



HAL
open science

Être vu, se voir, se donner à voir : les dires de soi en situation d'étiquetage par des "patients" de la psychiatrie dans une communication publique

Martine Dutoit

► **To cite this version:**

Martine Dutoit. Être vu, se voir, se donner à voir : les dires de soi en situation d'étiquetage par des "patients" de la psychiatrie dans une communication publique. Education. Cnam, 2009. Français. NNT: . tel-00639967

HAL Id: tel-00639967

<https://theses.hal.science/tel-00639967>

Submitted on 10 Nov 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Conservatoire National des Arts et Métiers
Centre de Recherche sur la Formation**

École doctorale « Arts et Métiers »

**Être vu, se voir, se donner à voir
Les dires de soi en situation d'étiquetage**

**PAR DES "PATIENTS" DE LA PSYCHIATRIE DANS
UNE COMMUNICATION PUBLIQUE**

**THÈSE PRÉSENTÉE EN VUE DE L'OBTENTION DU TITRE DE
DOCTEUR EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION
(FORMATION DES ADULTES) PAR**

MARTINE DUTOIT

**SOUS LA DIRECTION DE JEAN-MARIE BARBIER
PROFESSEUR, CNAM**

Membres du Jury

EBERSOLD Serge, Professeur, Université Strasbourg II

JODELET Denise, Directrice d'études, EHESS

KOMITES Pénélope, Conseillère Technique chargée du Handicap, Conseil Régional Ile de France

MARINOWICZ-HETKA Ewa, Professeure, Université de Lodz, Pologne.

SAMPAIO Eliana, Professeure, CNAM

PARIS

SOUTENUE LE 12 MAI 2009

A mon père, à ma mère, pour avoir toujours "cru" en leurs enfants, don de confiance qui m'a permis de faire ce chemin,

A Clément et à Paul, à qui j'espère l'avoir transmis.

Merci à celles et ceux qui m'ont ouvert le cœur et l'esprit.

Merci à celles et ceux qui ont contribué à cette aventure, ces personnes "étiquetées" toujours et partout, celles qui s'engagent à leurs côtés, toutes et tous compagnons de route,

Merci à celles et ceux qui ont accepté d'être les correcteurs attentifs et exigeants de la rédaction de cette thèse.

Merci à mes compagnes et compagnons du séminaire de thèse qui ont contribué généreusement à sa réalisation.

Merci à Jean-Marie Barbier pour avoir toujours su, avec talent et générosité, accepter, susciter, stimuler, encadrer le débat d'idées et accompagner la construction et la réalisation de cette thèse.

