade devant l'hospitalisation, une façon commode de l'envisager consiste à la traduire en termes techniques ; cette tactique minimise l'influence de l'hôpital sur le déséquilibre du malade puisque c'est le déséquilibre interne qui est essentiel et qui commande le comportement caractéristique du malade. Les événements interpersonnels sont réinvestis dans la personnalité du malade de façon à faire de cette dernière un système clos abordable sous l'angle pathologique et ainsi amendable. Une réaction à l'égard d'un membre de l'institution, qui peut avoir pour l'interlocuteur une signification agressive, est ainsi transposée sous la forme substantive de l'« agressivité », et peut être localisée dans la personnalité du malade ⁴¹. De même voit-on se créer, dans certains quartiers de malades chroniques où les infirmières évitent de nouer des relations avec les malades (qui répondraient à leurs avances), une situation dont la responsabilité retombe sur le malade que l'on qualifie de mutique ⁴². Szasz a montré que cette opinion n'était pas sans rappeler l'ancienne théorie qui voyait dans le malade

41. Cf. John Money, « Linguistic Resources and Psychodynamic Theory », *British Journal of Medical Psychology*, XXVIII, 1955, p. 264-66. On trouve de précieux exemples de ce processus de transposition dans Edwin Weinstein et Robert Kahn, *Denial of Illness*, Charles Thomas, Springfield III, 1955. Les auteurs y mentionnent les termes (comme « mutisme akinétique », « syndrome d'Anton », « paramnésie redoublée », « anosognosie ») dont on use habituellement pour qualifier le refus du malade d'admettre sa condition ; ils décrivent ensuite sous le nom de « déplacement », « faute de dénomination », « paraphasie », les différentes attitudes des malades qui se refusent à réagir d'une façon courtoise et coopérative. Cette intransigeance est qualifiée d'effet secondaire, au niveau psycho-physiologique de la déficience mentale et non de réaction sociale vis-à-vis d'un traitement qui comporte des menaces pour l'individu et qui est subi mais non accepté. Cf. Belknap, *op. cit.*, p. 170.

42. Cf. Robert Sommer, « Patients Who Grow Old in a Mental Hospital », *Geriatrics*, XIV, 1959, p. 584.

mental un possédé du démon ou de l'esprit malin qu'il fallait seulement exorciser ⁴³.

Ce processus de transposition se révèle clairement dans la psychothérapie de groupe, principale thérapeutique verbale pratiquée dans les hôpitaux d'État. Celle-ci commence en général par une séance de récriminations au cours de laquelle les malades exposent leurs doléances et leurs griefs dans une atmosphère relativement tolérante, devant un membre du personnel à peu près abordable. Pour le thérapeute, la seule conduite compatible avec ses obligations vis-à-vis de l'institution et de sa profession consiste à écouter ces doléances en persuadant leur auteur que ses soi-disant difficultés avec l'institution, avec sa famille, avec la société, etc., sont en fait ses difficultés personnelles, et à lui suggérer de résoudre ses problèmes en réorganisant son univers intérieur plutôt qu'en s'efforçant de modifier ces facteurs. C'est là une tentative, sans doute inconsciente mais réelle, pour faire du malade à ses propres yeux un système clos ayant besoin d'être réparé. Ainsi, pour citer un cas sans doute extrême, j'ai vu un thérapeute conseiller à un Noir, qui se plaignait du racisme pratiqué dans un hôpital où la ségrégation existait encore partiellement, de se demander pourquoi il choisissait, lui plutôt que les autres Noirs présents, ce moment précis plutôt qu'un autre pour exprimer ce sentiment, et de chercher ce que cela pouvait révéler sur lui, en tant qu'individu, en dehors de toute question de racisme pouvant exister à l'hôpital à cette époque ⁴⁴.

43. Cf. T. S. Szasz, W. F. Knoff et M. H. Hollender, « The Doctor-Patient Relationship and Its Historical Context », *American Journal of Psychiatry*, CXV, 1958, p. 526.

44. On peut rapprocher les techniques employées dans la psychologie de groupe des méthodes d'endoctrinement de petits groupes. Les choses peuvent, par exemple, se passer de la façon suivante : on s'aperçoit sans mal qu'il y a toujours quelques malades initiés à la ligne psychiatrique et pleins de zèle pour l'adopter ; lorsqu'un malade fait des histoires, le thérapeute se saisit du cas et le soumet à ces initiés en leur demandant leur avis ; traduisant à l'intention du mécontent, ils lui représentent que ses propres compagnons voient en sa plainte un élément indissociable de sa personnalité ; le thérapeute, à qui ils laissent le soin de présenter la version officielle intervient alors, mais avec l'appui d'une partie du groupe polarisée contre le mécontent. On trouvera un exposé récent de ces questions dans Jérôme D. Frank, « The Dynamics of the Psychotherapeutic Relationship », *Psychiatry*, XXII, 1959, p. 17-39.

C'est dans l'obligation de «prendre des risques», caractéristique de nombreux services de réparation, qu'il faut chercher l'un des moyens les plus efficaces pour redonner à la nature du malade une définition plus conforme au schéma du service. On dit que l'étudiant en médecine devient médecin lorsqu'il se trouve en mesure de commettre une erreur grave⁴⁵. Cette attitude se fonde sur la croyance qu'un système confié à un service de réparation comporte des zones de risques spécifiques et peut par conséquent être gravement endommagé si l'on entreprend une action maladroitement dans ces secteurs cruciaux et délicats. Comme on l'a vu, cela tend à procurer un fondement rationnel à l'existence d'une hiérarchisation technique des compétences et d'une hiérarchisation sociale de ceux qui servent dans un tel établissement de réparation.

Les hôpitaux psychiatriques possèdent une version spécifique de cette notion de «risques»: une action malencontreuse peut, dit-on, mettre le malade en danger grave, et seules sa formation et sa compétence autorisent le psychiatre à entreprendre des actions dangereuses qui sont interdites aux membres moins haut placés dans la hiérarchie médicale. Évidemment, s'il s'agit de prescrire un traitement physique en dosant les médicaments et en pesant les effets secondaires qui peuvent justifier les contre-indications, le schéma-type s'applique assez bien mais, transposé dans le domaine de la psychothérapie, l'application devient beaucoup plus difficile, même si l'on se montre en général discret sur ce point. On dit parfois que le personnel subalterne — assistantes sociales, infirmières, surveillants — ne doit pas se livrer à une «psychothérapie d'amateurs» et encore moins à une «psychanalyse d'amateurs». Si un psychiatre convoque un malade pour des séances spéciales de psychothérapie, personne — et surtout pas le personnel subalterne — ne doit tenter de s'interposer. Une fausse manœuvre pendant le traitement psychothérapique peut, dit-on, «précipiter» une psychose ou entraîner une rechute irrémédiable; des récits nombreux et édifiants en apportent la preuve. Or, s'il est évident que cette

45. Communication personnelle de Howard S. Becker.

optique cadre parfaitement avec la notion courante de risques à prendre et si celui qui est investi de cette mission se trouve du même coup confirmé dans sa qualité de spécialiste-praticien, il est par contre beaucoup moins évident qu'un acte purement verbal puisse avoir de tels effets. N'importe quel malade hospitalisé peut toujours se heurter, pendant les vingt-trois heures où il n'est pas en psychothérapie individuelle, à un barrage d'expériences potentiellement traumatisantes et dont le caractère barbare ne fait pratiquement l'objet d'aucun contrôle; il y a là matière à faire douter de la valeur d'une investigation verbale menée dans le bon ou dans le mauvais sens. On peut penser en outre, eu égard à l'état des connaissances et des compétences en psychiatrie, que si un traitement verbal inopportun pouvait réellement causer ce genre de tort, les malades seraient tout aussi exposés pendant la vingt-quatrième heure.

