

EN MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE, QUAND ACCUEILLIS ET PROFESSIONNELS SE JOUENT DU MOINDRE SOUFFLE D'AIR

Isabelle Basset, psychologue clinicienne

ÉLÉMENTS DU CONTEXTE INSTITUTIONNEL

En France, jusqu'à la moitié du 20^{ème} siècle, les sujets dits « arriérés profonds » n'ayant pas possibilité de rester dans leur famille se trouvaient placés soit en hospice, soit à l'asile, parfois en fonction de la prédominance de la nature de leurs troubles, mais aussi selon l'organisation locale du réseau de soin et d'accueil.

Dans notre région, à la fin des années cinquante, un « service d'enfants inéducables » a été créé à l'hôpital psychiatrique, à la demande du Département. Ses méthodes actives auprès de cette population semblent avoir concouru à un accueil conséquent de sujets déficitaires, obligeant l'institution hospitalière à tenir compte de cette orientation particulière, de cette spécialité alors reconnue dans la région, parfois à contre-sens des politiques de santé.

En effet, tout au long du XX^{ème} siècle en France, l'hôpital s'est vu contraint de rompre avec sa tradition de charité et d'hospitalité pourtant ancrée étymologiquement. Sa tâche primaire a évolué, au fil du temps, de l'hébergement vers le curatif. Depuis les années soixante-dix, les politiques publiques posent la nécessité de réorganiser les dispositifs sanitaires et de réduire la capacité d'accueil dans les hôpitaux, particulièrement en psychiatrie. S'il s'agit de limiter les dépenses dans une logique gestionnaire, le maintien de nombreux patients dans des services de psychiatrie ou de long séjour est aussi interrogé.

Aujourd'hui, l'hospice et l'asile n'existent plus et les enfants ainsi placés sont devenus adultes. Ils vivent soit dans des institutions relevant du secteur médico-social – les anciens hospices convertis en foyers de vie, par exemple – soit dans des services de long séjour en psychiatrie. Avec la loi de 1975, qui a organisé le secteur médico-social, les patients souffrant de psychose infantile chronique et déficitaire, qui vivaient au long cours à l'hôpital, ont pu avoir accès au statut de personnes handicapées. La déficience intellectuelle profonde a été mise en évidence, en creux de leurs troubles psychotiques. Si l'on a ainsi pu envisager de les orienter vers des institutions de ce champ médico-social, nombre d'entre eux sont restés accueillis au sein de l'hôpital. La gravité de leurs troubles du comportement est souvent évoquée, mais nous pouvons aussi entendre les propos d'une soignante travaillant à l'hôpital depuis de

nombreuses années : « Ils font partie des murs et nous sommes leur famille, alors pourquoi les chasser et provoquer la perte de leurs repères ? Ils habitent ici ! ».

En 1996, l'évolution de la législation¹ a offert aux hôpitaux psychiatriques la possibilité de créer des établissements médico-sociaux qui puissent notamment accueillir ces patients institutionnalisés. Que le Code de la santé publique évolue ainsi nous révèle donc que cette problématique est nationale.

C'est dans ce contexte que la maison d'accueil spécialisée s'est ouverte en 2003. Son agrément administratif permet l'accueil de sujets présentant un « retard mental profond ou sévère ». Ses trente places, à l'ouverture, ont été occupées par des patients souffrant majoritairement de psychoses déficitaires. Ces sujets, déficients intellectuels profonds, dépourvus de la parole pour la plupart, présentent des troubles du comportement envahissants et des conduites archaïques. Leurs manifestations d'angoisse massive à l'égard de leur environnement nécessitent un accompagnement rassurant et contenant, qui puisse rendre leur entourage familial et repéré.

