

## LA PSYCHOPATHOLOGIE RENVERSÉE EN PARTANT DU SOUTIEN À DOMICILE DES SCHIZOPHRÈNES GRAVES DANS LE CADRE DE L'ACT

---

YASUHIKO MURAKAMI

### Abstract

ACT (Assertive Community Treatment) is a treatment method for severe psychiatric patients, especially for schizophrenic people who cannot live in the community without this support. It offers not only the regular visit, but also the on call service 24 hours per 24 hours.

This paper analyzes with a phenomenological method interviews with a nurse who works with a team of ACT in Japan. Through the analysis, we describe how a support and eventually a cure of schizophrenic patients can be achieved with this method. From the philosophical standpoint, we try to describe how our liberty and subjectivation can be achieved in a community and how this liberty (of the patient and of the nurse) is based on the desire. Schizophrenic patient can realize their desire outside the normativity imposed by our capitalist society and this subjectivation through the accomplished desire is supported by the practice of the nurse. Escaping from the disciplinary power, they show a new type of the liberty.

### Préface de l'ACT<sup>1</sup>

En Europe et aux États-Unis, le mouvement de la désinstitutionnalisation dans le domaine de la psychiatrie a commencé dans les années 1960 et 1970 à l'issue de la critique de l'« institution totale » (Goffman). Le Japon a intempestivement poursuivi l'institutionnalisation après la guerre afin de mobiliser au maximum les

---

<sup>1</sup> Une version japonaise de ce travail a été publiée dans Murakami Y., *Flirter avec un ermite dans son délire – Phénoménologie de l'infirmière et philosophie de l'action*, Kyoto, Jimbun Shoïn, 2016, ch. 5. Il faut cependant mentionner que le présent article a été remanié et modifié.

gens pour effectuer les travaux des villes. À cause d'une trop forte concentration de patients, l'hôpital psychiatrique a longtemps souffert de problèmes de violence et d'aliénations sociales et n'a commencé que très tardivement à essayer d'améliorer les conditions de vie des patients<sup>2</sup>. L'interdiction d'utiliser la violence est ordonnée seulement en 1987 suite au meurtre d'un patient par les infirmières et le mouvement de la désinstitutionnalisation commença seulement au XXI<sup>e</sup> siècle.

Dans le domaine de la psychiatrie, l'ACT (Assertive Community Treatment) est considéré comme l'une des approches les plus radicales de la désinstitutionnalisation. Elle est mise en acte par des équipes constituées de soignants multi-professionnels et est destinée au traitement à domicile, surtout de schizophrènes graves – qui ne peuvent pas survivre seul dans la société<sup>3</sup>. Les patients sont pris en charge à domicile 24 heures sur 24. Ces patients ne peuvent pas se nourrir, s'assurer de leur sécurité, s'occuper du ménage. Il y a chez eux un risque de suicide élevé et ils ont des tendances compulsives et violentes (Mishina 2013). L'ACT a été inauguré aux États-Unis dans les années 1970 et introduit au Japon en 2003. Le premier ACT privé – qui devient le modèle au Japon – a été fondé à Kyoto en 2004 (Takagi 2008). Aujourd'hui, il existe vingt équipes au Japon<sup>4</sup>.

Le texte suivant est l'analyse de deux entretiens avec une infirmière qui a travaillé dans l'un de ces ACTs. Au lieu de proposer la psychopathologie phénoménologique de la schizophrénie, en impasse depuis plus d'une trentaine d'années, nous allons décrire la manière dont s'organise le traitement à domicile des schizophrènes. Toutefois, notre approche phénoménologique de la recherche qualitative peut potentiellement réanimer la phénoménologie en général<sup>5</sup>. Nous aboutirons finalement à une image renouvelée de la schizophrénie qui se distingue nettement de celle donnée par la psychopathologie traditionnelle.

Mlle. X est une infirmière qui a commencé à travailler dans un ACT déjà en 2005. À côté du domaine de la psychiatrie, elle a travaillé – entre autres – dans l'ICU.

---

<sup>2</sup> En 2008, la durée moyenne par personne des séjours d'hospitalisation au Japon étaient de 313 jours (le chiffre le plus élevé dans les pays OECD). Plus de 200 000 patients restent hospitalisés pendant plus d'un an. 73 000 patients restent plus de dix ans à l'hôpital ([http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0531-14c\\_2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0531-14c_2.pdf)).

<sup>3</sup> [http://www2.nami.org/Template.cfm?Section=act-ta\\_center&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=52382](http://www2.nami.org/Template.cfm?Section=act-ta_center&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=52382) (lien consulté le 1<sup>er</sup> mars 2015).

<sup>4</sup> <http://assertivecommunitytreatment.jp/> (Réseau des ACT au Japon : vérifié le 26 janvier 2015).

<sup>5</sup> Cette nouvelle méthode de la phénoménologie qualitative a été introduite par Yumi Nishimura (infirmière et phénoménologue) dans sa thèse de doctorat qui analyse le soin infirmier des patients en état végétatif (Nishimura Y., *Le corps qui parle* [Katarikakeru Shintai], Tokyo, Yumiru, 2002).

Table:

1. Avant l'ACT.
2. Le contraste entre le « patient » à l'hôpital et le « client » à domicile
3. Le sublime de la rencontre avec le malade à domicile
4. Faire le « holding » collectivement à domicile
5. Agir et se métamorphoser dans la société
6. La psychopathologie renversée

Du point de vue philosophique, nous essayons d'élaborer une théorie de l'action – celle de l'action collective face à des situations foncièrement indéterminées et imprévisibles. Une théorie de l'action ne peut pas se former de manière abstraite et générale. C'est seulement en partant de cas concrets et singuliers qu'on peut aborder l'action humaine. L'argument présenté ci-dessous suivra chaque étape de l'évolution du malade. En partant de sa solitude, Mlle. X essaie de nouer un rapport et de former une zone de sécurité. La pratique s'achève lorsque la malade commence à agir dans la société tout en réalisant un style propre à elle.

### **Un cas observé par Murakami**

Avant de commencer notre argument, je voudrais décrire un cas d'une schizophrène grave traitée par l'équipe de soin infirmier à domicile de l'hôpital où j'ai effectué ce « fieldwork »<sup>6</sup>. Cette équipe ne fait pas partie de l'ACT, mais la patiente en question souffre d'un trouble très grave qui doit être traité dans le cadre de l'ACT. Lors de mon entretien avec Mlle. X, j'ai souvent pensé à ce cas.

La patiente est une dame d'une quarantaine d'années et habite dans une maison assez neuve dans un quartier modeste. Elle n'a jamais consulté un psychiatre mais l'équipe d'infirmières à domicile la visite sous l'ordre de la municipalité (le voisin a appelé la police à cause des bruits violents émis par la patiente).

Ma visite s'est déroulée en plein été. Dans la voiture, les deux infirmières ont bavardé et rigolé très joyeusement. Cependant, en sortant de la voiture, l'atmosphère change subitement. La tension augmente et elles deviennent très calmes. Ce moment était très impressionnant. La mère âgée de la patiente nous a accueillis devant la porte et nous sommes entrés avec la clef de la mère.

La patiente s'enferme dans la cuisine en fabriquant des murs avec des cartons jusqu'aux épaules. La mère lui apporte deux fois par semaine de la nourriture et

<sup>6</sup> Précisons que, pour rester au plus près de notre recherche de terrain, nous avons décidé de garder le caractère oral des fragments des entretiens cités dans cet article.

des couches-culottes. La maison sent l'urine. Lorsqu'elle a des hallucinations auditives, la patiente hurle, tout en écoutant de la musique à un volume élevé, raison pour laquelle les voisins ont appelé la police il y a quelques mois.

La climatisation est en panne et il fait extrêmement chaud (35 degrés à l'extérieur). Les fenêtres étaient fermées lors de la dernière visite mais cette fois elles sont ouvertes. Les infirmières disent : « Elle a peut-être ouvert par elle-même ».

Pour s'approcher de la patiente, il faut grimper sur un vélo qui se trouve on ne sait pourquoi entre les murs de cartons au milieu de la cuisine. Lors de la visite des autres maisons, je m'asseyais à côté des infirmières. Mais cette fois, j'hésite et je reste en dehors de la cuisine, debout dans le couloir. Les deux infirmières entrent dans la cuisine et adressent des paroles à la patiente, mais celle-ci les insulte. Je ne peux pas comprendre ce qu'elle dit mais elle a une voix aigüe et parle très vite.

Les infirmières demandent doucement : « Comment allez-vous ? Il ne fait pas trop chaud ? Vous prenez bien de l'eau ? ». La patiente me jette de temps en temps un regard. Elle hurle et lance de manière incessante et inarticulée des injures. Une fois, j'ai entendu la phrase : « tu amènes le mec, toi prostituée ! ». Lorsque la mère a fait couler de l'eau, la patiente m'a hurlé : « N'utilise pas la salle de bain sans permission ! » Selon elle, l'« homme transparent » y habite. Les infirmières lui adressent des mots comme : « Tout le monde se soucie de vous. », etc. Le contraste entre les hurlements de la patiente et les paroles douces des infirmières est frappant. À ma surprise, l'une des infirmières lui mesure la pression artérielle. Je ne pouvais imaginer que la patiente accepterait le contact physique.

## 1. Avant l'ACT

### La peur

L'itinéraire de Mlle. X avant l'ACT anticipe déjà son style de pratique dans l'ACT. Je voudrais proposer tout d'abord une anecdote qu'elle m'a racontée. L'anecdote provient du temps où elle était étudiante.

Mlle. X : Je me suis évadée de la pratique dans le quartier psychiatrique.

Murakami : C'est vrai ?