Deux autres conceptions de la nature du malade renforcent encore le schéma-type. Lorsqu'on propose à un malade de quitter l'hôpital et qu'il refuse, allant même parfois jusqu'à commettre à dessein des actes qui doivent rendre sa sortie impossible, on voit en général dans cette attitude la preuve qu'il est encore trop malade pour partir, et ainsi se trouvent liés deux éléments fondamentaux de la situation: le fait d'être jugé malade ou bien portant, et le fait d'être dans l'hôpital ou au dehors. Bien sûr, il existe de bonnes raisons, totalement étrangères au schéma du service, pour expliquer la répugnance du malade à quitter l'hôpital. L'individu a peut-être déjà expérimenté à ses dépens les stigmates sociaux infligés par la maladie mentale et a pu voir combien ce statut lui ouvrirait des perspectives plus réduites encore qu'avant son entrée; d'un autre côté, il est fort possible qu'à l'époque de sa sortie éventuelle il se soit familiarisé avec toutes les ficelles de l'hôpital et qu'il soit parvenu à une position enviable dans le «système des quartiers».

Le schéma médical peut aussi rendre compte de certains changements subits dans le comportement du malade. Si l'on admet que le comportement habituel du malade est le reflet profond, ou le signe, de l'organisation de sa personnalité — de son système psychique — tout changement

subi, sans causes apparentes dans le bon ou le mauvais sens, doit être pris en considération. On qualifie parfois les aggravations soudaines de rechutes ou de régressions, et les améliorations soudaines, de rémissions spontanées. Par leur seul pouvoir, ces mots permettent au personnel de prétendre que même s'il est impossible de déterminer les causes du changement, il est malgré tout possible de l'interpréter dans une perspective médicale. Cette façon de poser le problème exclut naturellement toute possibilité d'interprétation sociale. Lors des prétendues régressions soudaines, la conduite nouvelle de l'individu peut très bien ne comporter ni plus ni moins de signes de «maladie» ou de «santé» que lors de n'importe quelle circonstance de la vie ordinaire, et ce que l'on nomme «rémission spontanée» peut fort bien venir en premier lieu de ce que le malade n'a jamais été malade.

On redéfinit la nature du malade pour pouvoir, de fait sinon intentionnellement, en faire l'objet d'un service psychiatrique. Être transformé en malade, c'est être remodelé en objet utilisable pour le service, ce qui ne manque pas d'ironie car, une fois ce processus accompli, l'action du service devient bien limitée. La pénurie importante en personnel psychiatrique résulte peut-être moins du grand nombre des malades que de l'obstination mise par la «machine» institutionnelle à définir ce domaine en termes de «service».

Dans la mesure où le personnel est le porte-parole de l'institution, c'est à travers lui que le malade et le public prennent contact avec la machine administrative et disciplinaire de l'hôpital. C'est donc en termes de service médical à vocation psychiatrique que s'expriment l'organisation pratique des quartiers et la dynamique de ce système.

La présence du patient à l'hôpital est censée prouver *a priori* sa déficience mentale, puisque l'institution a précisément pour but l'hospitalisation des individus de cette espèce. Quand un malade déclare être en possession de toutes ses facultés mentales, une des réponses qu'il entend le plus souvent est: «Si vous n'étiez pas malade, vous ne seriez pas à l'hôpital.» En dehors des services thérapeutiques dispensés par le personnel spécialisé, l'hôpital procure aussi au malade, dit-on,

un sentiment de sécurité (la porte fermée à clef suffit parfois)⁴⁶ et le délivre des responsabilités quotidiennes. Ces deux dispositions passent pour avoir des vertus thérapeutiques (en fait, thérapeutiques ou non, il n'est guère de milieux qui présentent plus de facteurs d'insécurité profonde, et si les malades sont soulagés de certaines responsabilités, c'est à un prix considérable et qu'ils payent d'une manière permanente).

D'autres interprétations se font jour également: l'enrégimentation devient ainsi cadre de régulation thérapeutique destiné à apaiser le sentiment d'insécurité; la promiscuité, qui met le reclus au contact d'une multitude hétérogène de compagnons mécontents, devient une occasion d'apprendre qu'il existe d'autres individus plus mal lotis encore. Les dortoirs s'appellent «quartiers de nuit» appellation en partie justifiée par la nature du matériel, comme les lits par exemple, achetés chez les fournisseurs de l'hôpital. La rétrogradation dans un quartier inférieur en guise de sanction est présentée comme un transfert destiné à placer le malade dans des conditions auxquelles il pourra s'adapter; quand à la cellule individuelle, le «trou», elle devient un endroit où, en égard à son inaptitude à maîtriser ses impulsions, le malade pourra se sentir à l'aise⁴⁷. Le fait d'assurer la tranquillité nocturne du quartier en faisant absorber des somnifères aux malades — ce qui permet de réduire les effectifs du personnel de nuit — s'appelle médication ou traitement sédatif. Des femmes de tous temps incapables de s'acquitter de tâches médicales élémentaires comme les prises de sang prennent le titre et l'uniforme d'infirmières, des hommes qui ont reçu une formation de praticiens de médecine générale prennent le titre de psychiatres. Les affectations de travail s'expriment dans le langage de l'ergothérapie ou deviennent un moyen pour le malade de prouver le réveil de son aptitude à assumer des

46. À l'hôpital où j'ai fait mon étude, parmi les cent malades au moins que je connaissais, un seul avouait ressentir trop d'anxiété pour s'écarter de son quartier de plus d'un bloc ou deux. Je n'ai pas connu de malade qui préférât se trouver dans un quartier fermé et je n'ai pas entendu dire, sauf par des membres du personnel, qu'il existât de tels malades.