C'est une population très spécifique pour une MAS. La création des maisons d'accueil spécialisées, en 1978, s'adressait à un public nécessitant « une surveillance médicale et des soins constants² » au vu de l'association de plusieurs handicaps, les « troubles psychiatriques » n'y étant pourtant pas évoqués, puisqu'ils se devaient d'être « stabilisés », selon le terme couramment employé. Ainsi, il était établi dans les représentations collectives que le secteur médico-social n'était pas en mesure de contenir des situations de crises liées à des troubles psychopathologiques aigus, tout comme le secteur sanitaire n'était pas suffisamment spécialisé en matière d'éducation.

Le choix de cette création d'établissement s'est donc engagé vers une institution au croisement du champ sanitaire et du champ social, une orientation récente qui reste originale en France³. Bien que l'agrément de la maison d'accueil spécialisée ne le mentionne pas explicitement, son lien administratif à l'hôpital psychiatrique semble, encore aujourd'hui, légitimer sa spécificité à accueillir des sujets présentant des troubles du comportement aigus d'origine psychopathologique.

¹ Article 51 de l'ordonnance hospitalière n°96-346 du 24 avril 1996 réformant l'article L. 711-2-1 du Code de la Santé Publique.

² Selon le décret 78-1211 du 26 décembre 1978 qui a institué les Maisons d'Accueil Spécialisées.

³ BRACONNIER A., CORNEC A., JAEGER M., PAPANICOLAOU G., 1992. « L'arriération mentale profonde » aux frontières du sanitaire et du social », in *L'Information Psychiatrique*, N°5 – mai 1992, p. 479-488.

DE L'ÉTABLISSEMENT À L'INSTITUTION

Nous sommes dans le champ des cliniques de l'extrême. Simone Korff-Sausse⁴ a ainsi souligné combien la rencontre avec la personne lourdement handicapée et déficitaire occasionne l'expérience de *l'inquiétante étrangeté*, qui fait obstacle à nos capacités identificatoires et suscite des projections fantasmatiques dans le registre du monstrueux et de l'animalité. A l'ouverture, les trente personnes accueillies avaient entre 43 et 55 ans, elles étaient donc institutionnalisées depuis l'enfance, voire la toute petite enfance, et la majorité d'entre elles n'avait plus de lien familial. Du statut de « patient », « malade hospitalisé en psychiatrie », chaque sujet est devenu « résident », en « situation de handicap » et « usager » du secteur médico-social.

À l'ouverture, l'équipe éducative, intervenant au quotidien auprès des accueillis, n'était pas particulièrement formée ou spécialisée en psychiatrie. Cette équipe était essentiellement composée de moniteurs-éducateurs et d'aides médico-psychologiques. Leurs formations, basées sur des conceptions éducatives, les amenaient à envisager le sujet dans ses potentialités d'accès à l'autonomie. Mais rapidement, l'équipe s'est heurtée à la dimension de chronicité très prégnante en psychiatrie, notamment lorsque l'on évoque des sujets institutionnalisés. Se dégager de cet aspect en s'appuyant sur une dynamique rééducative permettait aussi de se protéger de l'étrangeté. On retrouve ici toute la difficulté de l'approche du sujet déficient intellectuel profond : reconnaître son aspect déficitaire pour lui adresser des propositions à sa mesure sans pour autant se résigner à la chronicité afin d'échapper à son impact quelque peu mortifère. Mais il s'agissait tout autant de contrer des représentations peu engageantes du travail en maison d'accueil spécialisée qui s'organise autour de soins de nursing, souvent déconsidérés chez les professionnels.