Mlle. X : Et, je me suis cachée dans la salle de l'infirmière. Alors, la prof est venue me voir et m'a dit : « Qu'est-ce que vous faites ici ? » Le patient dont je me suis occupée était un Monsieur qui était schizophrène. Il a des symptômes violents : il avait perdu une jambe en sautant dans le train.

Et, puisqu'il était brutal et, qu'en tant qu'étudiante, j'ai dû rédiger un rapport, n'est-ce pas ? J'ai dit à ma professeur : « Mais je craignais qu'il me blesse lorsque je l'interroge. J'ai peur de ça et je ne peux plus aller le voir » (1<sup>er</sup> entretien, p. 2).

La « peur » me semble la motivation qui fait changer la pratique de Mlle. X. La « peur » eu égard au patient représente son premier contact avec la psychiatrie et c'est justement à cause de l'inachèvement de cette tentative due à sa peur qu'elle a plus tard choisi la psychiatrie comme son premier domaine.

La peur comporte une double implication. D'un côté, Mlle. X avait peur du patient, car elle ne pouvait pas le comprendre ni élaborer un rapport avec lui. L'impossibilité du rapport est le point de départ de notre argument. D'un autre côté, elle avait peur de l'effet traumatisant de son intervention. En tant que spectateur qui ne s'engage pas dans la situation, elle croit qu'elle peut blesser le patient tout en profitant de sa maladie (elle utilise dans cette citation le terme « Jibun » qui correspond à l'« ego » au lieu du pronom de la première personne « watashi » (« je ») : elle est attentive ainsi à l'égoïsme de sa conduite). Ce qui est significatif dans son récit, c'est que plus elle s'approche du patient, moins elle devient invasive. Accéder à celui qui refuse le rapport, c'est quelque chose de courant dans la pratique de l'ACT.

La « peur » a momentanément écarté Mlle. X du patient, mais, interpellée par cette expérience, elle a choisi par la suite la psychiatrie comme son métier.

## De la peur à la fascination

Pourtant, la pratique motivée au départ par la « peur » contraste avec le soin à domicile qui n'est plus fondé sur la peur. Comment s'opère ce passage ? Pour le comprendre, je voudrais citer un fragment qui raconte l'étape suivant la « peur », à savoir la « fascination ».

Mlle. X : [Lorsque j'étais étudiante] [J]'ai senti que la psychiatrie était [la domaine] le plus difficile.

Murakami : Ah, d'accord.

Mlle. X : Oui. Je me suis dit : « Ce n'est pas bon de pratiquer en tant qu'infirmière de manière distraite ». Et comment dirais-je, j'étais fascinée par le monde de l'infirmière. Je rencontre une personne, je vis une scène que je n'aurais jamais vécue si je n'avais pas acquis un tel certificat<sup>7</sup>. En plus, je crois que l'expérience de la maladie est l'endroit [tokoro] où l'on ne veut jamais être vu. (1<sup>er</sup>, p. 9)

---

<sup>7</sup> Au Japon, il faut passer un examen pour obtenir le certificat national d'infirmière après avoir été diplômé dans une école d'infirmière.

## La difficulté et la créativité

Au fil de l'expérience professionnelle, l'apparence terrifiante du malade se transforme aux yeux de l'infirmière en un monde fascinant. Dans cette citation la « difficulté » de la psychiatrie est reliée à la « fascination ». La vie du client est une scène « que je n'aurais jamais vécue » sans être infirmière.

Pour moi, il s'agit d'une vie qui dépasse l'imagination et l'accessibilité. Je partage son avis. Lorsque j'ai visité les maisons de patients schizophrènes, c'était quelque chose que je n'avais jamais vu et quelque chose au-delà de mon imagination. Souvent, ils habitent dans une maison désordonnée pleine de déchets, de mégots, avec des chats et des odeurs inexplicables, des poussières à cause desquelles nous – les infirmières et moi – nous entrons dans la maison en portant plusieurs paires de chaussettes superposées.

Nous allons voir ultérieurement que cette « difficulté » de la pratique concerne l'arrière-plan compliqué du passé du client. En même temps cette « difficulté » se rapporte inévitablement à l'imprévisibilité – à savoir, au futur – de la vie du patient. La pratique qui se base sur la vie singulière et compliquée exige logiquement une activité chaque fois nouvelle, heuristique et créative qui s'oppose à la pratique codifiée qui peut se faire « distraitemment ».

Lorsqu'elle était étudiante, l'infirmière avait peur du patient, qui était un être complètement étranger à sa vie. Mais aujourd'hui, en tant qu'infirmière d'ACT, « je rencontre une personne, je vis une scène que je n'aurais pas vécue si je n'avais pas acquis un tel certificat ». Le sens du même phénomène lui apparaît dans les deux cas comme étant tout à fait opposé.

La figure du client est quelque chose qu'on « n'aurai[t] pas rencontré » et le client lui-même considère sa vie comme « un lieu où l'on ne voudrait jamais être vu ». Ces deux qualifications montrent la difficulté extrême et la solitude de cette vie. Mais Mlle. X conçoit sa pratique comme formation de la communication avec le malade solitaire.

Mlle. X : C'est sans doute la peur. La peur eu égard à quelque chose d'invisible et d'incompréhensible. Tous les deux, nos clients [= les schizophrènes] et la société ont réciproquement peur.

Murakami : Ah, je comprends.

Mlle. X : Ce n'est que l'« action » [= terme anglais utilisé par Mlle. X] qui peut chasser la peur. (1<sup>er</sup>, p. 24)

À la fin de notre premier entretien, Mlle. X revient encore une fois sur la « peur ». Mais cette fois, il ne s'agit plus de la peur de Mlle. X pour les patients, mais de la peur réciproque entre les malades et la société. La peur crée une « barrière » entre eux (1<sup>er</sup>, p. 24). Les malades se renferment dans leur chambre et dans leurs délires pour éviter la difficulté de la vie sociale et de la discrimination. En même temps, la société aliène les malades. Pourtant, pour qu'un malade puisse vivre dans la société, il faut chasser cette peur réciproque. Et l'« action » de Mlle. X se construit autour de cette difficulté.

## **2. Le contraste entre le « patient » dans l'hôpital et le « client » de l'ACT**

La figure des malades chez eux

Lorsque Mlle. X a commencé son Master II à l'université, son ancien collègue, Dr. A, fondateur de l'ACT au Japon, l'a invitée à participer au programme ACT, pour lequel celui-ci avait besoin d'intervenants.

Mlle. X : [Dans l'ACT] Il y avait pas mal de clients que je connaissais déjà parce que ce sont des anciens patients du Dr. A. Mais leur figure a tellement changé après la sortie de l'hôpital et je me suis dit : « Qu'est ce que c'est ?! C'est un monde que je ne connaissais pas. » [Eclat de rire]. J'ai été tellement bouleversée et je me suis dit : « C'est extraordinaire ! Dr. A m'a dit qu'il a commencé quelque chose d'extraordinaire, mais c'est vraiment extraordinaire ! » . (1<sup>er</sup>, p. 7)

Le visage du malade a « tellement changé ». Il s'agit ici du contraste entre l'hospitalisation à long terme et la vie chez soi, entre le patient hospitalisé « qui vit comme un mort » (1<sup>er</sup>, p. 22) et le malade qui vit chez lui de manière vive même lorsque son symptôme est sévère (par ailleurs, c'est ce dernier cas de figure que j'ai moi-même vécu lors de la visite de patients à domicile). Le contraste se manifeste surtout par l'éclat de rire. Le « monde que je ne connaissais pas » pouvait paraître effrayant lorsqu'elle était étudiante, mais maintenant il l'attire. La vie chez soi (qui est souvent chaotique et sale) fait contraste avec la vie ordonnée et propre dans l'hôpital mais ce désordre est accueilli avec un étonnement positif, puisque l'ordre de l'hôpital représente le pouvoir et la restriction.

La difficulté et la joie du soin à domicile des schizophrènes sont les phénomènes qui succèdent à cet étonnement. À l'hôpital, le malade est contrôlé comme un « patient » subordonné à la hiérarchie de l'institution médicale. Par contre, à domicile, il devient sujet de sa vie, en tant que « client » qui utilise les services sociaux.

## « Le lieu solitaire » – Point de départ de la pratique

Le point de départ de la pratique de Mlle. X est la figure solitaire du patient longtemps hospitalisé.

Mlle. X : Comment dirais-je [« *Nanka* »], je crois que les malades qui exigent le plus notre soin sont ceux qui ne viennent pas nous demander quelque chose. Quelqu'un qui a l'énergie de nous demander quelque chose vient souvent à la salle des infirmières et nous demande un rapport humain. Celui qui a une telle énergie a sans doute une énergie suffisante pour se guérir.

Il y a des gens qui ne viennent pas à la salle des infirmières, qui ne communiquent pas non plus avec les camarades, il y a des gens qui riraient dans leur propre monde [déliquant]. Et ils mangent et prennent leurs médicaments tous les jours dans leur routine. Ce sont sans doute [*tabun*] eux qui restent dans un lieu solitaire, sans doute [Mlle. X a répété deux fois « sans doute »]. Ils n'ont pas besoin d'autres personnes. Comment dirais-je, ils vivent comme des morts. « *Yappari* », nous, en tant que professionnels, nous devons nouer des rapports avec ces gens-là. Comment dirais-je, c'est un plaisir pour moi d'avoir des contacts avec ces gens. (1<sup>er</sup>, p. 18)

Dans cette citation, Mlle. X n'appelle pas le malade hospitalisé « patient » mais « gens [*hito* : être humain] ». Elle est sensible au pouvoir de l'institution lorsqu'elle utilise le terme « patient » qui implique la hiérarchie de l'hôpital.