47. Cf. Belknap, *op. cit.*, p. 191.

responsabilités dans la société normale. Les autorisations d'assister aux soirées, de plus en plus fréquemment accordées lorsque les reclus se conduisent bien, passent pour autant de mises en contact progressives avec la société, sous contrôle psychiatrique. Les malades placés dans les services où l'on effectue les premiers traitements sont affectés, dit-on, aux services des «cas aigus», ceux qui ne réussissent pas à quitter l'hôpital à la fin du traitement de base sont affectés aux services de «chroniques» ou, selon une terminologie plus récente, aux «quartiers de traitement continu», ceux qui vont partir entrent dans les «quartiers de convalescents». Quant à la sortie elle-même, que l'on accorde généralement au bout d'un an à la plupart des malades hospitalisés pour le première fois, à ceux qui se sont montrés assez coopératifs, ou à tous ceux dont la famille est intervenue de façon pressante, on la présente souvent comme le résultat d'une «amélioration» manifeste, tacitement imputée aux efforts de l'institution. En fait, parmi les raisons qui font accorder sa sortie à un malade, on peut citer le surpeuplement des quartiers, la rémission spontanée du trouble, ou le conformisme social inculqué au malade grâce aux vertus disciplinaires du système des quartiers. Même des expressions aussi laconiques que «renvoyé guéri» ou «renvoyé après constatation d'une nette amélioration» suggèrent le rôle positif joué par l'hôpital dans ces évolutions. (Par la même occasion, l'impossibilité de faire sortir un malade est souvent rapportée aux difficultés rencontrées dans le traitement de son trouble mental et au caractère tenace et profond de son mal, affirmation qui va dans le sens du schéma médical mais ne rend pas compte de l'impuissance dans laquelle on se trouve vis-à-vis du malade). En fait, il est évident qu'un haut pourcentage de sorties prouverait tout aussi bien le mauvais fonctionnement de l'hôpital, car l'insuffisance du traitement réel dispensé au malade permet de penser que l'amélioration intervient malgré l'hospitalisation et que, dans des conditions moins contraignantes que celles qui règnent dans l'institution, le résultat serait plus positif encore.

Certaines transpositions verbales visent moins à traduire en termes médicaux les pratiques disciplinaires qu'à utiliser les pratiques médicales à des fins disciplinaires.

La tradition des hôpitaux psychiatriques apporte dans ce domaine de bons exemples au sociologue : on dit que certains hôpitaux psychiatriques pratiquaient l'hystérectomie sur les malades qui se trouvaient trop souvent enceintes ; ailleurs — moins couramment peut-être — on arrachait les dents aux malades qui s'obstinaient à mordre leur entourage, et que l'on nommait les «maniaques de la morsure». Dans le premier cas, on appelait cela «traitement de la nymphomanie», dans le second, «traitement de la manie de mordre». Une autre pratique, actuellement en nette régression dans les hôpitaux américains, consiste à lobotomiser les malades les plus rebelles et les plus gênants⁴⁸. Citons encore une pratique sans doute moins cruelle mais plus répandue : celle de l'électrochoc employé sur recommandation du surveillant pour mâter les rebelles et inciter les autres au calme⁴⁹. Dans tous les cas, l'action médicale est présentée au malade et à ses proches comme un service individualisé alors qu'en fait l'unique bénéficiaire en est l'institution puisque l'acte s'inscrit dans un plan d'ensemble destiné à faciliter le travail de gestion des administrateurs. En bref, sous couvert de schéma de service médical, c'est parfois tout simplement une médecine d'entretien que l'on voit appliquer.

IX. CONCLUSION.

En montrant par différents aspects à quel point il est difficile d'appliquer à la médecine hospitalière le schéma type du service, je n'ai pas abordé les problèmes de la psychiatrie privée, pratiquée sur les malades consultants. Il s'en pose cependant, dans ce domaine, ne serait-ce que celui du temps nécessaire au traitement, avec ses incidences pour la notion d'honoraires, le peu

48. On m'a cité le cas de maniaques tuberculeux que l'on avait lobotomisés de peur que leur hyperactivité ne les tuât. C'est une décision qui relève de la fonction de «service personnalisé» de la médecine, et non de la fonction d'entretien. Il est sans doute bon de redire que ce n'est pas l'acte lui-même qui est en question de manière déterminante mais le contexte institutionnel dans lequel il est prescrit.

49. Cf. Belknap, *op. cit.*, p. 192.

de chances de succès que comporte ce traitement, et la très grande difficulté de savoir à quoi attribuer les modifications qui interviennent dans l'état du malade.

Je ne voudrais pas en outre laisser entendre que l'application de ce schéma à l'hôpital psychiatrique ne s'est jamais révélée profitable aux internés. La présence d'un personnel médical qualifié dans les asiles a sans doute souvent retenu la main du surveillant. Il paraît certain également que si les médecins acceptent de travailler dans ce milieu insalubre et clos, c'est que la perspective médicale leur permet une appréhension des individus totalement différente des perspectives traditionnelles de la société, et leur permet de rester en quelque sorte insensibles aux goûts et dégoûts ordinaires. Certains malades ont tiré parti de la version médicale de leur situation en demandant à être traités à l'hôpital avec les égards dus aux gens des classes aisées; le moratoire appliqué aux liens familiaux pour raisons médicales se révèle d'un grand secours pour certains; et la notion de «curabilité» (terme de médecine générale) du «désordre mental» n'est pas sans faciliter la réintégration du malade dans la société, pour lui-même et ses employeurs; enfin, le fait qu'ils pensent avoir subi un traitement médical donne pour certains malades un sens à la période d'exil passée à l'hôpital et aux précieuses années perdues à jamais.

Je ne prétends pas davantage, en relevant les limites du service médical, être en mesure de suggérer un moyen plus adéquat de traiter les gens que l'on nomme «malades mentaux». Si les hôpitaux psychiatriques existent, ce n'est pas parce que directeurs, psychiatres et surveillants ont besoin de travail, c'est qu'il y a une clientèle disponible. Que l'on prenne aujourd'hui la décision de vider et de fermer tous les hôpitaux psychiatriques d'une région, les familles, la police, les juges en réclameront demain de nouveaux, et ceux qui sont les véritables clients de l'hôpital psychiatrique demanderont une institution qui réponde à leurs besoins.

Le personnel psychiatrique lui-même n'a pas un rôle facile: la liberté dont il dispose en matière médicale lui donne droit aux plus grands égards et aux plus grandes marques de respect possibles dans nos types de société; il se trouve placé dans l'une des professions qui dispensent

un service des plus spécialisés, et cependant son rôle à l'hôpital psychiatrique est constamment remis en question. Pour être légitime, tout ce qui compose la vie à l'hôpital doit pouvoir s'intégrer au schéma médical de référence, ou être traduit en termes qui lui permettent de s'y intégrer. Il faut donc définir les gestes quotidiens du personnel comme autant d'expressions d'observations, de diagnostics, de traitements. Cette transposition n'est possible qu'au prix d'énormes entorses à la réalité, comparables à celles que commettent, en d'autres institutions coercitives, les juges, les instructeurs ou les officiers: il faut découvrir un délit correspondant au châtement, et reconstruire le caractère du reclus conformément à ce délit.