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	3
EXPÉRIENCE ET QUESTIONNEMENT.....	6
ETRE CONFRONTE AUX MOTS QUI ASSIGNENT	6
<i>Au commencement</i>	6
<i>Une pratique professionnelle.....</i>	8
<i>Questionnement et enjeux.....</i>	9
LA RECHERCHE.....	12
<i>La démarche de recherche</i>	12
<i>Exposition de la recherche</i>	14
CHAPITRE I : LES PRATIQUES DE CATEGORISATION.....	17
1. 1 LA FONCTION DE CATEGORISATION	17
1. 1. 1 <i>Catégoriser</i>	17
1. 1. 2 <i>Être catégorisé.....</i>	21
1. 1. 3 <i>Faire avec le fait d'être catégorisé.....</i>	24
1. 2 LA CATEGORISATION DANS LES "METIERS DE LA SOCIETE".....	26
1. 2. 1 <i>Les pratiques administratives</i>	26
1. 2. 2 <i>Le travail social.....</i>	27
1. 2. 3 <i>Les pratiques médicales.....</i>	30
1. 2. 4 <i>L'éducation et la formation</i>	31
1. 3. LA CONSTRUCTION DU "PATIENT" PAR L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE.....	34
1. 3. 1 <i>La rencontre malade/psychiatre : une étape du processus d'étiquetage</i>	35
1. 3. 2 <i>Les voies de la construction du patient.....</i>	38
1.3.2.1 <i>Le dossier médical</i>	38
1.3.2.2 <i>L'interaction entre acteurs de l'équipe soignante</i>	39
1.3.2.3 <i>Les cadres interprétatifs mobilisés par les professionnels</i>	41
1.3.2.4 <i>L'organisation des services.....</i>	42
1. 3. 3 <i>Du diagnostic à l'étiquette sociale</i>	44
1. 4 LA CATEGORISATION PERÇUE PAR LES PATIENTS	48
CHAPITRE II ETIQUETAGE, PERCEPTION DE L'ETIQUETAGE, REPRESENTATION DE SOI ET COMMUNICATION SUR SOI.....	54
2. 1 NOMINATION ET ETIQUETAGE.....	55
2. 1. 1 <i>La nomination.....</i>	55
2.1.1.1 <i>Faire exister et mettre en ordre</i>	55
2.1.1.2 <i>En mettant en relation plusieurs "rapports au monde"</i>	56
2.1.1.3 <i>Pour pouvoir agir</i>	58
2. 1. 2 <i>L'étiquetage</i>	60
2.1.2.1 <i>Faire exister dans un ordre social</i>	60
2.1.2.2 <i>En utilisant le stéréotype comme catégorie "naturelle"</i>	61
2.1.2.3 <i>Pour agir avec/sur autrui.....</i>	64
2. 2 EXPERIENCE DE L'ETIQUETAGE : ETRE VU COMME.....	66
2. 2. 1 <i>Une situation d'exposition de soi</i>	68
2. 2. 2 <i>Une confrontation aux normes qui s'imposent à soi</i>	69
2. 2. 3 <i>Un vécu de stigmatisation.....</i>	72
2. 3. LE TRAITEMENT DE L'ETIQUETTE PAR LES SUJETS ETIQUETES, SE VOIR COMME	74
2. 3. 1 <i>S'inter-percevoir</i>	76
2.3.1.1 <i>Se voir comme</i>	76
2.3.1.2 <i>Voir autrui</i>	78
2. 3. 2 <i>Se voir dans l'interagir.....</i>	79
2.3.2.1 <i>Le sentiment de compétence.....</i>	79
2.3.2.2 <i>L'adoption de rôle</i>	81
2.3.2.3 <i>Du rôle à l'étiquette</i>	83
2. 3. 3 <i>Se situer dans des rapports interindividuels et sociaux.....</i>	86
2.3.3.1 <i>L'habilitation intersubjective</i>	87
2.3.3.2 <i>Le sentiment d'appartenance à un groupe.....</i>	87
2.3.3.3 <i>Les attributions réciproques entre groupes sociaux</i>	90