S'intéresser à des personnes déficientes et faire le choix de leur venir en aide n'est pas une démarche anodine. Non seulement, la dépendance vient se heurter à nos propres vulnérabilités, du registre de l'archaïque d'un état de dépendance que nous avons forcément aussi connu lorsque nous étions nourrissons, et dont la réactivation nous est difficile. Mais encore, côtoyer l'angoisse psychotique est une expérience singulière qui met en jeu des mécanismes d'attaque du lien décrits par Wilfred R. Bion⁵ et déclinés par nombre d'auteurs s'intéressant aux dynamiques institutionnelles et à la fonction soignante. En accueillant ces personnes souvent très envahies par des angoisses archaïques, l'institution s'est faite le réceptacle et le contenant de leurs errances et désorganisations psychiques. Ici, le sujet en tant que professionnel est aussi concerné par l'épreuve du clivage, du morcellement et de la destructivité, puisque bien souvent, lorsque l'on s'intéresse à la clinique de l'institution, on

⁴ KORFF-SAUSSE S., 2011. « L'enfant monstrueux, un fantasme d'adulte ? », *Enfances & Psy*, 2011/2 n°51, p.48-58. Et « Les identifications déshumanisantes : l'animalité dans la vie psychique et la création artistique », *Revue française de psychanalyse*, 2011/1 Vol. 75, p.87-102.

⁵ BION W.R., 1959. « Attaques contre la liaison », in *Réflexion faite*, Paris, PUF, Trad. Franç. F. Robert, 4^{ème} édition 2001.

observe une forme de résonance entre la pathologie centrale des accueillis et les failles latentes de la structure, la désorganisation institutionnelle étant souvent en écho à celle des accueillis. Jean-Pierre Pinel⁶, entre autres, nous l'a bien montré en évoquant le phénomène de déliaison au sein de l'institution.

Une autre particularité est prégnante dans cette maison d'accueil spécialisée. La majorité des personnes accueillies a une longue histoire institutionnelle qui, peu à peu, s'est trouvée confondue à l'histoire subjective de chacun. Accueillis dès les années soixante au service des enfants inéducables de l'hôpital, ils ont ensuite fréquenté les pavillons d'adultes réservés aux patients les plus dépendants. Cette histoire commune véhicule des représentations collectives construites par les récits d'anciens soignants, qui rapportent des images de promiscuité et de négligences, sources de fantasmes et d'une culpabilité héritable.

De plus, au fil de ces années, de nombreuses personnes ont vu leurs liens familiaux s'étioler, lorsque ceux-ci n'avaient pas été rompus dès l'admission précoce, l'institution venant là aussi occuper une place particulière dans l'histoire du sujet. Force est de constater, d'une part, l'hyper-responsabilisation des professionnels à l'égard du sujet considéré comme sans famille et d'autre part, des états clastiques de recherche d'attention chez les accueillis pouvant être mis en lien avec une détresse abandonnique.

Les hommes et les femmes qui vivent à la maison d'accueil spécialisée savent exprimer leurs émotions et être présents dans la rencontre, parfois de façon infime. Mais ils ne sont pas en mesure de s'expliquer au moyen de la verbalisation et présentent fréquemment des conduites clastiques, aussi dans un registre archaïque. C'est leur proximité quotidienne et l'accomplissement d'actes en lien avec la vie métabolique et intime qui permettent aux professionnels de décrypter leurs expressions et de trouver des pistes de résolution des énigmes subjectives présentées par chacun.

À l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée, la mission éducative ou rééducative était une démarche prépondérante. Réduire les déficits, s'impliquer pour que chaque sujet puisse accéder à l'autonomie, se conformer à la norme et appliquer les règles de vie collective constituaient les enjeux des pratiques en MAS, qui offraient des assises rassurantes et valorisantes aux professionnels du quotidien. Les crises clastiques des accueillis étaient des moments délicats, où se rigidifiaient les postures de chacun. La vie quotidienne et les soins de nursing, s'ils étaient considérés au départ comme des obligations incontournables, se trouvaient peu investis psychiquement par les intervenants, même s'ils occupaient une grande partie du temps journalier.