Mlle. X raconte cette scène non pas en usant du passé composé mais au présent de l'indicatif. Toutefois, elle a quitté cet hôpital il y a plus de dix ans. Cette contradiction grammaticale signifie qu'elle compare de manière synchronique le patient hospitalisé et le malade qu'elle soigne actuellement chez lui non pas comme relevant d'une différence temporelle mais structurelle.

Elle définit ainsi le malade comme celui qui « est dans un lieu solitaire » et qui « vit comme un mort ». Au contraire, « dans la communauté, il y a de la vie ». La différence entre la maladie et la santé ou entre l'hospitalisation et le chez soi concerne l'existence ou l'inexistence de la « vie ».

En effectuant l'observation dans le quartier ouvert pour les patients chroniques, j'ai été impressionné par son ambiance calme et paisible. Pour un étranger comme moi, ce lieu détendu et la lenteur du rythme de vie sont agréables. Et pour un patient qui est fatigué par des incidents de toutes sortes et ses symptômes, ce quartier offre un lieu de repos. Mais pour Mlle. X, cela ne doit être que le repos et le repos n'est pas lui-même la vie sociale.

Le « vivre comme un mort » signifie la perte de la vie laborieuse mais joyeuse, c'est une vie morte dans la routine monotone et sans stimulation. Le monde so-

litaire est le point de départ de la pratique de Mlle. X. Puisqu'il y a aussi des gens qui ne sont pas solitaires dans le même quartier, ce lieu ne signifie pas un espace objectif. Il est quelque chose de qualitatif. C'est un « *no man's land* » qualitatif auquel personne ne peut accéder. Il s'agit de la différence qualitative entre le lieu de la communication et le lieu où personne ne peut accéder.

## La grammaire de Mlle. X

Cet entretien a été effectué en japonais. Il y a des locutions et des mots très souvent utilisés par Mlle. X. Ils ont en soi très peu de signification mais jouent un rôle important dans l'articulation de sa pensée et de sa pratique. La découverte de la fonction de telles tournures est très importante pour la compréhension de la pratique. À l'arrière plan de ce qu'elle dit, la manière dont elle parle articule la composition des éléments racontés. Pourtant, puisque ce sont des expressions mineures, il est extrêmement difficile de traduire leurs nuances. La traduction reste inéluctablement approximative.

« Comment dirais-je... [*nanka*] » est le terme le plus difficile à comprendre (puisque Mme. X répète ce terme très souvent, je ne l'ai pas toujours traduit), mais il marque le point de départ de l'articulation de son action. Dans la citation ci-dessus, « comment dirais-je » apparaît quatre fois. Il n'y a pas de point commun entre les occurrences au niveau contextuel. Mais lorsqu'elle dit : « comment dirais-je... », c'est qu'une situation ambiguë s'impose à sa pensée et qu'elle s'interroge sur cette situation. Dans cette citation, la situation solitaire des malades la conduit à la question suivante : « Quelle serait la pratique appropriée dans cette situation ? ». La situation complexe, rendue par « *nanka* » jette le doute sur l'action à construire.

Avec « sans doute [*tabun*] », Mlle. X analyse la situation créée par « comment dirais-je... ». Par exemple dans la citation ci-dessus, elle dit : « Ce sont sans doute [*tabun*] eux qui restent dans un lieu solitaire, sans doute. Ils n'ont pas besoin des autres personnes ». « Sans doute » ajoute une nuance du jugement subjectif et une ambiguïté à la phrase. Elle analyse la situation ambiguë en partant de son propre point de vue personnel. La singularité et l'ambiguïté de la situation sollicitent une action singulière et créative qui y répond (la situation évidente engendre une action habituelle et monotone comme lorsqu'elle a travaillé dans le quartier des soins intensifs : elle n'a pas utilisé « *nanka* » et « *tabun* » dans la description de ce quartier).

« *Yappari* » donne la réponse à la situation qui s'impose à partir de « comment dirais-je... ». L'interrogation sur la situation et l'analyse qu'elle en donne la conduit à la conclusion suivante : « "*Yappari*", nous, en tant que professionnels,

devons nouer des rapports avec ces gens-là » qui est la « formation de l'action ». C'est la réponse à l'interrogation de « *nanka* ».

## Une pratique nécessaire mais créative

Dans la citation suivante, elle explique en quoi consiste la difficulté du soin psychiatrique à domicile.

Mlle. X : La psychiatrie est imprévisible... invisible et insondable. Il faut penser à beaucoup de choses.

Murakami : Par exemple ?

Mlle. X : Oui, comment dirais-je... vraiment. Si on la résume en un mot, c'est la vie. Par exemple, l'histoire qu'il a vécue. Cette personne, maintenant et désormais, comment veut-elle vivre ? Nous devons continuer à l'observer. Ceux qui l'entourent, qui ont un rapport avec elle, qu'est-ce qui se passe avec eux ? Il faut y penser également. Lorsque cette personne vit ainsi, nous pensons à ce dont elle a besoin et nous faisons un pont entre elle et son besoin ou nous le suppléons. Et si elle peut l'atteindre toute seule ? Il faut penser à beaucoup de choses.

Sans doute, il faut l'aider non seulement pour qu'elle soit soulagée mais il faut aussi qu'elle surmonte la difficulté. Il faut vraiment endurer... Sans doute, une telle chose n'existe pas dans les autres domaines [de l'infirmière]. Oui, c'est difficile. C'est difficile mais c'est quelque chose de grand. (1<sup>er</sup>, pp. 10-11)

Dans cette citation, Mlle. X présente le cadre général de sa pratique.

## L'horizon de la vie

Elle dit plusieurs fois « comment dirais-je... ». Exprimée par ces « comment dirais-je... », la vie des malades interpelle Mlle. X. Elle constate que leur vie concerne le passé (« l'histoire vécue »), le présent (« maintenant ») et le futur (« désormais »). Et cette vie se rapporte à la communauté dans laquelle elle vit et les événements qui s'y produisent. À cause de cet horizon complexe, « ce qu'on peut observer est très différent [dans le soin à domicile] » (1<sup>er</sup>, p. 18). Cet horizon est d'ailleurs « imprévisible », « invisible » et « insondable ». La pratique s'appuie sur cet horizon complexe et insondable.

Interpellée par une telle situation, Mlle. X imagine « ce dont [le malade] a besoin » et essaie de « trouver un pont ».

Elle répète plusieurs fois « il faut... ». La réponse à l'interrogation de la situation se donne comme une action nécessairement exigée. Mais cette nécessité

s'oppose à l'acte pré-déterminé comme une habitude. Elle entame une action nouvelle comme un « Il faut ». La production d'une « pratique nécessaire mais créative » est constitutive de la pratique. La grammaire de Mlle. X (« comment dirais-je... », « sans doute », et « yappari ») concerne la structure de cette « pratique nécessaire mais créative ». Je voudrais le baptiser comme un concept philosophique.

## L'incarnation de la critique de l'institution médicale

Du moins au Japon, la pratique de l'ACT est souvent reliée à la critique de l'histoire de la psychiatrie qui s'appuie sur la restriction et sur l'hospitalisation à long terme. Et Mlle. X est elle-même très critique à l'égard à l'institution.

Mlle. X : Mais, comment dirais-je... Comment dirais-je... Nous disons souvent que... Mes collègues effectuent leurs visites non pas en tant qu'infirmières mais comme personnes. Sans doute, nous devons nous efforcer d'abandonner [les gestes de] l'infirmière, parce que nous sommes tellement imprégnées de la profession d'infirmière, sans doute. Les infirmières... [...]

Si on réussissait à guérir les patients en ayant des rapports avec eux en tant qu'infirmière, la psychiatrie actuelle devrait marcher. Mais, elle ne marche pas en réalité et tombe dans l'état qui la caractérise actuellement. C'est pourquoi il faut faire autre chose. C'est pourquoi nous ne visitons pas en tant qu'infirmière et nous décidons de ne pas faire de la psychiatrie.

Murakami : Par exemple ? Des gestes imprégnés [par la pratique d'infirmière].

Mlle. X : En fin de compte, sans doute, inconsciemment, [par exemple, on leur dit :] « il vaut mieux prendre des médicaments », etc. Comment dirais-je, si on sent que « c'est pas bon » on émet cette inquiétude, ou « Avez-vous déjà consulté le Docteur ? ». Mais, on peut consulter d'autres gens, ça ne doit pas être nécessairement un médecin. (1<sup>er</sup>, p. 14)

Elle répète toujours « comment dirais-je », mais cette fois il s'agit de la remise en cause non pas de la vie du malade mais de l'infirmière elle-même.

Pour que le malade vive dans la société, il faut éviter que l'infirmière anticipe ce dont il a besoin. La pratique d'infirmière risque d'empêcher l'indépendance sociale du malade. Avec le « sans doute », elle analyse la situation où l'infirmière s'appuie trop sur son statut professionnel. Et la réponse à cette situation est « c'est pourquoi nous ne visitons pas en tant qu'infirmière et nous décidons de ne pas faire de la psychiatrie ».

La signification de « non pas comme infirmière mais comme une personne » est double. D'un côté, il s'agit d'éviter le contrôle du patient en suivant la norme de l'institution médicale. D'un autre côté, qui est l'envers du premier côté, il s'agit

de créer un rapport humain. C'est comme si c'est seulement lorsqu'elle n'était pas infirmière qu'elle pouvait nouer un rapport humain. Le statut de l'infirmière et du patient qui implique inéluctablement l'institution et la hiérarchie n'est pas compatible avec le but du soin des psychotiques. La psychiatrie actuelle « ne marche pas ». C'est pourquoi l'ACT préfère le terme « client » au « patient ». Oury et Guattari appellent « transversalité » ce décalage entre l'institution médicale du type goffmanien et une nouvelle institution plus plastique qui se base sur une autre logique (ici, la logique du soin à domicile)<sup>8</sup>.