2. 4 LA COMMUNICATION SUR SOI, SE DONNER A VOIR COMME	93
2. 4. 1 <i>Communiquer</i>	94
2.4.1.1 La notion d'intention d'influence	94
2.4.1.2 La notion de sens et de signification	95
2.4.1.3 La notion d'adresse	97
2.4.1.4 La notion de polyphonie	98
2. 4. 2 <i>Communiquer sur soi</i>	99
2.4.2.1 Les présentations de soi dans la communication	100
2.4.2.2 Les stratégies de présentation de soi	104
CHAPITRE III PARLER DE SOI	106
3. 1 PARLER DE SOI EN SITUATION DE COMMUNICATION PUBLIQUE	106
3. 1. 1 <i>Objectifs et contexte de la production</i>	107
3. 1. 2 <i>Acteurs</i>	108
3. 1. 3 <i>Réalisation du tournage</i>	109
3. 1. 4 <i>Montage</i>	111
3. 2 L'OBJET : LES DIRES DE SOI EN SITUATION D'ETIQUETAGE	112
3. 3 HYPOTHESES : LIENS ENTRE ETIQUETAGE, VECU DE L'ETIQUETAGE ET PRESENTATION DE SOI	114
3. 4 CHOIX DES OUTILS METHODOLOGIQUES	116
3. 4. 1 <i>Traitement du matériau</i>	119
3. 4. 2 <i>Construction d'indicateurs de perception de l'étiquetage</i>	121
3. 4. 3 <i>Construction des adresses</i>	123
CHAPITRE IV DIRES DE SOI, IMAGES DONNEES ET ADRESSES	127
4. 1 CARACTERISTIQUES DES SEQUENCES ET DES ENONCIATIONS PAR DES ACTEURS	127
4. 1. 1 <i>Le temps de parole des intervenants</i>	127
4. 1. 2 <i>Le découpage séquentiel de la situation de communication et les marques de locution</i>	129
4. 1. 3 <i>Attitudes des acteurs</i>	134
4. 1. 4 <i>Les graduations vocales</i>	137
4. 2 LES IMAGES DONNEES	139
4. 2. 1 <i>Images que l'acteur donne de lui-même</i>	140
4. 2. 4 <i>Images que l'acteur donne de la maladie</i>	145
4. 3 L'ADRESSE DES ACTES DE COMMUNICATION	148
4. 3. 1 <i>Analyse des adresses</i>	150
4. 3. 2 <i>Les énoncés adressés au "grand public"</i>	152
4. 3. 3 <i>Les énoncés adressés aux soignants</i>	153
4. 3. 4 <i>Les énoncés adressés à soi, "pour soi"</i>	154
4. 3. 5 <i>Les énoncés adressés aux membres du groupe</i>	155
CHAPITRE V DIRES DE SOI ET DYNAMIQUE DES SUJETS	156
5. 1 LA MATRICE DOMINANTE DE PRODUCTION DES ENONCES SUR SOI	156
5. 1. 1 <i>Logique de construction des énoncés de Caroline</i>	157
5.1.2 <i>Logique de construction des énoncés de Marc</i>	159
5.1.3 <i>Logique de construction des énoncés de Thierry</i>	161
5. 2 DYNAMIQUES DES SUJETS	164
5. 2. 1 <i>Stratégies des acteurs</i>	164
5.2.1.1 Typologie des positionnements choisis par les acteurs	165
5.2.1.2 Types d'opérateurs d'ostension de soi et d'influence des cadres interprétatifs des destinataires	166
5. 2. 2 <i>Pour influencer les représentations qu'autrui a de soi</i>	166
5.2.2.1 Les comportements d'ostension de soi	169
5.2.2.2 Ostension de soi et rapport au groupe d'appartenance	170
CHAPITRE VI ETRE VU, SE VOIR, SE DONNER À VOIR COMME	174
6. 1 LA SITUATION D'ETIQUETAGE : ETRE VU COMME	176
6. 1. 1 <i>Un processus d'assignation identitaire</i>	176
6. 1. 2 <i>Un vécu de mise à l'épreuve</i>	179
6.1.2.1 Un vécu de confrontation à la norme et le sentiment d'avoir commis une faute	180
6.1.2.2 Un vécu d'étrangeté et de perte des repères familiaux	180
6.1.2.3 Un vécu de ne plus pouvoir en sortir	180
6.1.2.4 Un vécu de stigmatisation	180
6.1.2.5 Un vécu de menace du stéréotype	181