Des activités à médiation ont toujours été proposées et l'offre s'affine chaque année. Elles sont essentiellement ciblées autour des sensations, comme la cuisine, le Snoezelen, la musique, la détente, la marche ou encore plusieurs types d'activités aquatiques. Curieusement, le jeu est une médiation peu investie. Les professionnels expliquent ne pas

⁶ PINEL JP, 1996. « La déliaison pathologique des liens institutionnels », in KAËS R. et Al., *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod.

avoir trouvé de medium suffisamment adapté, notamment pour des personnes de cet âge et disent se refuser à les « infantiliser » en leur proposant des jeux de type premier âge susceptibles de leur convenir. Donc on ne joue pas, ou très peu. En tout cas pas sérieusement, puisque le jeu n'est pas inscrit au programme des médiations.

Pourtant, il nous semble que c'est au moyen du jeu que s'est opéré le passage de l'établissement vers l'institution, au sens de François Tosquelles. Durant les dix premières années qui ont suivi l'ouverture de la structure, accueillis et professionnels ont pris le temps de se rencontrer et d'instituer, ensemble, cette notion d'ambiance si chère à Jean Oury. Le jeu et l'humour y ont peu à peu pris une grande place, comme si, au final, le jeu devenait médiateur pour permettre des aménagements autour de la vie quotidienne. Si l'on dit souvent que le quotidien en institution doit être perçu comme une médiation à part entière, il nous semble qu'ici, les professionnels ne sont parvenus à l'intégrer sur ce mode qu'en lui donnant une dimension ludique. Cette démarche aura certainement permis de se dégager de l'impact d'une population perçue comme difficile du fait de sa grande dépendance et de sa tendance à la chronicité, tout comme de la réputation peu valorisante de la fonction éducative en MAS. De la même façon, rire avec le sujet de ses tentatives d'effraction du cadre a permis d'assouplir considérablement les cristallisations étrangement inquiétantes et envahissantes de l'angoisse qui transparaissait alors.

Au fil des rencontres et des situations, chaque intervenant a dû questionner sa posture et la modifier, parfois même de façon infime pour pouvoir s'adresser au sujet sans venir faire effraction chez lui et l'affecter. Mais aussi, les professionnels ont dû mener un travail de réflexion important pour connaître finement chaque sujet, du côté de son histoire, de sa pathologie et du caractère des différentes angoisses qui pouvaient parfois l'envahir. Une différenciation pour se dégager de la confusion où le sujet – qu'il soit professionnel ou accueilli – risque de se diluer lorsque le collectif se trouve trop uniforme et ritualisé.

UNE APPROCHE DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE PROFONDE QUI PRIVILÉGIE L'EXPÉRIENCE SUBJECTIVE

Lorsque ces personnes ont été hospitalisées dans les années soixante, elles portaient pratiquement toutes le diagnostic générique « d'idiotie », assorti de ses représentations d'incurabilité et d'inéducabilité fixées dès le XIX^{ème} siècle par Esquirol.

Depuis, avec l'émergence de la psychanalyse et les nouveaux acquis de la psychiatrie en Europe, au sein d'une société qui a considérablement muté, une approche pluridisciplinaire et dynamique a pris en compte les possibilités de subjectivation de l'enfant que l'on taxait