Mais le personnel n'est évidemment pas le seul groupe qui éprouve quelque difficulté à appliquer le schéma de service: les malades ont aussi leurs problèmes, qui mettent en lumière les rapports délicats entre apparence et réalité. La vie du malade est rude et stérile, mais en cela elle n'offre pas d'intérêt spécial pour le sociologue, car il y a somme toute, même en Amérique, bien d'autres situations aussi mauvaises, et parfois de pires. Notre intérêt pour cette situation s'explique par le fait que l'application du schéma de service telle qu'elle se pratique dans les hôpitaux apporte une distorsion et une acuité supplémentaires à ces conditions.

La déficience physique du malade hospitalisé dans un hôpital de médecine générale suffit à prouver la nécessité du traitement, si désagréable et contraignant soit-il, et le malade sait qu'il y va de son bien et qu'il doit l'accepter. Dans un hôpital psychiatrique, le malade qui se montre rebelle — en refusant de travailler ou d'être poli avec le personnel par exemple — manifeste par là qu'il n'est pas mûr pour la liberté et qu'un traitement s'impose. Le fait important, ce n'est pas que l'hôpital soit un endroit odieux pour le malade, c'est que celui-ci, en exprimant sa haine, fasse preuve qu'il y est à sa place, et pour un certain temps encore. On confond systématiquement obéissance envers les autres et adaptation personnelle du malade, et on entretient soigneusement cette confusion.

Enfin l'étude détaillée du fonctionnement des institutions et de leur recrutement, l'étude des croyances qui y ont cours, nous conduisent à constater que,

quoi qu'ils fassent par ailleurs, l'une des principales fonctions de ces établissements est de confirmer le personnel hospitalier dans sa propre idée de lui-même. Il existe entre personnel et reclus une large connivence, complexe et dramatique, dont l'effet, sinon l'objectif, est d'affirmer le caractère médical du service dispensé par le personnel psychiatrique⁵⁰. Le zèle déployé pour accréditer cette idée n'est pas sans révéler partiellement sa faiblesse car — si l'on peut oser une généralisation fondée sur le sentiment autant que sur la sociologie — plus les déclarations d'intention divergent par rapport aux faits et plus il faut déployer d'efforts et recourir à des collaborations diverses pour accréditer sa position.

Les malades mentaux peuvent se trouver dans une situation sans issue. Pour sortir de l'hôpital ou pour y vivre à l'aise, il leur faut se montrer satisfaits de la place qui leur est faite, et cette place doit confirmer le rôle professionnel de ceux qui imposent les conditions de ce marché. Cet asservissement moral ou cette aliénation de soi, qui contribue sans doute à la confusion mentale de certains internés, s'accomplit par la référence à la grande tradition du service-réparation spécialisé, et plus précisément à sa version médicale. Les malades mentaux peuvent ainsi se trouver écrasés sous le poids d'un idéal de service qui nous rend, ainsi qu'à tous ceux qui ne sont pas malades, la vie plus facile.

50. La collectivité dans son ensemble confirme aussi ce rôle. Dans un sens qui n'est pas négligeable, l'expérience thérapeutique idéale, telle qu'on l'envisage aujourd'hui, consiste en une immersion prolongée dans la psychothérapie individuelle, de préférence psychanalytique. De ce point de vue, la manière idéale d'améliorer les conditions du service dispensé à l'hôpital d'État serait d'augmenter l'effectif du personnel psychiatrique de façon à étendre la pratique de la thérapeutique individuelle ou, si l'on élimine cet idéal assez utopique, de faciliter au maximum la pratique des thérapeutiques qui viennent immédiatement après la thérapeutique individuelle, telles que la psychothérapie de groupe ou la discussion collective. Mais peut-être ce genre de solution est-il plus profitable à la situation scabreuse dans laquelle se trouve le psychiatre pour assumer son rôle qu'à la situation humaine dans laquelle vit le malade.

INDEX *

A

Acculturation, 55-56 (V. aussi admission, hospitalisation).
Adaptations secondaires, 98-100, 109-111, 114, 245-49, 253-61, 351-52; l'asilisation comme —, 107-108, 409; la conversion à l'institution comme —, 108-109, 118, 144, 202, 282, 364; les divertissements comme —, 114-115, 362-64 (V. aussi conduites de refus, conflits, espace, *distribution de l', «exploitation» du système*, pratiques rituelles, réinterprétations, travail); l'intransigeance comme —, 106-107; l'opposition au personnel comme —, 103, 365-66, 371; le repli sur soi comme —, 106, 111, 201, 312, 371; la solidarité entre reclus comme —, 103-105.
Admission, les attitudes à l'égard de l'—, 132-170; le cérémonial de l'—, 59-61, 71, 137; les chemins de l'—, 185, 199 (V. aussi carrière morale,

hospitalisation); la «culture» du malade avant l'—, 55, 78, 100-101, 110-111, 117; les effets de l'—, 42, 186-87, 198; la rupture provoquée par l'—, 58, 93, 193-95.

Affectations (V. travail, quartiers, *système des* —).

Aliénation, — du malade par l'hôpital, 408, 428, 438 (V. aussi adaptations secondaires); — du médecin dans l'institution, 422, 425 (V. aussi régression); — du moi par l'institution totalitaire 87-88, 115, 117-118, 249 (V. aussi mortifications).

Antagonismes, (V. conflits).

ARENSBERG C. M., 348 (note).

Argent, la fonction spécifique de l'— dans les institutions totalitaires, 51-53, 330; les moyens de se procurer de l'— à l'hôpital, 319-24, 327-28, les substituts de l'— à l'hôpital, 324-27 (V. aussi honoraires travail.)

Asilisation (V. adaptations secondaires, hospitalisation).

* Les pages auxquelles renvoie cet index peuvent traiter du thème sans contenir le mot même qui le désigne ici. De plus, les thèmes ayant été retenus en respectant l'intention de l'auteur de réinterpréter les pratiques hospitalières et les concepts médicaux en fonction de leur seule signification sociologique, les termes proprement psychiatriques ou psychanalytiques (ergo-thérapie, psychothérapie, etc.) renvoient toujours à des rubriques sociologiques (travail, idéologies justificatrices, pratiques rituelles, etc.). On trouvera cependant la définition technique de ces concepts dès leur première présentation dans le texte, en notes de traduction.

ASTOR M., 159 (note).
 AUBERT W., 357 (note).
 Autorité (V. conflits, hiérarchie
 règlement).

B

BAIN H. G., 206 (note).
 BAKKE E. W., (note).
 BALDWIN J., 202 (note).
 BARNARD C., 233.
 BARNES H. E. et TEETERS N. K.,
 282 (note).
 BATEMAN J. et DUNHAM H., 132
 (note).
 BATESON G., 49 (note), 168.
 BECKER H. S., 186 (note), 298
 (note), 378 (note), 430 (note).
 BEHAN B., 60-67 (note), 104
 (note), 114 (note), 158 (note),
 306 (note), 332 (note), 363
 (note), 368.
 BELKNAP I., 50, 76-77, 96-97, 100
 (note), 107 (note), 133, 166
 (note), 203, 284 (note), 296, 333
 (note), 415 (note), 425 (note),
 428 (note), 434 (note), 435
 (note).
 BENDIX R., 233 (note), 241 (note),
 250 (note).
 BENNET C., 103 (note).
 BETTELHEIM B., 108 (note), 111
 (note), 301 (note).
 BIDERMAN A., 137 (note), 237
 (note).
 BODER D. P., 70, 195 (note).
 BURCHARD W. W., 140 (note).
 Bureaucratique (*organisation*), 48,
 59 (V. aussi règlement).
 BURST W. H., 295 (note).
 BUSHARD B. L., 409 (note).