6.1.2.6 Un vécu de menace de contamination	182
6. 2 LE RETENTISSEMENT DE L'ÉTIQUETAGE : "SE VOIR COMME"	182
6. 2. 1 <i>Affiliation, intériorisation de la maladie et intégration d'un point de vue sur soi : l'endossement de l'étiquette</i>	183
6.2.1.1 Une intériorisation de la contrainte du soin et de la maladie	184
6.2.1.2 Une intégration du point de vue de l'autre.....	185
6.2.1.3 Endosser l'étiquette pour faire valoir ses droits.....	186
6.2.1.4 Endosser l'étiquette pour re-éprouver un sentiment le contrôle de la situation.....	187
6. 2. 2 <i>Appartenance à un groupe, développement de compétences et préservation de l'image de soi</i>	188
6.2.2.1 Développement de compétences sociales	188
6.2.2.2 Préservation d'une 'bonne' image de soi collective et individuelle.....	189
6. 2. 3 <i>Rappel du passé et transformation des cadres interprétatifs</i>	190
6. 3 COMMUNIQUER SUR SOI A PARTIR D'UNE EXPERIENCE D'ÉTIQUETAGE : "SE DONNER A VOIR COMME"	192
6. 3. 1 <i>Communiquer sur soi à autrui</i>	193
6.3.1.1 Hypothèses faites par les locuteurs sur les destinataires et stratégies d'influence.	194
6.3.1.2 La pertinence des sujets étiquetés en situation de communication	196
6. 3. 2 <i>Communiquer sur soi à soi : dynamique argumentative et dynamique de construction de sens</i>	198
6.3.2.1 Ostension de soi et construction de sens pour soi	198
6.3.2.2 Dires sur soi pour soi.....	199
SE RECONNAITRE COMME.....	203
POUR CONCLURE.....	203
PERSPECTIVES PRAXEOLOGIQUES	203
<i>Reconnaître le processus d'étiquetage</i>	203
<i>Se reconnaître dans le processus d'étiquetage</i>	205
En faisant l'expérience d'autres situations	205
En jouant sur les modèles de référence.....	206
En créant une visibilité positive du groupe d'appartenance.....	206
En jouant avec les étiquettes.....	207
PERSPECTIVES EPISTEMIQUES.....	208
<i>Apports de cette recherche</i>	208
<i>Limites</i>	209
BIBLIOGRAPHIE.....	212
OUVRAGES	214
EXTRAITS D'OUVRAGE	228
ARTICLES DE REVUES	228
REVUES	231
SEMINAIRES, COLLOQUES, JOURNEES D'ETUDE.....	232
THESES, ECRITS DE FIN D'ETUDES	233
DOCUMENTS AUDIO VISUELS & SITES.....	233
ANNEXES	233
TABLE DES ANNEXES	233

EXPÉRIENCE ET QUESTIONNEMENT

Pour introduire ce travail, je propose de revenir sur mon parcours personnel et professionnel qui éclaire mon rapport à l'objet de cette recherche et mon positionnement de praticienne aussi bien que de chercheuse. En effet, ces deux positionnements se nourrissent l'un l'autre. En effectuant honnêtement un travail de recherche dont l'objet est proche des préoccupations des personnes stigmatisées par la maladie mentale, j'espère contribuer à soutenir de nouvelles pratiques sociales.

ÊTRE CONFRONTÉ AUX MOTS QUI ASSIGNENT

Au commencement ...

Il y a mon histoire, celle d'une personne ayant transformé ses aléas biographiques en engagement professionnel et militant, s'inventant sur le tard apprentie chercheuse et se découvrant en capacité de produire, peut-être, un discours suffisamment étayé pour qu'il soit de quelque utilité sociale. C'est en lisant G. Devereux (Devereux, 1980) que s'est levé un coin du voile, celui qui recouvre pudiquement l'obscur objet de la recherche, les motivations de la chercheuse, et l'éclaire sur l'énergie déployée pour mener une telle entreprise.

Nous, ma mère, mes quatre frères et moi-même, étions conviés par le bureau d'aide sociale de la Mairie à venir chercher les chaussures qui nous permettraient de passer un hiver les pieds au chaud et au sec. Je passerai sous silence la thématique de la chaussure qui dans la culture du pauvre est omniprésente. Je n'évoquerai ici que le cri horrifié de ma mère découvrant que lesdites chaussures, en excellent cuir au demeurant, étaient d'une couleur d'un jaune inimitable, sans doute assorti à la peinture verte des murs des écoles de cette époque, et qui de façon quasi instantanée désignaient les bénéficiaires des secours, démunis en tout genre, en un mot les chaussures des pauvres. Ce jour-là, un peu gênés par la réaction publique de notre mère, nous quittâmes les lieux, sans chaussures. Nous étions entrés, par l'expérience, au cœur de la problématique complexe de "l'assistance" et de ses enjeux de dignité pour les personnes "assistées".