d'idiotie. Le concept de psychoses à expression déficitaire, développé par Roger Misès⁷ et son équipe a permis d'envisager la déficience intellectuelle dans une dimension structurale, mais surtout évolutive – évolution déjà défendue par Séguin et Bourneville – et de permettre la sortie de nombreuses personnes de l'état de relégation et d'abandon auquel elles étaient contraintes. En s'appuyant sur leur expérience clinique, ils ont pu décliner des formes polymorphes et dysharmoniques qui faisaient rupture avec cette idée générique d'idiotie. Au-delà d'un aspect organique – les atteintes cérébrales souvent présentes dès la naissance –, ils ont aussi tenu compte de l'importance de la qualité de l'environnement du sujet. La relation objectale et ses possibles vicissitudes, telles les carences affectives graves dans ce contexte précis de déficience intellectuelle, sont devenues une perspective essentielle, tout comme la prise en compte de l'anxiété provoquée par une relation altérée à l'environnement, permettant alors de souligner la possibilité d'un vécu psychotique chez le sujet déficitaire. L'intrication étroite entre les déficiences instrumentales et instinctuelles, les perturbations de l'instauration des premiers liens et les troubles de niveau psychotique ont permis de reconnaître la possibilité chez le sujet d'aménagements structurels pour qu'il puisse se dégager du couperet ancestral de l'incurabilité s'appuyant, de façon dogmatique, sur une étioLOGIE organiciste et déterministe. De plus, il a été admis qu'un sujet déficitaire pouvait s'engager dans une dynamique transférentielle et qu'une équipe institutionnelle devait y tenir une place pour proposer une constellation transférentielle et prendre en compte les différents modes relationnels en jeu au quotidien. C'est une approche importante, que l'on se doit de défendre encore aujourd'hui pour soutenir la subjectivation de chaque personne, même si elle se trouve aux prises avec un état déficitaire qui semble l'amenuiser à l'extrême.

La déficience intellectuelle profonde place le sujet dans un rapport particulier à son environnement du fait de la restriction de ses capacités de perception, d'élaboration et de symbolisation ordinaires⁸. Celle-ci entraîne inévitablement une perception troublée du monde, ainsi que des difficultés à l'investir et donc à communiquer.

La théorie de la symbolisation et de son processus, proposée par Anne Brun et René Roussillon⁹ nous a beaucoup éclairée pour saisir l'évolution complexe de l'éprouvé qui impacte un sujet, d'abord de façon sensorielle, émotionnelle ou pulsionnelle pour être ensuite re-présentée puis symbolisée.

Si l'on ne peut confondre l'expérience de l'*infans* avec celle d'un adulte qui a éprouvé cinquante années d'expérience(s), leurs travaux à propos des formes primaires de

⁷ MISÈS R., 1975. *L'enfant déficient mental*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Le fil rouge, 2^{ème} éd. 1981.

Et MISÈS R., BARANDE I., 1963. « Les états déficitaires dysharmoniques graves. Étude clinique des formes précoces intriquant relation psychotique et symptomatologie déficitaire », *La psychiatrie de l'enfant*, 1963, vol. IV, fasc. 1, pp. 1-78.

⁸ SALBREUX R., MISÈS R., 2005. « La notion de déficience intellectuelle et ses applications pratiques », *Contraste* 2005/1 (n°22-23), p.23-47.

⁹ ROUSSILLON R., 1999. *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, Coll. Le fait psychanalytique.

Et BRUN A., ROUSSILLON R. et al., 2014. *Formes primaires de symbolisation*, Paris, Dunod, Coll. Inconscient et culture.

symbolisation nous ont amenée à rapprocher les manifestations d'angoisses archaïques des sujets déficitaires avec l'insuffisance (voire l'absence) d'un travail de symbolisation pour s'approprier des perceptions sensorielles. Nous y avons aussi retrouvé de quelle façon les processus symboliques pouvaient être aux prises avec des mécanismes de démantèlement sous le coup de l'angoisse, des agonies primitives auxquelles se trouvent confrontés nombre de sujets psychotiques. Le délicat travail des professionnels du quotidien nous montre de quelle façon ceux-ci cherchent des moyens d'offrir une contenance ou une réassurance convenant à chaque accueilli afin qu'il puisse peu à peu se dégager d'une expérience d'asymbolisation, pour accéder, autant que possible à des moyens de symboliser, quitte à traverser aussi des épisodes de désymbolisation¹⁰.