C

CALDWELL M. G., 98 (note), 100
 (note), 353 (note), 362 (note).
 CANDELL W., 335.

CANTINE H. et RAINER D., 71
 (note), 103 (note), 114 (note),
 115 (note), 153 (note), 156
 (note), 174 (note), 215 (note),
 237 (note), 264 (note), 277
 (note), 308 (note), 310 (note),
 352 (note), 360 (note), 369
 (note).
 CARPENTER C. R., 295 (note).
 Carrière morale (*du malade men-
 tal*), 42, 56, 101, 117, 179-80,
 224; les différentes étapes de
 la —, 180-225 (V. aussi admis-
 sion, hospitalisation, sortie);
 — et origine sociale, 110, 118.
 CARR-SAUNDERS A. M. et WIL-
 SON P. A., 381 (note).
 CASSEL J., 49 (note).
 Cérémonies (V. pratiques
 rituelles).
 Changement social, 219.
 CLAUSEN J., 40, 196 (note), 198
 (note).
 CLAUSEN J. A. et YARROW M. R.,
 172 (note), 188.
 CLEMMER D., 99 (note), 100 (note),
 114 (note), 246, 256 (note), 332
 (note).
 CLOWARD R., 110 (note), 118
 (note), 255 (note), 371 (note).
 COHEN A., 365 (note).
 COHEN E. A., 59 (note), 61 (note),
 100 (note), 108 (note), 113
 (note), 119 (note), 174 (note),
 195 (note).
 COLLINS O., DALTON M., ROY D.,
 260 (note).
 Communication, — des messages,
 331-15; — des objets, 308-16;
 (V. aussi échanges).
 Complicité (entre reclus, et
 entre reclus et personnel) (V.
 solidarité).
 Conduites de refus, l'ambiguïté
 des — de l'institution, 359-61,
 420-21; les — de l'institution,
 357-58, 365-67, 368-71, 422; (V.

aussi adaptations secondaires,
 réinterprétations).
 Conflits, — entre l'institution
 totalitaire et la société globale,
 46-48, 53, 56, 57-58, 80, 93, 95,
 100-101, 110-113, 119, 123, 127-
 28, 155, 161-62, 171-74, 222;
 — entre personnel et reclus,
 49-50, 51, 64-65, 103, 128, 130-
 31, 141, 143, 147, 160, 162, 420-
 21; — entre reclus, 105.
 Contrat, 229-30, 318-19, 329-30,
 382-83.
 Contrôle social, 146, 224, 352-55,
 415, 418-19, 429.
 CORKLE L. W. Mc et KORN R., 102
 (note), 128 (note), 143 (note),
 368 (note).
 CREERY, 149 (note).
 CRESSEY D. et KRASSOWSKI W., 105
 (note).
 CRESSEY D., 105 (note).
 Culture, (la) — du malade avant
 l'admission, 55-56, 110-111,
 117, 416-17 (V. aussi hospitali-
 sation); la — des reclus au sein
 de l'institution, 93-94, 208-209,
 356, 357-58 (V. aussi adapta-
 tions secondaires).
 CYERT R. M. et MARCH J. G., 234
 (note).
 CUMMING E. et I., 172 (note), 180
 (note), 198 (note).

D

DAVIS F., 375, 395 (note).
 DALTON M., 246, 259 (note), 260
 (note), 261, 278 (note).
 DEASY L., 179 (note), 197 (note).
 DEASY L. et QUINN O. W., 182
 (note).
 DELAVIGNETTE R., 240.
 Défenses (V. adaptations
 secondaires).
 DENDRICKSON G. et THOMAS F.,
 61 (note), 62 (note), 65 (note),
 68 (note), 71-75, 97, 150 (note),
 156 (note), 264 (note), 265
 (note), 278 (note), 280 (note),
 308 (note), 310 (note), 316
 (note), 324 (note), 325 (note),
 352 (note), 370 (note).
 Dépouillement (V. mortification).
 DEUTSCH A., 390 (note), 404.
 DEUTSCH M., 329 (note).
 DEUTSCHER I., 291 (note).
 DEVAULT D., 277 (note).
 DEVORE I., 295 (note).
 Discipline (V. règlement, sanction).
 Divertissements (V. adapta-
 tions secondaires, pratiques
 rituelles).
 DORNBUSCH S. M., 60 (note), 100
 (note), 172 (note), 204 (note).
 DOSTOIEVSKI, 320 (note), 367
 (note).
 DURKHEIM E., 230.

E

Échanges, — économiques et
 — sociaux, 329-30, 347-51;
 — entre le personnel et les
 reclus, 49, 129-30, 147, 151,
 157-59, 340; — d'informa-
 tions sur les malades, 214-18;
 — personnels entre malades,
 289, 331-39, 347; techniques
 d'— des messages, 311-15 (V.
 aussi solidarité); — verbaux,
 51, 97-98.
 EINSTEIN E. & KAHN R., 370
 (note).
 ELIAS N., 357 (note).
 ELLENBERGER H. F., 283 (note).
 Ergothérapie (V. réinterpréta-
 tions, travail).
 Espace (*distribution de l'— à
 l'hôpital*) 283-84; distribution
 de l'— en cachettes, 303-308;
 distribution de l'— en refuges,
 298-302 (V. aussi quartiers,
système des —); distribution

- de l'— en territoires réservés, 294-98; distribution de l'— en zones franches, 286-94.
- Ethos de classe, l'— comme conditionnant la perception d'une situation, 239-240; l'— du malade, 110-111, 186, 206-20, 271, 272, 273, 435; l'— du médecin, 111, 417; l'— des reclus en général, 166, 168, 174; l'— du sociologue, 38.
- ETZIONI A., 46 (note), 53 (note), 232.
- «Exploitation» (*du système hospitalier*), techniques d'— collectives, 270 (V. aussi adaptations secondaires, hospitalisation, réinterprétations); techniques d'— individuelles, 264-70.

F

- Famille, dégradation de la —, 53-54, 153-54, 221-22, 363; rôle de surveillance de la — 124 (V. aussi admission, carrière morale, hospitalisation); rupture avec la vie de — 58, 95, 436.
- FARBER M., 113 (note).
- FIELS M.-G., 399 (note).
- FOREMAN P., 105 (note).
- FOX R., 371 (note).
- FRANCIS, Sœur Mary, 139, 139 (note), 169.
- FRANK A.-G., 247 (note).
- FRANK J.-D., 429.
- FREIDSON E., 393.
- FREUD S., 113 (note).