Des expériences me reviennent en mémoire¹ :

Quelques années plus tard, abordant des études littéraires, en rivalité avec une autre étudiante, je me retrouvai à nouveau renvoyée à mes origines sociales, la culture n'effacera jamais, me dit-elle, mes manières de charretier. Je croyais avoir oublié ces expériences qui, de fait, ont influencé la manière de considérer "l'autre de l'assistance" dans mon métier d'assistante sociale.

Sans doute, un événement a occupé plus de place dans ma vie et déterminé plus encore mon rapport à mon objet de recherche : l'histoire de mon père, de son passage par l'institution psychiatrique. Ces expériences ont fait de moi d'abord une personne concernée, puis une actrice engagée auprès de personnes en souffrance psychique et elles motivent toujours la chercheuse en quête de compréhension de ce que j'appelais intuitivement, en entrant en recherche, des processus de contre-étiquetage.

Ma première réaction avait été l'impossibilité de penser que quelqu'un de singulier, comme tout un chacun fait de "bric et de broc", petit ouvrier, dont la dignité avait été d'avoir travaillé depuis l'âge de quatorze ans et d'avoir élevé cinq enfants, puisse être considéré comme fou à 50 ans. Qui était cet homme que je croyais connaître ? Son suicide inaugurerait mon entrée dans le monde de la psychiatrie et mes premiers pas sur un chemin pour comprendre.

J'avais appris aussi dans cette expérience familiale ce qu'est une maladie honteuse. Plus tard, je découvrirai ce que Goffman appelle le stigmatisme (Goffman, 1975).

J'avais donc déjà été confrontée à la puissance des mots qui assignent, des mots qui ont un effet de création d'une réalité tant pour les personnes, que pour leur entourage.

¹ Dans les vignettes figurent des éléments de mes expériences, des faits sociaux et contextuels afin de différencier ces propos du corps du texte constituant l'exposé de la recherche. En italique, seront notés les mots et concepts en langue étrangère ou les propos de personnes enquêtées.

Les guillemets anglais encadrent les mots et expressions nécessitant explicitation.

Les guillemets français encadrent les citations.

En réfléchissant à l'histoire de mon père, je me rappelle avoir été soulagée lorsque le psychiatre avait mis en doute le diagnostic de paranoïa posé par son confrère en proposant celui de mélancolie. Qu'est-ce que cela changeait au destin tragique de mon père ? Rien sans doute. Pourtant les connotations négatives sont, sans conteste, moindres dans la mélancolie, laquelle me renvoyait aux grands romantiques du XIXe siècle dont je m'étais nourrie intellectuellement. La paranoïa, par opposition était, dans mes lectures, presque toujours associée aux grands criminels.

Une pratique professionnelle

Dans l'immédiat d'une pratique professionnelle que je découvrais, je réalisais que les professionnels, comme les autres membres de mon entourage, percevaient la maladie mentale comme un destin, un destin implacable, sans issue.

J'en mesurais, au fil du temps, les effets, dont l'un des moindres est ce ton compassé ou admiratif des personnes "non initiées" saluant le courage de travailler avec "ces gens-là". Je rencontrais des familles soulagées de pouvoir substituer à l'étiquette de malade mental celle de handicapé, atteint de maladie génétique ou neurologique. Elles éprouvaient ainsi un réel soulagement d'échapper à l'image du parent défaillant, responsable, mais aussi au risque de contagion, d'assimilation, d'être ainsi "logé à la même enseigne".