### 3. De la solitude à la rencontre

#### La rencontre sublime avec une vie solitaire

Nous avons présenté le cadre général de la pratique de Mlle. X. Nous allons maintenant présenter la structure détaillée de la composition de la pratique.

Mlle. X : [Les malades montrent] le point/lieu [*tokoro*] affaibli. Mais ils sont soignés par une telle petite fille [= Mlle. X]. Ils nous confient quelque chose de lourd. Cela témoigne « *yappari* » qu'il y a une confiance dans le certificat d'infirmière. Et puis, « *yappari* » je suis convaincue que je dois devenir quelqu'un qui mérite cette confiance. La vie et la mort... comment dirais-je... la figure humaine au sens le plus large... j'ai l'honneur de toucher une telle chose. J'ai l'honneur d'avoir la permission d'assister à une telle situation. Comment dirais-je, c'est très sublime. Comment dirais-je... il me semble ainsi. Je me suis sentie honteuse puisque je n'ai pas sérieusement étudié [la psychiatrie]. Comment dirais-je... l'œuvre sublime... comment dirais-je... c'est grâce à ce certificat que j'ai la permission de la rencontrer. Je suis vivement reconnaissante aujourd'hui pour cette rencontre. (1<sup>er</sup>, p. 10)

Les « comment dirais-je... » dans cette citation concernent le « sublime » des schizophrènes chez eux. La vie des malades interroge Mlle. X comme une « œuvre sublime ». Elle répond à cette interrogation par la « pratique nécessaire mais créative » exprimée par « *yappari* » (« « *yappari* » je suis convaincue que je dois devenir quelqu'un qui mérite de cette confiance »).

<sup>8</sup> « La transversalité est le lieu du sujet inconscient du groupe, l'au-delà des lois objectives qui le fondent, le support du désir du groupe. Cette dimension ne peut être mise en relief que dans certains groupes qui, délibérément ou non, tentent d'assumer le sens de leur praxis et de s'instaurer comme groupe-sujet, se mettant ainsi en posture d'avoir à être l'agent de leur propre mort », Guattari Félix, *Psychanalyse et transversalité – Essais d'analyse institutionnelle*, Paris, La Découverte, 1972, p. 84.

## Le lieu solitaire comme point de départ

Dans une citation précédente, elle dit : « Je rencontre une personne, une scène que je n'aurais pas rencontrée, si je n'avais pas un tel certificat d'études. Et je crois que l'expérience de la maladie est le point/lieu [*tokoro*] où l'on ne veut jamais être vu. » (1<sup>er</sup>, p. 9). La « figure humaine » correspond à cette scène de la maladie. Lorsque les malades vivent chez eux souffrant et solitairement, ils se renferment souvent dans une chambre désordonnée et sale (le désordre est aussi l'expression de la solitude). Le « lieu solitaire » est posé comme l'extrémité de « la vie et de la mort » où l'« on ne veut jamais être vu » et la pratique de Mlle. X est constituée d'abord comme un accès à ce lieu solitaire.

Mlle. X pose à son insu la question du « lieu » (« le point/lieu [*tokoro*] affaibli », le « point/lieu qu'on ne veut jamais être vu », « le lieu solitaire »). Ce « point/lieu [*tokoro*] » est à la fois l'apparence du corps du malade et le lieu de son domicile. L'« être/rester [*iru*] dans le lieu solitaire » engendre un espace qualitativement déterminé et ce « point/lieu » affaibli montre l'aspect dynamique de cet espace.

## Le sublime de la rencontre

Mlle. X appelle « sublime » cette « figure humaine ». Si l'on écoute attentivement son récit, le terme « sublime » apparaît en suivant la phrase : « J'ai l'honneur d'avoir la permission de vivre une telle situation ». Par conséquent, ce n'est pas la figure du malade elle-même qui est sublime mais c'est seulement dans la rencontre avec l'infirmière qui peut y accéder que le malade devient sublime. Si l'infirmière n'y assistait pas, ce ne serait que la chambre désordonnée et sale ou du trouble qui dérange les voisins. C'est lorsque Mlle. X « touche » le « point/lieu affaibli » que le sublime surgit. Le sublime surgit au moment où la solitude est ouverte à la rencontre.

Nous assistons à une variante du sublime kantien. La *Critique de la faculté de juger* soutient que, face aux phénomènes qui dépassent l'imagination dans son accord avec l'entendement (l'intelligibilité et la possibilité de l'expérience), l'âme [*Gemüt*] s'élève. Il appelle cette élévation de la conscience morale face à la nature qui dépasse l'entendement humain et la maîtrise « sublime dynamique »<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> « L'étonnement qui confine à l'effroi, l'horreur et le frisson sacré qui saisissent le spectateur à la vue de masses montagneuses s'élevant jusqu'au ciel, de gorges profondes où se déchaînent des torrents, de solitudes plongées dans l'ombre et invitant à la méditation mélancolique, etc., ne provoquent pas véritablement la peur chez le spectateur puisqu'il se sait en sécurité, mais sont la tentative de nous entraîner à ressentir, grâce à l'imagination, la puissance de cette faculté à unir le mouvement

Dans le cas de Mlle. X, ce n'est pas la nature mais la rencontre avec la vie des malades qui est une « œuvre sublime ». Chez Kant, tout comme dans les tableaux de Friedrich, un sujet solitaire se pose face à la nature. Par contre, chez Mlle. X, c'est un « sublime en tant que rencontre humaine » ou un « sublime intersubjectif ». En d'autres mots, le sublime en question est l'ouverture de la rencontre au sein même de la solitude.

La raison pour laquelle j'insiste sur ce point réside dans le fait que c'est le sublime qui décrit le mieux la scène de ma visite décrite au début de ce texte. Un malade qui crie tout seul dans une chambre désordonnée n'est pas lui-même sublime. C'est l'approche tranquille de l'infirmière qui rend cette scène sublime. Le sublime est le moment de la transition du « lieu solitaire » à l'« espace réel [et social] ».

### Le sublime et la raison pratique

Selon Kant, si le sujet n'est pas guidé par la raison, ou si le sujet est effectivement impliqué dans la violence de la nature, il est tout simplement terrifié et il ne peut pas faire l'expérience du sublime<sup>10</sup>. Chez Mlle. X, une chose pareille surgit. Lorsqu'elle n'était pas encore compétente dans sa pratique, elle avait « peur » des patients et elle s'en est éloignée. Mais en tant qu'infirmière experte, elle est fascinée par le malade et ressent le caractère sublime de la rencontre. Du point de vue temporel, la transition de la peur à la fascination marque l'expérience du sublime.

Le sublime kantien n'est rien de moins que le moment de la découverte de la raison pratique<sup>11</sup>. C'est seulement lorsque l'on peut découvrir la raison pratique que l'épreuve de la nature devient sublime. La production de la « pratique nécessaire mais créative » chez Mlle. X est un exemple de la raison pratique qui me paraît plus approprié que les exemples donnés par Kant (qui sont toujours de l'ordre d'un choix entre deux possibilités). Et le sublime du soin à domicile est étroitement lié à cette composition particulière de la pratique, qui brise la solitude absolue du malade.

---

de l'esprit, provoqué par ces spectacles, à son repos, donc à éprouver sa supériorité par rapport à la nature en nous et, par conséquent, face à la nature extérieure pour autant qu'elle puisse influencer le sentiment de notre bien-être », Kant Immanuel, *Kritik der Urteilskraft*, Hamburg, F. Meyer, « coll. » Philosophische Bibliothek, 1948, p. 117 ; trad. fr., Gallimard, Paris, 1989, paragr. 40.

<sup>10</sup> *Ibid.*, p. 103.

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 111.

#### 4. Faire du « holding » collectivement

##### L'affirmation de l'être

L'itinéraire simplifié de la pratique esquissée par Mlle. X est un processus qui part du fait de déchirer la solitude pour créer du lien et qui aboutit à la formation de l'action. Nous venons de la décrire du point de vue de la description de la scène du domicile. Dans cette section, nous nous intéressons à la technique de Mlle. X en nous appuyant sur le concept hégélien de dialectique et sur le « holding » winnicottien.

Mlle. X : Mais si on se demande pour quelle raison ils sont graves, c'est parce qu'ils n'ont plus besoin des autres gens. Mais, l'être humain ne peut pas reconnaître son propre être, si autrui n'existait pas, n'est-ce pas ? Je pense que c'est pourquoi ils forment leur propre monde [du délire]. Ils n'ont plus besoin, n'ont plus besoin...

Murakami : ils ont besoin...

Mlle. X : [Rire] Oui, c'est ça. Ce sont des gens auxquels nous devons transmettre que « [Vous considérez :] « je n'ai pas besoin [d'autrui] », mais ce n'est pas vrai » et que « c'est l'existence d'[autres] gens qui démontre le fait que « vous pouvez être [*iru*]: rester] ici. ». C'est pourquoi nous réussissons à réaliser une telle activité. Si moi, autrui, l'autre par rapport à moi [ici, intraduisible]. S'il y a heureusement autrui qui fait reconnaître [leur existence], les malades peuvent reconnaître le monde réel. Je pense que c'est le premier pas de la guérison. (1<sup>er</sup>, p. 17)

Les malades se renferment très souvent dans leur monde solitaire en se retirant du monde social difficile à vivre. Et ils sentent « ne pas avoir besoin des gens ». Mais Mlle. X essaie de faire reconnaître l'importance d'autrui. Les malades ont potentiellement besoin d'autrui et ils ont une capacité à se mouvoir du « lieu solitaire » au « monde réel ». Avec la phrase : « nous devons transmettre », il s'agit encore une fois de l'« activité nécessaire mais créative ». Et le sublime comme rencontre avec le malade solitaire exige inversement une telle pratique de la part de Mlle. X.