UN CAS CLINIQUE

Christian¹¹ est à l'affût. Il se déplace d'un point à l'autre de la salle de vie commune, les mains derrière le dos. Il respire de façon saccadée et balance la tête de droite à gauche, balayant de son regard l'espace qui l'entoure. Deux baies vitrées donnent sur l'extérieur et se trouvent de part et d'autre de la pièce. Il se place face à une vitre, lève une main vivement à plusieurs reprises et se met à crier d'une voix qui résonne : « Casser carreau ! Casser carreau ! Casser carreau ! » Il se tourne dos à la vitre à plusieurs reprises, toujours en gesticulant et en criant les mêmes mots et nous observons qu'il regarde vers l'autre baie vitrée, à l'extrémité de la pièce. Les accueillis présents s'agitent. S'il ne semble pas nous entendre, il ne semble pas non plus nous voir près de lui, nous devons reculer à plusieurs reprises pour éviter un choc. Si l'on essaie de lui saisir les mains, il se dégage. Un infirmier accourt, il l'enveloppe de ses bras pour le contenir, lui parle doucement et l'emmène dans sa chambre. Il s'y apaisera et pleurera à gros sanglots.

Christian a été institutionnalisé, d'abord en hospice en 1963, dès l'âge de trois ans. À dix-neuf ans, il a été orienté vers un autre hospice où vivaient trois de ses frères. Nous ne savons pas s'il y a établi des liens, nous n'avons aucune trace de ses accueils passés et il n'a plus de lien familial aujourd'hui. Il a été hospitalisé à l'âge de quarante-six ans, en raison de « passages à l'acte hétéroagressifs¹² » qui ne permettaient plus son maintien dans un foyer de vie ordinaire (l'hospice étant, entre temps, devenu foyer de vie).

Après trois ans d'hospitalisation dans différents services, son accueil à la maison d'accueil spécialisée s'est avéré délicat. Christian inquiétait. Il était imprévisible et dans une grande

¹⁰ BRUN A., ROUSSILLON R. *et al.*, 2016. *Aux limites de la symbolisation*, Paris, Dunod, Coll. Inconscient et culture.

¹¹ Nous faisons le choix de nommer la personne Christian, même si « Monsieur V. » eut été plus correct pour un homme de son âge. Au quotidien dans l'institution, professionnels et accueillis se nomment par leurs prénoms.

¹² D'après son dossier d'hospitalisation.

recherche d'attention. Ses états clastiques impressionnaient tant les professionnels que les autres accueillis. Il a dû être hospitalisé à plusieurs reprises et il fut même question de mettre fin à son accueil à la MAS en raison de sa potentielle dangerosité.

Son histoire étant ponctuée de ruptures sur fond de rejet et d'abandon, nous avons fait le choix de ne pas renoncer à l'accueillir et de nous engager dans une compréhension affinée du sujet. Mais malgré nos efforts de compréhension, son agitation restait incompréhensible. Nous nous appuyions alors sur le signifiant « Casser carreau ! » et nous ne saisissons pas le sens de ce que nous avons longtemps perçu comme de l'agressivité à l'égard des carreaux, voire à notre égard aussi parfois. Enfin, puisque, finalement, il ne cassait jamais rien, nous nous sommes dégagés de cette idée du risque de bris de glace. Et là, ainsi que le texte présentant la situation le laisse deviner, nous avons découvert qu'il était davantage saisi par son reflet, renvoyé par le carreau, que par la matière en elle-même.

Ainsi avons-nous découvert Christian aux prises avec une angoisse provoquée par l'image de son double, mais aussi par son effacement, sa dissolution. Sigmund Freud¹³ évoque de quelle façon il a pu lui-même se laisser surprendre par une telle expérience, il énonce juste un « déplaisir », puisqu'il est affranchi de tout fonctionnement de pensée animiste. Mais il interroge quand même son trouble : « Qui sait si le déplaisir éprouvé n'était tout de même pas un reste de cette réaction archaïque que ressent le double comme étant étrangement inquiétant ?¹⁴ ».