Peu à peu, au fil de mes années d'expérience en tant qu'assistante sociale en psychiatrie (Dutoit-Sola, 1997 et 1999) j'ai développé d'autres relations avec les personnes dites malades mentales, jusqu'à créer une association, qui se donne pour objectif de leur permettre de porter témoignage sur leur histoire et de les aider à faire valoir un droit au recours dans les situations de discriminations et d'atteintes à la dignité (Deutsch, Dutoit-Sola, 2001). Mes relations aux personnes désignées comme malades, patients, fous m'ont conduite à déconstruire ces catégories. Je me suis interrogée sur leurs façons d'être soi dans une confrontation à une norme sociale, incarnée par des institutions, et mises en scène dans les rapports entre soignants et soignés. Constat déroutant et sans doute dérangeant pour les professionnels : la

personne déborde presque toujours du cadre de sa prise en charge, interroge et modifie les frontières des systèmes les mieux agencés. En somme, la personne ne se réduit pas à son symptôme, et cela faisait ainsi écho avec mes propres expériences : je ne voulais pas me réduire à mon appartenance sociale, à la part non négociable de la place qui semblait m'avoir été assignée.

Cette recherche se nourrit de ces expériences et de mon histoire personnelle, car du plus loin qu'il m'en souviene, la confrontation à la différence et à la question jamais élucidée de la normalité est une constante de mon histoire de vie. Ma recherche ne s'inscrit-elle pas, *volens nolens*, dans une stratégie de contrer les effets de l'étiquetage ? Ce n'est sans doute pas un hasard si mon premier objet était centré sur le contre étiquetage. Ne faisais-je pas, inconsciemment, une confusion entre objet et objectif de ma recherche ? Mon objectif, non avoué, étant sans doute une valorisation des constructions identitaires de ceux qui un jour se sont vus, comme moi, confrontés aux mots qui assignent. En commençant cette recherche j'étais persuadée de trouver ces stratégies de contre-étiquetage, quelque chose venant contrer, contrevenir, contrecarrer ces assignations, cette réduction de soi à des définitions univoques et sommaires. Une façon de se construire en réaction, une révolte en quelque sorte, dont on pourrait mettre à jour les processus de sa construction, du moins en retrouver les traces.

Questionnement et enjeux

Cette recherche vise à explorer les répercussions d'une perception de l'étiquetage. L'étiquetage a une fonction sociale de régulation et d'organisation des rapports sociaux et il cristallise à un moment donné des figures sociales qui nourrissent les significations construites par les acteurs en situation de communication.

L'étiquetage, ici celui des patients/usagers de la psychiatrie¹, sera analysé au travers de ce que les énoncés, comportements, réactions de ces acteurs, personnes "étiquetées" laissent paraître de ce qu'ils ont "perçu" de cet étiquetage. Il faut entendre "perçu" comme le fait de saisir, même intuitivement, le sens de ce qui se passe dans le fait d'être engagé avec d'autres dans une relation, c'est-à-dire d'entendre ici le sens commun du terme : ce que la personne comprend, capte, en situation de cette assignation identitaire et comment elle y réagit spécifiquement. Il s'agit de mettre en lumière les répercussions de l'étiquetage perçu sur la manière de se présenter, en situation d'interaction et de communication publique, et d'analyser les stratégies identitaires d'affirmation et d'ostension engagées pour influencer les constructions de sens d'un destinataire.

J'utilise ici l'expression les "dires de soi", qui cristallise la façon de parler de soi, de se présenter en situation de communication et qui résulte, de façon toujours provisoire, de négociations avec les autres et aussi avec soi-même. En effet, l'affirmation identitaire est fortement dépendante des échanges, des interactions avec les autres dans des actions situées (Flahault, 2006, 74)². Dans ma culture professionnelle, où le référentiel psychanalytique est prégnant, sont valorisés les mécanismes inconscients. À rebours provisoire de cette culture, j'ai pris le parti de m'intéresser à ce qui chez la personne, diagnostiquée par ailleurs psychotique ou schizophrène, affleure à sa propre conscience. Ce que la personne est en capacité de dire d'elle-même, en capacité de décrire et de nommer de ses rapports au monde. Elle est, comme tout un chacun, une personne qui doit résoudre des problèmes de rapport à autrui, négocier une ou des images d'elle-même dans un environnement social, agir dans cet environnement. Je pense, en effet, que toutes les personnes sont sans cesse confrontées à un travail de définition et de redéfinition de soi dans les relations interpersonnelles.