Dans cette citation, la composition des phrases est très compliquée parce que ce récit est une conversation *imaginaire* avec un malade renfermé [donc, factuellement, il n'y a *pas de conversation*] pour lui faire voir un dialogue *potentiel* (qu'ils vont réaliser à l'avenir). La composition compliquée représente à la fois la transition du monde solitaire au monde réel et la potentialité et l'avenir du malade. La formation de la pratique de Mlle. X se base sur cette conception de la potentialité du malade.

## Holding

Nous pourrions évoquer le concept de « *holding* » chez Winnicott pour construire notre argument<sup>12</sup>. En effet, dans le deuxième entretien, Mlle. X utilise onze fois le terme « *holding* » pour parler du rôle de l'ACT.

Selon Winnicott, le nourrisson peut se sentir en sécurité dans le « *holding* » de la figure-mère qui satisfait ses besoins physiques, sensitifs et affectifs. Le *holding* comble le désir du nourrisson et c'est à travers cet état que le nourrisson peut éviter l'invasion traumatisante tant de l'extérieur que de l'intérieur. Et l'ACT est un *holding* collectif qui fabrique la sécurité et qui supplée le désir du malade dans la société (qui est très difficile à vivre). Si le *holding* ne marche pas, le malade est aliéné de la société et il doit envisager le risque de la rechute.

Très souvent, les schizophrènes souffrent d'angoisse sévère et ils sont aliénés effectivement de la famille et de la société ; le « *holding* » manque. Winnicott lui-même a considéré la schizophrénie comme défense par rapport à la destruction précoce du *holding*. La psychose serait l'effet d'un traumatisme précoce et profond avant la formation de l'ego et avant l'acquisition du langage et de la mémoire<sup>13</sup>. Bien évidemment, nous n'acceptons plus la théorie du traumatisme précoce et familial comme cause de la schizophrénie (puisque la question biologique est très importante) mais il est certain que les schizophrènes souffrent d'une vulnérabilité profonde qui affecte justement le niveau transcendantal du *holding*.

L'hôpital psychiatrique assure la sécurité des patients avec son environnement monotone et simplifié, et avec le mur qui les sépare du monde extérieur. Mais ce pseudo-*holding* consiste à maîtriser les patients dans un cadre normatif. Le vrai *holding* n'est possible que lorsque les autres s'adaptent aux besoins et aux désirs singuliers du patient. L'environnement monotone et normatif ne remplit pas cette condition du *holding*. Et c'est pour cette raison qu'il est impossible, à l'hôpital,

---

<sup>12</sup> « *Holding* : Protects from physiological insult. Takes account of the infant's skin sensitivity—touch, temperature, auditory sensitivity, visual sensitivity, sensitivity to falling (action of gravity) and of the infant's lack of knowledge of the existence of anything other than the self. It includes the whole routine of care throughout the day and night, and it is not the same with any two infants because it is part of the infant, and no two infants are alike. Also it follows the minute day-to-day changes belonging to the infant's growth and development, both physical and psychological. [...] *Holding* includes especially the physical holding of the infant, which is a form of loving. It is perhaps the only way in which a mother can show the infant her love of it. There are those who can hold an infant and those who cannot; the latter quickly produce in the infant a sense of insecurity, and distressed crying », Winnicott Donald, *Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, London, Hogarth Press 1965, p. 48.

<sup>13</sup> Winnicott Donald, *Psycho-Analytic Explorations*, Cambridge, Harvard University Press, 1989, ch. 18, ch. 21.

de développer une activité libre et créative qui est l'étape qui suit le *holding*. Par contre, le soin à domicile s'efforce de fabriquer un holding en s'adaptant aux besoins et aux désirs singuliers de chaque malade. La figure de holding est ainsi chaque fois différente. Et c'est pourquoi la formation du *holding* à domicile exige une « pratique nécessaire mais singulière ».

Et tout comme Mlle. X dit : « l'être humain ne peut pas reconnaître son propre être, s'il n'existait pas autrui », l'être du sujet se produit à travers la formation du holding. C'est la définition même du « being » chez Winnicott<sup>14</sup>.

Et cet être se rapporte à la question du lieu. En japonais, Mlle X utilise le verbe « *iru* » [être/rester] au lieu de « *aru* » [être/subsister]. Tous les deux désignent l'« être », mais alors que le « *aru* » veut dire l'existence d'une chose, le « *iru* » désigne la présence de quelqu'un dans un tel ou tel endroit. Au début, le patient se trouve dans le « lieu solitaire » comme « point/lieu où l'on ne veut pas être vu », à savoir dans un non-lieu. Maintenant, « Vous pouvez être [*iru*] ici. ». Le lieu lui-même est engendré comme un lieu ouvert au monde réel. Le malade devient ainsi l'être-au-monde.

## Remplir les besoins et les désirs

Il y a un malade que Mlle. X a mentionné dans les deux entretiens. Voici sa première entrée en scène.

Mlle. X : Ce n'est pas nécessairement le soin, mais les divers rôles... Les détails [de la vie quotidienne].

Murakami : D'accord, vous êtes assez consciente de votre rôle.

Mlle. X : En me demandant ce que cette personne veut... par exemple, un vieux monsieur... Chez un vieux monsieur qui a plein de délires, je le visitais comme une amante. [Rire] Pour maintenir la vie actuelle, « c'est est important, l'érotisme » [Rire]. C'était l'avis de notre équipe et moi-même j'ai bien compris son besoin. Je jouais spontanément [*nori dé*] [ce rôle de l'amante]. Mais ce n'est qu'un « rendez-vous amoureux dans le délire », bien sûr. (1<sup>er</sup>, p. 16).

Si l'infirmière met entre parenthèses sa profession et devient « une personne ordinaire », cela ne veut pas dire une visite sans but. Mais cela signifie de comprendre [puiser] le besoin en pensant au rôle que le malade assigne à l'infirmière.

1) Les schizophrènes rencontrent des difficultés lorsqu'ils vivent en société. Ils ont des besoins apparemment triviaux mais vitaux pour eux pour maintenir la vie

<sup>14</sup> Winnicott D., *Psycho-Analytic Explorations*, op. cit., ch. 21.

dans la société et l'infirmière les supplée. La formation du *holding* se fonde sur les soins qui correspondent aux besoins vitaux mais singuliers.

Mais les besoins des schizophrènes adultes (contrairement au nourrisson) se produisent eux-même dans la société et ils sont occultés dans leur vie hospitalisée. Mme X a raconté que la « home » apporte un sentiment de « sécurité ». Mais rester chez soi ne suffit pas pour se sentir en sécurité. Les schizophrènes sont souvent hospitalisés justement parce qu'ils sont trop angoissés chez eux. Par exemple, dans le récit de Mlle. X, un malade a souffert du bruit du frigo qui est devenu la source d'une hallucination verbale. Pour que le domicile devienne le « chez soi », quelqu'un doit répondre aux besoins du holding. Et ces besoins surgissent seulement dans la société (et non pas à l'hôpital).

2) Si on peut exprimer son besoin, la solitude est déjà brisée. Le besoin dans la vie quotidienne n'est rien d'autre que le besoin de la demande qui appelle au secours. On pourrait remplacer le terme « besoin » par le terme « désir » puisqu'il s'agit maintenant de désirer inépuisablement quelqu'un. Dans cette situation, Mlle. X réalise un rendez-vous de délire en tant qu'amante imaginaire.

Pour susciter le désir du malade, Mlle. X « jette un ballon » (1<sup>er</sup>, p. 32), par exemple, les cigarettes ou les nourritures que le malade avait aimées lorsqu'il était en bonne forme. « [res]susciter le désir de quelqu'un qui l'a perdu » est relié au motif du sublime où il s'agit de s'« approcher de quelqu'un qui refuse le rapport ».

3) En ce qui concerne le rendez-vous de délire, Mlle. X ajoute que « c'était l'avis de notre équipe et moi-même j'ai bien compris son besoin ». Souvent, elle ne distingue pas nettement les pronoms singuliers et pluriels. Même lorsqu'elle visite toute seule le malade, c'est toujours en tant que membre de l'équipe qu'elle agit. Le holding réalisé par l'ACT est toujours un holding collectif. Par conséquent, c'est une communauté double : la communauté d'un malade et de Mlle. X et la communauté de l'équipe de l'ACT dont Mlle. X est membre. La plasticité et la singularité de chaque *holding* sont assurées par cette structure.

## **5. Agir et ensuite se métamorphoser**

De l'affirmation de l'être à la formation de l'action

Pourtant, la formation collective du *holding* n'accomplit pas tout seul la cure. La formation de l'action est une étape qui suit (chez Winnicott, c'est le niveau du « handling » et du jeu).

Mlle. X : Vivre ordinairement... Comment dirais-je... Rencontrer un obstacle [mur], par exemple... Comment dirais-je... on rencontre souvent des choses embêtantes... vraiment « *yappari* » très souvent. Mais, « *yappari* », comment les surmonter ? Finalement, on peut dire : « [Vous avez réussi à dépasser et à] éviter la rechute. », etc. Si on ne peut pas les surmonter, on retombe dans la crise. Comment dirais-je...c'est une maladie avec laquelle il y a des troubles et où les gens croisent d'autres gens.

Murakami : D'accord. C'est profond.