G

- GADDIS T.-E., 82-83, 156 (note), 278 (note), 362 (note).
- Gardiennage (*fonction de — de l'hôpital*), 406-407.
- GARFINKEL H., 193 (note), 427 (note).
- GLUCKMAN M., 148 (note), 160 (et note).
- GOFFMANN E., 117, 143 (note), 215 (note), 369 (note), 387 (note).
- GOULDNER A., 235 (note), 329 (note).
- GOWMAN A.-G., 191 (note).
- GREENWALD, 207 (note).
- GRESHAM et SYKES, 128 (note).
- GRIMES J.-M., 152-260.
- GROSS E., 246 (note), 261 (note).
- Guérison (V. réinterprétations, sortie).
- GUSFIELD J., 145 (note), 148 (note).

H

- HALL O., 190 (note), 378 (note).
- HANKOFF L.-D., 65 (note).
- HARPER I.-A., 100 (note).
- HARRIS S., 61 (note).
- HARTLEY L.-P., 160 (note).
- HASSLER A., 65 (note), 69 (note), 70 (note), 75 (note), 82 (note), 87 (note), 101 (note), 102 (note), 112 (note), 149 (note), 208 (note), 284 (note), 304 (note), 368 (note).
- HAYNER N.-S. et ASH E., 99 (note), 100 (note), 256 (note), 316 (note), 325 (note), 327 (note), 366 (note).
- HECHT J.-J., 60 (note).
- HECKSTALL-SMITH A., 61 (note), 68 (note), 69 (note), 72 (note), 104 (note), 112 (note), 149 (note), 150 (note), 206 (note), 240 (note), 276 (note), 277 (note), 288 (note), 299 (note), 325 (note), 332 (note), 363 (note).
- HEDIGER H., 283 (note), 295 (note), 299 (note).
- Hiérarchie, — au sein du personnel hospitalier, 410-11, 423, 430; — dans les institutions

en général, 48-49, 50, 60, 85-86, 219; — dans les organisations, 257-58; — entre les malades, 99-100, 145, 172-174, 295, 297, 301 (V. aussi conflits, règlements).

HINCKLE Jr L.-E. et WOLFF H.-G., 68-69, 73, 116 (note).

HOFFMAN G., 40.

HOLLINGSHEAD A.-B. et REDLICH F.-C., 180 (note), 186 (note), 191 (note).

HOMANS G., 329 (note).

Honoraires (*les — comme rétribution spécifique des relations de service*), 381-82, 391 (V. aussi argent, travail).

HOOKEE E., 202 (note).

Hospitalisation, effets de l'— sur le cours de la maladie, 413 (V. aussi admission, aliénation, stigmates); l'— comme expédient personnel, 270-71 (V. aussi « exploitation »); rôle de l'— dans l'institutionnalisation de la maladie mentale, 180-82, 186-87, 199, 404; rôle des intermédiaires dans le processus de l'—, 189-195, 197-98 (V. aussi famille).

HUGUES E.-C., 135 (note), 145 (note), 378 (note).

HULME K., 65 (note), 67 (note), 68 (note), 74-76, 77, 84 (note), 87 (note), 94 (note), 169 (note), 172 (note), 266 (note), 311 (note), 314 (note).

Humiliation (*technique d'—*) (V. mortification).

I

Idéologies justificatrices, les — des institutions totalitaires en général, 60, 90, 109, 115, 121, 131-137, 171, 241, 357-58; les — des malades, 112-113 (V. aussi

adaptations secondaires, institutions totalitaires, *fonctions manifestes des —*, réinterprétations); les — psychiatriques 89, 102, 11, 113, 126-27, 138-41, 199, 210-214, 419, 438.

Informations (*circulation des —*) (V. échanges).

Institution (V. hospitalisation, institution totalitaire, organisation).

Institutionnalisation (*de la maladie mentale*) (V. hospitalisation).

Institution totalitaire, 41, 45-47, 161-63, 250; les conduites sexuelles dans les —, 66, 71, 99, 174, 221-22, 272, 279, 288, 312, 331-32, 348, 363; les échanges dans les —, 49-51, 214-18 (V. aussi échanges); l'espace dans les — (V. espace); fonction manifeste des —, 121, 131-32, 138-41, 146-47, 206, 357, 419-20, 426-27 (V. aussi idéologies justificatrices, réinterprétations); l'— comme modèle méthodologique, 47-48, 175; les loisirs dans les —, 48, 52, 148-150, 157-59 (V. aussi pratiques rituelles); la réglementation dans les —, 47-48, 59, 80-81, 85, 92-93, 12, 203 (V. aussi règlement); spécificité des — par rapport aux autres institutions, 45, 48, 79-80, 175; la stratification sociale dans les —, 171, 173-75, 218-19; la temporalité dans les —, 45-46, 52, 58, 112-113, 143 (V. aussi sortie); les types d'—, 46-47.

Intégration, l'— à l'institution totalitaire, 93, 100, 107, 160; l'— à l'organisation, 229, 235-36, 242, 245, 249, 255-56; l'— à la société globale, 55-56; l'— du personnel, 49.

Isolement, 57-58, 68.

J

- JACOB P., 247 (note).
 JACQUES E., 81 (note).
 JOHNSON D. MC I. et DODDS N., 58 (note), 65 (note), 69 (note), 70 (note), 85 (note), 86 (note), 87 (note), 89 (note), 152, 277 (note), 300 (note), 305, 313 (note).
 JONES K., 404 (note).
 JONES M., 67 (note), 410 (note).

K

- KERKHOFF J., 59 (note), 64 (note), 148 (note), 149 (note), 150 (note), 208 (note).
 KITSUSE J., 345 (note).
 KOGON E., 59 (note), 61 (note), 66 (note), 67 (note), 68 (note), 71 (note), 73, 83, 83 (note), 119 (note), 144 (note), 250 (note), 252 (note), 259 (note), 268 (note), 270 (note), 271 (note), 277 (note), 278 (note), 288 (note), 363 (note), 379 (note).

L

- LANDESCO J., 294 (note).
 LAWRENCE T. E., 52-53 (note), 66 (note), 72, 73, 74, 77-78, 83-84, 103-104, 116 (note), 144, 259 (note), 368 (note).
 Législation (V. minorité juridique).
 LEMERT E., 173 (note), 188 (note), 188-89 (note).
 LÉVI-STRAUSS C., 329 (note).
 LEWIN K., 113 (note).
 LIEBLING A.-J., 315 (note).
 LIFTON R.-J., 110 (note), 134 (note).
 LIPSET S.-M., TOW M.-A., COLEMAN J.-S., 260 (note).
 LITTLE R.-W., 403 (note).

- Loisirs (V. pratiques rituelles).
 LORENZ K., 283 (note).
 LOVE E.-G., 238 (note).