Chez Christian, il y a une rupture du circuit pulsionnel lorsque l'angoisse l'envahit ainsi. Il semble ne plus pouvoir s'adresser à l'objet qui n'existe plus pour lui à ce moment précis et donc, il ne peut alors plus bénéficier de sa potentialité contenante. C'est un état massif, lié à une fragilité dans la constitution du moi et à une enveloppe corporelle faillible, qui ne nous est finalement aucunement adressé, ni à nous, ni aux carreaux, ni à lui-même. Il nous aura fallu du temps pour nous dégager de l'impression d'être attaqués, et en danger.

Lorsque le *clastique* se trouve résulter d'une destruction du lien et de l'effondrement du moi du sujet, la démarche institutionnelle doit alors viser à apporter la contenance suffisamment résistante pour retenir et rassembler l'appareil mental qui se dilue. Pour faire appui au remantèlement du sujet, il faut être présent pour réintroduire du lien et donc, trouver les ressources pour se dégager soi-même de l'impact de l'*archaïque* qui vient aussi nous heurter et faire intrusion.

Dans son service de pédopsychiatrie, Pierre Delion observe la contagiosité de l'angoisse chez le soignant, qui, quand il devient réceptacle des projections du patient, peut se trouver envahi d'un affect de peur, qui ne serait autre que celle du sujet en souffrance ainsi recueillie par le

¹³ FREUD S., 1919. « L'inquiétante étrangeté », in *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1933, coll. « idées », 1971, pp.163-210.

¹⁴ *Ibid.*, p. 204.

soignant. Son idée de faire de la peur une « amie transférentielle¹⁵ », un support à l'intersubjectivité primaire, nous permet d'envisager le rôle que l'entourage du sujet peut jouer dans la mobilisation de ses relations objectales, jusqu'à la possible modification de la teneur de ses agis, entre violence, agressivité et apaisement. Cette perspective dynamique et évolutive vient contredire, à nouveau, les idées d'automatisme et de stéréotypie encore prêtées très récemment – et même toujours actuellement – aux agis clastiques du sujet déficitaire, comme une réminiscence de l'incurabilité et de l'inéducabilité ancestrales.

A la MAS, les normes actuelles d'aménagement de l'espace s'avèrent peu tenir compte des troubles spécifiques des accueillis. L'architecture se trouvant immuable, il nous reste à mobiliser le sujet pour lui permettre de s'accommoder d'une réalité éprouvante. Aujourd'hui, si nous nous efforçons d'éloigner Christian des espaces vitrés, nous l'observons encore fréquemment s'exposer à l'expérience du reflet, se laissant déborder par cette excitation qui provoquera notre intervention rassurante auprès de lui. Nous avons pu repérer que ces épisodes pouvaient survenir lorsqu'il est dans l'espace de vie commune et qu'un professionnel se trouve dans la même pièce ou passe tout près sans s'adresser à lui. Alors, nous envisageons qu'à l'angoisse de néantisation peut s'adjoindre une détresse abandonnique chez Christian, en écho à son histoire subjective. En faisant le postulat, que ces sujets placés depuis l'enfance s'avèrent sensibles au sentiment d'abandon et que celui-ci ne peut être symbolisé comme chez le sujet dit ordinaire, nous avons alors pu donner sens à nombre d'épisodes clastiques survenus dans l'institution. De ce fait, des signes d'attention au quotidien, ne serait-ce que nommer le sujet en le croisant, tendent à contrecarrer la détresse abandonnique qui, sinon, évolue vers la recherche d'attention. De plus, les professionnels, sensibilisés au rapport de Christian avec son reflet ont entrepris d'en jouer et d'en rire, au moment de la toilette, lorsque le miroir lui est présenté, mais aussi face aux carreaux, lorsque Christian semble chercher à s'y scruter. La drôlerie ainsi proposée peut venir remplacer la terreur, tant pour Christian que pour celui qui l'accompagne.

SE JOUER DU MOINDRE SOUFFLE D'AIR...