Mlle. X : Il est surprenant qu'une tout petite chose devienne un grand problème. Ce serait cela, le point/lieu [tokoro] distordu chez les patients Mais, surmonter pas à pas les problèmes et, comment dirais-je, accumuler ensemble l'expérience... je me réjouis de ce processus. [...] Il est naturel que la vie ne marche pas très bien. Il est déjà suffisant que l'on puisse vivre ordinairement dans cet état. Ordinaire... ou il est suffisant que l'on puisse bien vivre. (1<sup>er</sup>, p. 13)

Dans le paragraphe précédent, on a interrogé la formation de la vie à domicile. Cette fois, il s'agit de la formation de l'action du malade en sortant hors de la maison. Mlle. X répète plusieurs fois « comment dirais-je... » qui marque l'interrogation de la situation représentée par le « mur » ou les « troubles ». La réponse à cette question se formule comme une réponse à une autre question qui lui est corrélée, à savoir : « comment les surmonter ? ». Il s'agit donc de la formation de l'action, à la fois action du malade et action de l'infirmière.

L'« obstacle [mur] » et les « troubles où les gens croisent d'autres gens » posent la question du *lieu* comme frontière qui touche l'extériorité. Dans le paragraphe précédent, il s'agissait de la formation de la demeure et maintenant le malade et l'infirmière envisagent l'ouverture au monde en partant de cette demeure. Reflété par cette extériorité, le « point/lieu distordu » chez le malade devient patent et c'est sur ce point/lieu que Mlle. X lui procure de l'aide. En même temps, le monde devient l'endroit où se forme la vie « ordinaire » (autrefois, le monde n'était pas un lieu de vie).

## La connexion entre le holding et l'action

Dans le deuxième entretien, Mlle. X désigne la mort des parents comme l'exemple typique du trouble. Le malade est très souvent bouleversé par la mort d'un parent (puisque ce sont les seules personnes qu'il rencontre dans sa vie quotidienne et dont il dépend absolument). Au lieu de choisir l'hospitalisation temporelle, l'ACT choisit un accompagnement continu pendant les funérailles qui sont extrêmement stressantes à cause de sa rupture du quotidien et du nombre de personnes qui se rassemblent. Mlle. X s'habille aussi en noir et accompagne le malade jusqu'à la crémation.

Murakami : Qu'est-ce qu'il y a à surmonter ? Par exemple ?

Mlle. X : Par exemple, assez souvent, ce sont les scènes de la mort des parents. La mort d'un proche est toujours très stressante pour tout le monde et elle est immédiatement liée à l'aggravation de l'état de santé. [...]

Et, par exemple, par exemple, [s'il est] capable d'assister aux funérailles [ou pas]. Le malade dit qu'il ne peut pas y assister puisqu'il y a beaucoup du monde. Et s'il ne peut pas y assister, il ne peut pas faire le deuil et la dénegation de la mort de la mère (ou d'un membre de la famille) continue. Il faut envisager le mort et accepter sa mort. Et [nous ne choisissons] pas l'hospitalisation, mais plutôt l'accompagnement au cimetière ou l'accompagnement continu pour surmonter toutes les difficultés des funérailles. [...]

Mais il faut tant d'énergie pour accompagner le malade aux funérailles. Lorsque l'on est triste et calme, le malade peut rire aux éclats en criant « Qué ! Qué ! Qué !... », etc. Pour éviter cela, nous essayons de le détendre. Lorsqu'il est fatigué, nous nous retirons ensemble de la salle pour faire une promenade en voiture et revenir à la salle. [...] J'ai une fois accompagné un malade jusqu'au site de crémation. Nous avons ramassé ensemble les os<sup>15</sup>.

La présence aux funérailles marque le tournant de l'accueil de la mort des parents et de la rechute. C'est un exemple de l'« obstacle-mur » à dépasser. L'action est de prime abord la sortie à l'extérieur de la maison. Mlle. X accompagne le malade qui sort et fait pour ainsi dire un « holding » à l'extérieur de la maison.

### La « chance » comme temporalité de la formation de l'action

Mlle. X : « Yappari », l'action... l'énergie pour l'action. La peur de la société..., le manque de confiance en soi-même. « Yahari [=yappari] », la confiance. L'idée de tenter n'importe quelle action. Aussi du point de vue de l'énergie physique... Il faut toutes ces choses et puis on peut entamer sans doute l'action. Il faut bien les saisir et attendre. Si c'est trop tôt ou trop tard, ça ne marche pas.

Murakami : Oui, je comprends. C'est vrai.

Mlle. X : Comment dirais-je, il faut la faculté de les saisir et le rapport qui peut les saisir. Il y a un moment propice. Et « yappari », c'est le soutien de 24 heures sur 24 qui rend possible ce soin. (1<sup>er</sup>, p. 25)

Deux « yappari » introduisent l'action du malade et le soutien de l'infirmière en guise de deux réponses-actions. L'action et le soutien ne peuvent se réaliser

---

<sup>15</sup> Dans la culture japonaise, deux personnes pincent ensemble un fragment d'os pour le mettre dans l'urne (c'est pourquoi dans la vie quotidienne, il n'est pas admis que deux personnes utilisent simultanément les baguettes sur un plat).

qu'« au moment propice » : ni trop tôt ni trop tard. La formation de l'action exige sa propre temporalité et il faut bien la saisir.

Il faut saisir la chance où rivalisent la « peur de la société » et l'énergie (la confiance, l'idée). La dialectique de la situation et de l'action que nous venons de décrire est reliée à la question du temps. La détermination temporelle de « ne pas rater la chance » représente l'aspect nécessaire de la « pratique nécessaire mais créative ». L'opposition entre la situation et l'action surgit ici comme durée temporelle de l'observation de la situation (introduite par les « comment dirais-je ») et la chance de l'action (introduite par les « yappar »).

Murakami : Mais ne peut-on pas attendre ? Si on reporte au lendemain, ça ne marche plus ?

Mlle. X : Ça ne marche plus.

Murakami : Ça ne marche plus.

Mlle. X : Ça ne marche plus. Comment dirais-je... si l'on a déjà répété plusieurs fois [cette demande] et comment dirais-je... on pourrait la reporter à la prochaine fois. Mais au moment de la première demande, il y a de la chance [timing] propice qu'il n'y aura plus une deuxième fois.

Murakami : Quoi par exemple ? Je n'ai pas encore bien compris.

Mlle. X : Hmm... Par exemple, si quelqu'un qui ne peut absolument pas sortir dehors a une affaire urgente à faire et nous appelle en disant : « Voulez-vous m'accompagner ? », il ne faut pas rater ça, n'est-ce pas ? (1<sup>er</sup>, p. 26)

Tout comme lors de la première visite au domicile renfermé et solitaire, Mlle. X reconnaît et affirme le signal émis par le malade comme le désir d'une action. C'est comme si, en affirmant et en accompagnant toujours le malade, le malade changeait spontanément. La « chance » est l'aspect temporel de la pratique qui a été décrite du point de vue spatial.

La tension entre les trois instances – (1) La peur de la sortie dehors, (2) l'énergie accumulée, (3) une « affaire » urgente – définit la chance, le moment propice pour commencer une première action. Il est sans doute important que ce mouvement soit inauguré par la parole spontanée du malade. La subjectivation du malade dans la société se produit lorsque le malade adresse une parole à l'infirmière et que celle-ci l'accueille. Mais pour que cela se produise, il faut un soutien de 24 heures sur 24.

## De l'affirmation de l'être à sa métamorphose

La question de l'action est liée à la métamorphose du sujet

Mlle. X : je soutiens le malade même si je suis tellement surprise (« Ehh ! »). Et il peut sentir qu'il est bien accueilli et il peut se reconnaître lui-même. Et il se dit : « Avec elle, je pourrais éventuellement causer. ». Et puis il y aura diverses aperceptions. S'il n'y avait pas d'autrui, on ne pourrait pas avoir d'aperception.

Murakami : C'est logique.

Mlle. X : Par exemple, l'aperception de sa propre vie. On peut accéder à ce point dans le soin à domicile.

Murakami : Oui, c'est vrai. Je comprends.

Mlle. X : Ils vont changer. Vraiment. Si nous construisons un rapport pendant dix ans, la chambre pleine de déchet [change] aussi ... Avant, un monsieur m'a dit : « Ne touchez rien. Ne jetez jamais rien, quoi que ce soit », et maintenant il peut dire par lui-même : « Voulez-vous arranger ceci ? ».

Murakami : C'est vrai ?

Mlle. X : Oui

Murakami : Cela [la chambre pleine de déchets] change quand même.

Mlle. X : Ça change, ça change. (1<sup>er</sup>, p. 19)

Dans cette citation, elle décrit la transition naturelle de l'étape du *holding* à celle de la *métamorphose*. Le soutien de l'existence engendre l'aperception de sa propre vie et cette aperception introduit la métamorphose de celle-ci. J'ai été très étonné de l'affirmation concernant la métamorphose de la chambre, puisque lorsque j'ai visité plusieurs chambres désordonnées de ce type j'ai eu l'impression qu'elles resteraient ainsi pour toujours.

Le soliloque du malade imaginé par Mlle. X : « Avec elle, je pourrais éventuellement causer » serait le premier germe de l'action spontanée du malade. Bien qu'il soit imaginaire, c'est une instance requise comme point de départ de la métamorphose (celle-ci exige une action spontanée). Mlle. X anticipe l'action potentielle du malade (cette possibilité est donc quelque chose de subtil). Mlle. X devient pour le malade un « interlocuteur à qui l'on peut demander spontanément un secours ». Le soutien de la vie quotidienne et de l'existence du malade est relié à la possibilité de briser sa solitude. L'infirmière est quelqu'un qui ressuscite le désir du malade et son énoncé spontané (l'énoncé spontané adressé à autrui est constitutif de la formation du sujet). Maintenant, le « lieu solitaire » se convertit en demeure. Et cette métamorphose implique simultanément celle du chaos à l'ordre. Du point de vue théorique, cette démarche est l'élargisse-

ment de la théorie winnicottienne du holding et du jeu à l'activité collective et réciproque.