M

- MAC CLEERY R., 101, 135 (note), 339 (note), 367 (note).
 MALAMUD B., 139 (note).
 MAURER D., 238 (note).
 MAUSS M., 329 (note).
 MAYHEW H., 207 (note).
 MELVILLE H., 77, 93-94, 99 (note), 127, 149 (note), 150, 250, 265 (note), 279 (note), 286-287 (note), 289 (note), 303 (note), 306 (note), 310 (note), 363 (note).
 MERING O. et KING S.-H., 165 (note), 333 (note).
 MERTON R., 191 (note), 311 (note).
 MERTON T., 61 (note), 90, 303 (note).
 MESSINGER S., 210 (note). Cf. Sykes et Messinger, 353 (note), 375.
 Méthode, — du type idéal, 47; — ethnographique, 37-38, 42, 182, 356; — fonctionnaliste, 160-61, 176; — statistique, 38.
 MEYER J.-K. et SCHAFFER L., 189 (note).
 MIŁOSZ C., 373.
 Minorité juridique (*du malade mental*), 58, 123-24, 196-97, 304, 319-20, 398.
 Moi, action de l'institution totalitaire sur le —, 52, 54, 171, 203, 221, 305; conditions objectives impliquées dans la conscience du —, 54, 55, 59, 116, 203, 206, 218-219, 222-225, 231, 372-374; dégradation de l'image du —, 53, 56, 58-59, 61-66, 72, 75, 87-93, 106, 118, 126, 209, 220, 224-25 (V. aussi mortification); identité du —, 236, 377, 379; représentation du —, 62, 78, 179, 224-25, 232, 236, 237, 374.

- MONEY J., 428 (note).
 Mortification, les auto- —, 90; le dépouillement des biens comme technique de —, 62-63; les formalités d'admission comme techniques de —, 59-61; l'isolement comme technicité de —, 57-58; la promiscuité comme moyen de —, 48, 66, 74; le règlement comme moyen de —, 64-66, 77-78, 90, 169; les sanctions comme moyen de — (V. sanctions, *fonction des* —); les techniques psychologiques de —, 74-76; (V. aussi moi, *dégradation du* —, sanctions).
 MURPHY H. S., 197 (note).
 MURTAGH J.-M. et HARRIS S., 64 (note).

N

- NADEL S.-F., 95 (note).
 NAEGLE K., 357 (note).
 NAEVE L., 71 (note), 156 (note), 237 (note).
 Neutralité éthique, 418-19.
 NITSCHÉ P. et WILMANN S., 106 (note).
 NORMAN F., 79 (note), 83 (note), 99 (note), 103 (note), 110 (note), 114 (note), 143 (note), 148, 149 (note), 152 (note), 154 (note), 158 (note), 250 (note), 252 (note), 264 (note), 265 (note), 266 (note), 267 (note), 279 (note), 281 (note).

O

- Observation participante (V. méthode *ethnographique*).
 OHLIN L.-E., 49 (note), 51 (note).
 ORBACH C.-E., 69 (note).
 Organisation, implication de l'individu dans l'—, 229, 231;

- limites de l'emprise de l'—, 233-36; l'— comme milieu socialisant, 232, 235-38, 241-42; «— réglementée à des fins utilitaires», 231-33; prise de distance à l'égard de l'—, 242-43, 245-46; (V. aussi institutions totalitaires).
 ORWELL G., 69-70, 87 (note), 156 (note), 156, 175 (note).
 OTTENHEIMER A., 243 (note), 300 (note).
 OVERHOLSER W., 40.

P

- PAGE C., 347 (note).
 PARCHAPPE, 203 (note).
 PARSONS T., 381 (note), 407 (note).
 PARSONS T. et SMELSER N., 233 (note), 381 (note).
 «Patronage» (*la relation de — comme type de rapport personnel-malades*) (V. échanges relation de services).
 PECK J., 115 (note), 215 (note), 250 (note), 313 (note).
 PERRY S.-E., 181 (note).
 Personnalité (V. moi).
 PHELAN J., 311 (note).
 PHILLIPPS B., 315 (note).
 PIKE L.-O., 250 (note).
 POWELSON H. et BENDIX R. B., 140 (note).
 Pratiques rituelles, les cérémonies comme —, 148, 152, 157-159; les confessions comme —, 75; fonctionnalité des —, 157-58, 160-61; les manifestations collectives comme —, 369; les — à l'admission, 59-61; les signes de déférence comme —, 65, 167-68, 369 (V. aussi réinterprétations); les thérapeutiques psychiatriques comme —, 89, 111, 140, 147-48, 153, 160 (V. aussi idéologies

- justificatrices); les visites comme —, 151-54.
- Privilèges (*système des* —), 92-98, 219; attitude des reclus vis-à-vis du —, 97-98 (V. adaptations secondaires); fonctionnalité du système des —, 96-97.
- Promiscuité (V. mortification).
- Propriété, sens de la — chez les reclus, 52, 304-308; sentiment de la — et conscience de soi, 61-64, 126, 303, 395; (V. aussi moi, *conditions objectives impliquées dans la conscience du* —).
- Psychiatres (*les défenses des* —), 422-25, 428-29, 432-34, 437-38; (V. aussi conflits, idéologies justificatrices, réinterprétations).

Q

- Quartier (*système des* —), 203-205, 218-220, 222-223, 262, 290, 340, 415, 433; (V. aussi espace, *distribution de l'*— à *l'hôpital*).

R

- RADFORD R.-A., 324 (note), 325 (note), 326 (note), 335 (note).
- RAPOPORT R. et SKELLERN E., 80 (note).
- Rapports, — entre malades (V. conflits, échanges, hiérarchie, pratiques rituelles, solidarité); — entre membres du personnel (V. hiérarchie, règlements); — entre reclus et personnel (V. conflits, échanges, hiérarchie, pratiques rituelles, règlement, solidarité).
- RAVENS, 136.
- Rebellion, 160, 201, 222 (V. aussi conflits).
- Rééducation, 121, 131, 135, 138, 219.
- Règlement, 47-48, 52, 59, 81-82, 85-86, 258, 412, 414-415; le — comme facteur de dépersonnalisation, 68, 82, 90, 92-93.
- Régression, 106, 112, 432 (V. aussi aliénation).
- REID P. R., 105 (note), 233 (note), 309 (note).
- Réintégration (*du reclus*) (V. sortie).
- Réinterprétations, — des conduites des malades dans le vocabulaire psychiatrique, 76, 80, 88, 137, 138, 148, 205-206, 210-214, 218, 219, 261, 271, 313, 355, 360-61, 411, 415, 418, 420-21, 427-28, 432-34, 437; — des pratiques psychiatriques par les malades, 111, 147, 225, 266, 271, 274, 278, 280, 291, 344, 365, 436 (V. aussi idéologies justificatrices, quartiers, *système des* —).
- Relations professionnelles (*typologie des* —), 377-80; spécificité de la relation de service en tant que —, 380-84 (V. aussi organisation, relation de service, travail).
- Relation de service, 378-80; l'acte thérapeutique comme —, 394-97, 401-402; les ambiguïtés de la —, 390-93; les conditions de possibilité de la —, 388-89; difficultés de l'acte thérapeutique par rapport à la —, 397-401; difficultés de la pratique psychiatrique en hôpital comme —, 406-407, 436-37; le mode de rétribution de la —, 381-82; la pratique psychiatrique en hôpital comme —, 404-406; le rapport au client dans la —, 383, 386-87, 390, le rapport à l'objet dans la —, 384, 388-89.
- Réparation (*cycle des* —), 384-86, 413. (V. aussi relation de service).