Comme nous le remarquons plus haut, bien que le jeu ne soit pas formalisé dans l'institution par un médium spécifique et repéré, nous pouvons conclure qu'il est loin d'y être inexistant. Au fil des années, il semble même être devenu une assise de l'ambiance institutionnelle.

Se jouer du reflet dans un carreau auprès de Christian en est un exemple, mais nous aurions pu saisir d'autres de ces moments, où le sujet confronté à un ressenti d'étrangeté face à un phénomène du quotidien est accompagné vers sa symbolisation, au moyen du jeu que va

¹⁵ DELION P., 2009. « La peur et les soignants. La peur peut devenir une amie transférentielle (à propos de deux histoires singulières) », *Dialogue*, 2009/2 n°184, pp. 55-58.

proposer le professionnel. C'est ainsi qu'un souffle d'air, le bruit de la grêle ou de la perceuse, un filet d'eau qui s'écoule ou un panier à linge qui se renverse deviennent des éléments médiums propices au lien et à la familiarisation d'avec l'étrangement inquiétant. Il s'agit aussi de faire face à l'imprévu, au grain de sable qui enraye soudain les rouages d'un quotidien ritualisé. C'est le principe du jeu d'improvisation, base de la *commedia dell'arte* qui se joue de tout événement survenant dans le public pour accéder au comique.

Depuis l'ouverture de l'institution, l'équipe s'est modifiée de façon progressive. Récemment, des aides-soignants ont rejoint cette équipe du quotidien et sont venus enrichir le regard des moniteurs-éducateurs et des AMP en proposant de nouveaux angles de compréhension. L'équipe soignante et paramédicale s'est également rapprochée de l'équipe éducative auprès du sujet accueilli, mais aussi lors de réunions cliniques et du groupe d'analyse des pratiques. Peu à peu, cette institution a trouvé à se situer au « croisement du sanitaire et du social », en confrontant des cultures professionnelles certes différentes, mais qui trouvaient à s'accorder en s'appuyant sur la rencontre et la relation avec le sujet accueilli. Là encore, l'ambiance institutionnelle, qui s'est aussi déployée dans les interstices, semble avoir offert des assises à cette équipe concernée et atteinte collectivement par l'archaïque, le clastique, la dégradation et le deuil.

La création d'une telle structure, avec le principe d'y accueillir les plus démunis et les plus incurables de l'hôpital, nous engageait vers des représentations collectives de mise au rebut, d'inutilité et de gardiennage. Il aura fallu quelques années à cette équipe pour se dégager de ces influences et de l'impact mortifère d'une chronicité, qui n'avait pas forcément été envisagée par les professionnels issus d'une culture de l'action éducative pour l'accès à l'autonomie. Alors, puisque le travail en MAS se dote d'une difficulté certaine du fait de sa spécificité et reste peu valorisé dans le champ sanitaire comme dans celui du médico-social, la créativité des équipes apparaît essentielle pour trouver les aménagements susceptibles de leur permettre d'investir leurs pratiques.

Mettre le jeu et l'humour en avant pourrait traduire un manque de sérieux. D'ailleurs, une telle orientation se trouve difficilement quantifiable ou classifiable dans une démarche d'évaluation. De la même façon, nous ne retrouvons pas les items « faire des blagues » ou même « mobiliser l'humour » dans les projets personnalisés des accueillis. Pourtant, de notre place de psychologue dans l'institution, nous ne pouvons qu'observer combien l'utilisation du jeu, au quotidien et lors des soins, permet de concourir à l'apaisement du sujet aux prises à des angoisses archaïques et envahissantes. Entendre des rires ou être interpellée joyeusement sont des phénomènes qui ont peu à peu empiété sur l'ambiance pesante que l'on pourrait attendre de ce type d'institution.

Ainsi, pour circuler du déplaisir au plaisir, notre choix fût d'emprunter le passerelle de la plaisanterie.