Or, la chambre apparemment complètement désordonnée cache en réalité un certain ordre.

Murakami : Mais la chambre n'est pas tout simplement sale.

Mlle. X : Non, elle n'est pas tout simplement sale. [Rire] [...] Leur monde [désordonné] apparaît rayonnant... et divin, si l'on considère que la disposition de chaque chose aurait une raison.

Murakami : C'est vrai.

Mlle. X : Mais lorsqu'on guérit, on dit parfois : « J'ai voulu en réalité nettoyer et arranger, mais je ne savais pas comment faire. ». Et, je me demande s'ils n'ont en réalité pas voulu un tel désordre. Néanmoins, en même temps, ce sont des gens qui chérissent le souvenir du passé.

Murakami : C'est ça.

Mlle. X : Oui. Je pense que ce sont des choses qu'il ne faut pas toucher. J'ai été une fois émue, lorsque j'ai arrangé une très vieille maison. Comment dirais-je... [Une vieille dame] avait enveloppé chaque boîte avec des journaux et proprement mis toutes [les boîtes] dans une armoire. (2<sup>e</sup>, p. 8)

Par conséquent, à côté du développement du *holding* à l'action, il y a celui du holding à la métamorphose du sujet. Cette métamorphose est en même temps la découverte de l'ordre propre de la vie du malade, mais enfoui et mêlé à une vie apparemment désordonnée. Cet ordre peut faire partie du délire mais il devient une partie saine du style de la vie lorsque le malade guérit. Avec la perspicacité de Mlle. X qui peut saisir le sens potentiel et enfoui, la chambre désordonnée et la saleté absolue devient rayonnante et divine. C'est un autre aspect du « sublime » que Mlle. X rencontre lors de la visite du malade renfermé et solitaire.

Ainsi surgit le style propre à chaque personne qui se fonde sur son histoire, sa tendance et son désir. C'est simultanément la découverte du style caché et la métamorphose du style de la vie. C'est le lieu lui-même qui se métamorphose. Dans le soin à domicile, la maladie et la guérison sont racontées comme la métamorphose du style de la vie et de la communauté tout entière. On renonce maintenant à la psychopathologie phénoménologique qui ne s'est intéressée qu'aux symptômes individuels.

## 6. La schizophrénie en tant que force qui attire les gens ou la psychopathologie renversée

Notre recherche se situe dans la tradition de la phénoménologie, mais nous n'héritons plus de la psychopathologie phénoménologique ni de la *Daseinsanalyse*. La psychopathologie phénoménologique de la schizophrénie s'est toujours intéressée aux symptômes tels que le délire, l'hallucination ou le *praecox Gefühl* qui sont considérés comme des déviations de l'état normal. Contrairement à cette attitude, les infirmières que j'ai rencontrées décrivent une autre figure de la schizophrénie. Ce n'est plus l'anomalie qui est le point de départ de la discussion. Par exemple en se focalisant sur la force potentielle des malades, Mlle. X interroge la possibilité de leur métamorphose. De ce point de vue, la schizophrénie montre une autre image que celle que l'on rencontre dans la psychopathologie traditionnelle.

L'objectif de notre travail décrit une démarche de la destruction de la solitude qui ouvre l'être-au-monde capable d'agir dans la société. Mais ce que Mlle. X réalise dans sa pratique est encore autre chose. Les schizophrènes renversent leur existence en tant que malades subordonnés à l'institution médicale. Les motifs précédemment relevés sont finalement renversés et l'aboutissement de la pratique de l'ACT ne consiste pas à l'adaptation à la normativité de la société mais à une autre manière de développer sa personnalité.

### Le renversement de la solitude

Dans le deuxième entretien, Mlle. X a renversé la caractérisation de la schizophrénie. Quelqu'un « qui n'a pas besoin d'autrui » devient « quelqu'un qui aime les gens ».

Mlle. X : Je ne pense pas que les malades écartent les gens. Chacun a sa propre distance appropriée. Je pense qu'ils aiment les gens, mais ils ne peuvent pas accepter beaucoup de gens [avec les gens]. Quelque'un qui a souffert de discriminations et préjugés souhaite probablement vivre tranquillement.

Murakami : Oui, je comprends.

Mlle. X : Ils vivent tranquillement avec des gens qu'ils considèrent chers. Ils ne veulent pas être vus par les autres. Ce sont des gens qui vivent tranquillement mais qui se préoccupent chaleureusement des gens dont ils ont besoin. (2<sup>e</sup>, pp. 4-5)

La solitude qui a écarté des gens se transforme en « distance appropriée » avec les gens. Le « lieu solitaire » se transforme en demeure où ils vivent « tranquillement ». J'ai moi-même visité des malades qui vivent de cette manière avec le

soutien du soin à domicile. Cette « vie tranquille » ne peut-elle pas être considérée comme une possibilité propre à la schizophrénie ? Est-ce qu'on ne peut pas dire que leur crise n'est rien d'autre qu'une blessure dans cette vie tranquille ?

Des gens « qui se préoccupent chaleureusement des gens dont ils ont besoin » annoncent une autre possibilité.

## Le renversement du soutien

Dans le domaine de la médecine et du soutien social, on raconte souvent que ce sont des professionnels qui sont en réalité soutenus par leurs clients.

Mlle. X : Oui, c'est ça. Il y a des choses que j'ai moi-même déjà presque oubliées. Ils me font voir des choses que j'ai déjà presque oubliées. C'est sans doute pour cette raison que nous tous aimons beaucoup nos clients. Nous sommes guéris par les clients. Je pense que nous recevons leur énergie qui s'efforce de survivre. L'« empowerment ».

Murakami : « Empowerment ».

Mlle. X : Je ne veux pas tellement utiliser le terme anglais. Mais ce serait quelque chose comme cela.

Murakami : Oui. Mais c'est plutôt vous qui êtes « empowered ».

Mlle. X : Oui, c'est ça. (1<sup>er</sup>, p. 30)

Mlle. X commence à raconter la figure du malade comme une chose que « j'ai déjà presque oubliées ». Elle soutient le malade qui se trouve en difficulté, mais cela n'encourage pas seulement le malade mais Mlle. X elle-même. L'usage renversé et humoristique de l'empowerment montre bien le statut du soin chez Mlle. X.

## Celui qui offre

Lorsque l'infirmière soutient l'existence et la vie du malade, le malade offre simultanément quelque chose. Il s'agit de la problématique particulière du don. Je voudrais citer un passage autour du même malade âgé dont il a déjà été question.

Mlle. X : Il était vraiment reconnaissant de notre visite. Et, il disait souvent : « Je t'invite [à un repas]. », bien qu'il n'eût pas d'argent [Rire]. Puisqu'il est maître [de sa maison], il m'a proposé quelque chose comme ça. Comment dirais-je... De tout son cœur, il s'est soucié de moi qui venais lui rendre visite. Il m'a adressé des mots tendres comme si j'étais sa femme [Rire]. (2<sup>e</sup>, p. 4)

Les schizophrènes sont souvent généreux. Par exemple, lorsque j'ai participé à une séance d'ergothérapie dans l'hôpital, une schizophrène d'un certain âge qui

était hospitalisée depuis plus de vingt ans m'a offert un bonbon et commandé un café. En même temps, elle plongeait dans un geste compulsif et répétitif tout au long de la séance.

Le paradoxe du « je t'invite », malgré la pauvreté, nous avertit de la différence catégorique qui existe entre le niveau de l'économie monétaire et utilitaire d'une part et celui du don d'autre part. Le malade sort aisément du niveau de l'échange et de l'utilité pour entrer dans celui du don.

Est-ce qu'on ne peut pas qualifier les schizophrènes comme « ceux qui peuvent vivre au niveau du don pur » ? Ce passage au niveau du don ressemble à ce que Bataille appelle le sacrifice<sup>16</sup>. Bataille a appelé « continuité » ce niveau du don où la « communication » véritable se produit. Paradoxalement, lorsque les schizophrènes se soucient des proches au niveau du don impossible, ils me paraissent toucher cette « communication ». Je ne suis pas très sûr de la validité de mon analyse, mais en tout cas, Mlle. X est consciente de l'importance du don dans sa pratique.

Mlle. X : Ce sont ceux qui veulent offrir ce qu'ils ont. Non pas seulement ceux qui reçoivent. Oui, plutôt offrir que recevoir.

Murakami : Oui, c'est vrai.

Mlle. X : Il est important qu'il y ait quelqu'un à qui ils puissent offrir... Ils obtiennent ainsi leur raison d'être... Chacun à sa manière. [...] Comment dirais-je, je sens que je dois recevoir ce qu'ils m'offrent. C'est pourquoi, je reçois toujours [leur cadeau]. Lorsque leur état de la maladie n'est pas bon, c'est parfois quelque chose dont je m'étonne : « C'est quoi ? ». Mais, comment dirais-je... comment dirais-je. C'est toujours quelque chose de très important et significatif pour eux ce qu'ils m'offrent et c'est pourquoi je le reçois toujours. Ce monsieur qui ressemble au sage fait toujours pour moi un jus spécial. Il a toujours fait ça pour moi... Il a mélangé plusieurs boissons nutritives, je ne sais pas exactement quoi, et il me l'offre avec une paille. Mais à l'intérieur de cette paille, il y reste quelque chose de noir... et je me suis dit : « Il faut boire avec cette paille ? Je le bois vraiment ? »...