- Représentations populaires (V. admission, «*culture*» *du malade à l'*—, *ethos de classe*).
- RICHARDSON S.-A., 104 (note), 106 (note), 176 (note).
- RIEZLER, 193 (note).
- RIESMAN D., 253 (note).
- ROE A. et SIMPSON G.-C., 295 (note).
- Rôles, les, abandon de, — des reclus, 100, 144-45, 147-150, conflit de —, 141, 146, 163; dépossession des — des reclus, 53, 57-58, 64-65; différenciation des —, 146, 165-66, 168-70; interférence des —, 129-30, 141, 162-63, 206, 216-17; inversion de —, 148; prise de distance à l'égard des — prescrits, 242-44.
- ROSENFELD I., 236 (note).
- ROLPH C.-H., 207 (note).
- ROTH J.-A., 51 (note), 125 (note), 198 (note).
- ROUCHE B., 405 (note).
- ROWLAND H., 46 (note).
- ROY D., 241 (note), 260 (note), 261.
- RUSSEL E.-S., 299 (note).

S

- SAINT-BENOIT (Règle de), 62-63, 65-66 (note), 140, 171, 172 (note), 174 (note), 251.
- Salaire (V. argent, honoraires, travail).
- SALOMON K., 285.
- SALZ B.-R., 251 (note).
- Sanctions, — corporelles, 52, 60, 64-65, 77-78, 251; fonction des —, 82, 85, 90, 94-95, 96, 98, 133, 156, 167, 216, 235, 418-19, 435 (V. aussi mortification).
- SCHIEIN E.-H., 94 (note), 106 (note), 108 (note), 110 (note), 111 (note).
- SCHNEIDER D.-M., 409 (note).
- SCHWARTZ C.-G., 197 (note), 220 (note), 409 (note).
- SCHWARTZ M.-S., 67 (note).
- SELZNICK P., 234 (note).
- SCHOENFELD H., 310 (note).
- SERVICE E.-R. et H.-S., 239 (note), 348 (note).
- Sexualité (V. institutions totalitaires, *la sexualité dans les* —).
- SILLITOE A., 160 (note).
- SKOLLE J., 303 (note).
- SMITH B., 101 (note), 109 (note).
- SMITH W.-R., 201 (note), 355 (note).
- Solidarité, — entre personnel et reclus, 295-96, 297, 345-46 (V. aussi échanges); — entre reclus, 100, 103-105, 328-29, 331-39, 355, 377.
- SOMMER R., 56 (note), 283 (note), 428 (note).
- Sortie, 46, 94, 147, 233-34, 415; l'ambivalence devant la —, 98, 108, 115-119, 409, 431 (V. aussi stigmates).
- SPIRO M.-E., 53 (note).
- STANTON A.-H., 425 (note).
- STANTON A. et SCHWARTZ M.-S., 88 (note), 143 (note), 375, 410 (note), 421 (note).
- Stigmates (*de la maladie mentale*), 273, 359, 408, 416, 431 (V. aussi sortie).
- Stratification sociale (V. carrière morale, conflits, éthos de classe, hiérarchie).
- Stéréotypes, — du personnel, 49; — des reclus, 49, 51.
- STRODIBECK F.-L. et SUSSMAN M.-B., 390 (note).
- SULLIVAN H.-S., 185 (note), 382 (note).
- SYKES G.-M., 57 (note), 66 (note), 87 (note), 96 (note), 165 (note), 174 (note), 315 (note), 318 (note), 343 (note), 345 (note), 348 (note), 353 (note).

ASILES

Symptômes (V. adaptations secondaires, réinterprétations).
 SZASZ J.-S., en collabor. avec KNOFF W.-F. et HOLLENDER M.-H., 394 (note), 399 (note), 417 (note), 418 (note), 429 (note).
 institutions totalitaires, 51-53, 97, 138-40, 144, 433; types d'attitudes devant le —, 239; les types spécifiques de — à l'hôpital, 319-24, 433 (V. aussi relations professionnelles).
 TURNER R., 351 (note).

T

TAPPAN P.-W., 60 (note).
 TAXEL H., 214 (note), 345 (note).
 Temporalité (V. institutions totalitaires, *la temporalité dans les —*).
 Thérapie (milieu-thérapie, psychothérapie, thérapies de groupe, etc.) V. idéologies justificatrices, pratiques rituelles, réinterprétations.
 Tolérance, 80; — thérapeutique, 102.
 Traitements (V. réinterprétations).
 Travail, le poste de — comme moyen d'obtenir des bénéfices secondaires, 274-78, 280, 291-92, 343-45; le — dans les

W

WALLIN P., 257.
 WARD M.-J., 50, 64 (note), 84 (note), 370 (note).
 WARRINER C.-K., 253 (note).
 WEINBERG S.-K., 49 (note).
 WEINSTEIN E. et KAHN R., 428 (note).
 WEST J., 289 (note).
 WHYTE W.-F., 241 (note).
 WIESE L., 135 (note).
 WILLIAMS E., 309 (note).
 WILLIAMS N., 310 (note).
 WILSON A., 148 (note).
 WITAKER C.-A. et MALONE T.-P., 425 (note).
 WITMER H.-L. et KOTINSKI R., 110 (note), 255 (note).

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION	7
PRÉFACE	37
INTRODUCTION	41
1. <i>Les caractéristiques des institutions totalitaires</i>	43
Introduction	45
L'univers du reclus	55
L'univers du personnel	121
Rites et cérémonies rituelles	143
Réserves et nuances	165
2. <i>La carrière morale du malade mental</i>	177
La phase pré-hospitalière	185
La phase hospitalière	201
3. <i>La vie clandestine d'une institution totalitaire</i>	227
Première partie: introduction	229
A. Ce que l'on fait et ce que l'on est	229
B. Adaptations primaires et adaptations secondaires	245
Seconde partie: la vie clandestine de l'hôpital	263
A. Les matériaux	263
B. Terrains de manœuvres	283
C. Conditions de fonctionnement	303
D. La structure sociale	317
Troisième partie: conclusions	357
4. <i>Les hôpitaux psychiatriques et le schéma médical-type</i>	375
Index	439

CET OUVRAGE A ÉTÉ ACHEVÉ D'IMPRIMER LE
 DOUZE JANVIER DEUX MILLE VINGT ET UN DANS LES
 ATELIERS DE NORMANDIE ROTO IMPRESSION S.A.S.
 À LONRAI (61250) (FRANCE)
 N° D'ÉDITEUR: 6707
 N° D'IMPRIMEUR: 2005559