Murakami : [Rire]

Mlle. X : Et j'ai essayé de le boire [Rire]. (2<sup>e</sup>, p. 5)

<sup>16</sup> « Le principe du sacrifice est la destruction, mais bien qu'il aille parfois jusqu'à détruire entièrement (comme dans l'holocauste), la destruction que le sacrifice veut opérer n'est pas l'anéantissement. C'est la chose – seulement la chose – que le sacrifice veut détruire dans la victime. Le sacrifice détruit les liens de subordination réels d'un objet, il arrache la victime au monde de l'utilité et la rend à celui du caprice inintelligible. Quand l'animal offert entre dans le cercle où le prêtre l'immolera, il passe du monde des choses [...] au monde qui lui est immanent, *intime*, connu comme l'est la femme dans la consommation charnelle », Bataille Georges, *Théorie de la religion*, Paris, Gallimard, 1973, pp. 58–59.

Je n'ai pas tout traduit mais Mlle. X a utilisé 12 fois le terme « comment dirais-je [*nanka*] ». Et elle utilise deux fois « *nandarô* » qui souligne le « *nanka* » pour introduire le don par son client. Ici, la manière de soutenir l'être est renversée. Dans une citation précédente, c'est la reconnaissance de Mlle. X qui fonde l'être du malade, mais ici c'est le don du malade pour Mlle. X qui fonde son être.

Avec cette boisson mystérieuse, qu'est-ce que le malade offre en tant que « quelque chose de très important et de significatif » ? Si cette boisson est précieuse, c'est parce qu'elle devient pour le malade l'enjeu qui ouvre une communauté au niveau du don qui se distingue de celui de l'utilité. En ce sens-là, ce don est comparable au sacrifice chez Bataille. C'est pourquoi il y a une exigence de la recevoir pour Mlle. X. C'est un autre exemple de ce que nous avons appelé « pratique nécessaire mais créative ». Le client se subjectivise comme celui qui donne et soutient l'infirmière. Ici, la structure du holding est renversée et en même temps en se faisant, Mlle. X soutient le malade.

On peut qualifier la schizophrénie comme « pulsion de l'auto-réalisation au niveau du don » et le rôle de Mlle. X consiste à soigner l'environnement où peut se réaliser ce don. De ce point de vue-là, il faudrait repenser la signification de l'action des malades face à la difficulté. La difficulté ne veut pas nécessairement dire l'adaptation difficile à la société, mais la réconciliation difficile de l'harmonie entre le monde dominé par la normativité et le niveau du don pur qui se contradisent foncièrement.

## La sublimité du patient qui attire les gens

Ce monsieur est en réalité déjà mort. Au cours du deuxième entretien, Mlle. X s'est rappelée de son « soin palliatif ». Dans ce passage, elle a utilisé encore une fois le terme « sublime [*toutoi*] ». Dans le premier entretien, le sublime a caractérisé la rencontre avec le malade solitaire et renfermé qui vit dans une chambre désordonnée, mais ici il désigne la manière tranquille de la vie du malade qui attire les gens.

Mlle. X : Ce monsieur dont je considère que je voudrais terminer ma vie comme lui était sans doute très violent et difficile lorsqu'il était jeune mais il est devenu comme un sage lorsqu'il a vieilli, dans sa manière de vivre. Il a mangé lorsqu'il voulait manger et il est sorti lorsqu'il voulait sortir.

Et, il a beaucoup d'argent dans son délire. En réalité il n'a pas d'argent, mais il y a un restaurant où il peut manger sans un sou. Mais la dame qui tenait ce restaurant savait qu'il allait rendre l'argent lorsqu'il en aurait. (2<sup>e</sup>, pp. 3-4)

J'ai moi-même rencontré un monsieur qui emprunte de l'argent au coiffeur ou à l'épicerie et le rend chaque mois (sa chambre était aussi chaotique). Le travailleur social qui m'a accompagné l'a nommé en rigolant la « sécurité sociale de la communauté ». L'absence de la notion de monnaie chez les schizophrènes graves devient parfois absence de cupidité lorsqu'ils se rétablissent. Lorsque les symptômes sont graves, ils refusent totalement l'économie capitaliste, alors que, dans leur état guéri, ils se dégagent librement du joug du capitalisme tout en respectant son cadre. Ce jeu subtil est quelque chose que l'on ne peut pas observer chez Bataille qui aspire à se jeter totalement dans le monde du sacrifice (don), qui n'est pas soumis à l'utilité du capitalisme. Lorsqu'un schizophrène réalise l'harmonie entre le refus de la normativité du capitalisme et la jouissance, il devient un « sage ».

Lacan a appelé « forclusion du Nom de Père » cette manière d'être de la psychose qui refuse radicalement de participer à l'ordre symbolique de la société<sup>17</sup>. Mais lorsque le psychotique revient à la société après être rétabli, il peut y avoir une voie qui réalise sa jouissance autrement qu'en obéissant à la normativité symbolique de la société, tout en trouvant une harmonie avec celle-ci (ce serait ce que Lacan appelle « sinthome »<sup>18</sup>). Le terme « sage » désigne une telle subjectivation dans le « sinthome ».

Dans cette citation, l'équilibre de la jouissance et de la vie sociale, la transition du niveau de la monnaie à celui du don et l'équilibre tranquille de la vie avec les voisins sont racontés (dans l'hôpital, la jouissance ne se réalise que de manière limitée, comme une récréation ou un petit achat à la boulangerie). La vie ainsi équilibrée caractérise la « vie » du « sage » qui s'oppose radicalement à la « vie comme un mort » dans l'hôpital.

Mlle. X dit : « Ce schizophrène dont je considère que je voudrais terminer ma vie comme lui ». À savoir, la figure du malade devient l'objet d'une aspiration. Il ne s'agit plus de la « cure » du patient en l'adaptant à la « norme » de la société. L'infirmière aspire à la manière d'être du schizophrène qui réalise une subjectivation autre que celle de la normativité. Elle raconte les derniers jours de la vie de ce monsieur, lorsqu'il a été hospitalisé à cause d'un cancer en phase terminale.

---

<sup>17</sup> « Le désir sexuel est en effet ce qui sert à l'homme à s'historiser, pour autant que c'est à ce niveau que s'introduit pour la première fois la loi. [...] [D]ans les psychoses, la réalité est remaniée, [...] une partie de la réalité est supprimée [...]. C'est en fin de compte [...] à une déficience, à un trou du symbolique qu'il se rapporte, même si dans le texte allemand, c'est le terme de réalité qui est employé », Lacan Jacques, *Le séminaire III « Les psychoses » (1955-1956)*, Paris, Seuil 1981, p. 177.

<sup>18</sup> Lacan Jacques, *Le séminaire XXIII, « Le sinthome » (1975-1976)*, Paris, Seuil, 2005. Je remercie Dr. Yoshiki Kobayashi pour sa remarque.

Les infirmières [des sections qui ne sont pas psychiatriques] refusent souvent un patient avec une maladie mentale, mais il a été beaucoup aimé et elles s'en sont préoccupées. Tout à la fin de sa vie, on a décidé de le soigner à domicile et les infirmières du soin à domicile l'ont soigné avec dévouement et on a facilement trouvé un médecin qui a accepté de le visiter. Et ce médecin était aussi quelqu'un qui soignait passionnément. Comment dirais-je, il attire les gens. Les gens se rassemblent autour de lui. C'est sa vertu, je pense. Je m'incline spontanément devant lui en sentant qu'il est saint.

Murakami : Ah, oui.

Mlle. X : Je pense que ce ne sont que des hasards. Mais c'est comme si ce n'étaient pas des hasards. Comment dirais-je, lorsque j'ai pensé qu'il avait vraiment une force et qu'il attire diverses choses, je m'incline spontanément en me disant : « Il est saint ». (2<sup>e</sup>, p. 4)

Mlle. X a prononcé onze fois « *nanka* [comment dirais-je] » dans ce fragment (je n'ai pas tout traduit). Elle l'utilise à la fois pour son propre sentiment et pour désigner le sentiment des autres professionnels. Ainsi, elle raconte un sentiment collectif d'attachement à ce monsieur. Le mot « facilement » de la phrase : « on a facilement trouvé un médecin » désigne aussi la force impersonnelle et collective qui mobilise les gens. C'est pourquoi elle s'incline « spontanément ». Au niveau du don et de la communication, c'est comme si une telle communauté se forme de manière spontanée.

Ainsi, ce monsieur est décrit comme quelqu'un qui attire les autres gens. Le malade qui a évité les voisins et qui a été aliéné se convertit en quelqu'un qui attire les gens au cours du soin à domicile qui a duré longtemps. Le « sublime » était propre à la rencontre avec le « lieu solitaire » du malade. Maintenant le « sublime » est celui de quelqu'un qui attire les gens en vivant tranquillement. La définition de la schizophrénie glisse de la difficulté de la communication à l'attraction et on peut entrevoir quelque chose comme une « psychopathologie de la potentialité ». Si un schizophrène peut attirer les gens, c'est parce qu'il réussit à se poser au niveau du don et de la « communication » au sens de Bataille tout en se réconciliant avec la société.

Ce texte se base sur des recherches admises par le comité éthique de la Section de la sociologie du Collège de la Science Humaines de l'Université d'Ossaka. Je remercie Mlle. X pour sa collaboration. Et, je remercie également à Svetlana Sholokhova, Fabio Bruschi et Oleg Bernaz pour leurs conseils.

**Yasuhiko Murakami** est professeur de philosophie à l'Université d'Osaka. Ses intérêts de recherche portent sur la phénoménologie d'Emmanuel Levinas et sur la psychopathologie. Il est notamment l'auteur de *Levinas phénoménologue*, Jérôme Millon, 2002 et de *Hyperbole. Pour une psychopathologie levinassienne*, Association pour la promotion de la phénoménologie, 2008.

E-mail: [murakami@hus.osaka-u.ac.jp](mailto:murakami@hus.osaka-u.ac.jp)