¹ Les désignations qui ont cours dans le champ de la psychiatrie sont celles de patients, notamment lorsque la personne est hospitalisée, et d'usager lorsqu'il s'agit de leur représentation dans les institutions. De même, la notion de santé mentale est utilisée pour englober à la fois la psychiatrie, médecine spécialisée, et les différentes déclinaisons du soin dans la cité auprès de populations ne relevant pas d'un diagnostic de maladie psychique mais plutôt d'une souffrance psycho-sociale.

² En référence à la distinction faite par Flahault entre conscience de soi et sentiment d'exister impliquant la nécessaire relation aux autres.

Le "je" de l'affirmation identitaire se construit au contact des autres, particulièrement dans les moments de négociation des images de soi pour soi et des images de soi pour autrui, dans les interactions et les interrelations sociales. Les présentations de soi définissent provisoirement ce que nous revendiquons comme notre "identité" et nous permettent de nous représenter comme acteur et sujet de notre vie.

À quels compromis, avec elles-mêmes, les personnes, objet de désignations et d'assignations sociales, sont-elles contraintes ? À quelle redéfinition d'elles-mêmes sont-elles obligées de consentir pour être aidées, soignées, éduquées ?

Qu'est-ce qu'il advient de la représentation de soi et du vécu d'un sentiment d'intégrité, corrélé à celui de dignité, dans cette évaluation de soi par des personnes socialement autorisées par leur savoir et/ou leur place sociale ? De quelle affirmation identitaire s'agit-il pour les personnes étiquetées ?

Quels processus permettent d'affirmer un "je" dans la confrontation à la norme ? Qu'est-ce que ce "je pour soi" dans cette confrontation ? Constatant, par ailleurs, que la particularité de la maladie psychique construit le malade en le renvoyant du côté de la transgression de l'humain et de l'ordre social, d'où les stigmates qui perdurent, tandis que la mission de la médecine psychiatrique oscille toujours entre contrôler et soigner (Foucault, 2003).

Les enjeux de cette recherche sont liés à ceux de la praticienne et de la militante visant la promotion des "usagers" de la psychiatrie en tant que citoyens et partenaires des systèmes de soins. À ces enjeux de praticienne sont corrélés des enjeux de compréhension des processus à l'œuvre. Mieux comprendre les négociations engagées entre la personne étiquetée et les représentants étiquetants des instances sociales est susceptible de permettre d'agir sur les effets vécus comme stigmatisants par les personnes soumises à des pratiques de désignation et d'assignation particulièrement fortes. Cet enjeu dépasse le système soignants/soignés, et concerne aussi les systèmes de "tutellarisation" (Castel, 1976) qui se développent dans une société soucieuse de se protéger des personnes qui apparaissent comme différentes, voire déviantes.

Si le champ d'investigation est, au départ, celui de la psychiatrie, la recherche s'inscrit dans le champ de la formation des adultes, et concerne donc tous les domaines sociaux professionnels de l'intervention auprès des personnes (Éducation, formation, santé et social). En effet, dans tous ces domaines se trouve les "situations éducatives" liées aux enjeux et processus d'étiquetage mises en évidence dans cette thèse.

LA RECHERCHE

La démarche de recherche

Cette recherche est celle de la fille, l'assistante sociale, la militante en relation avec un père disqualifié, des personnes en demande et des usagers réagissant. Toutes et tous pris dans des jeux d'étiquetage, nous en connaissons le sens pratique (Bourdieu, 1994) formalisé dans la présente recherche.

Du fait de mon inscription professionnelle dans le champ de pratiques et d'intervention de la psychiatrie et de la santé mentale, j'ai centré l'objet de ma recherche sur le discours des patients/usagers de la psychiatrie et choisi d'analyser les perceptions de l'étiquetage et la construction de stratégies d'affirmation de soi en référence à cette perception, et ce à travers une communication de ces patients/usagers en direction des soignants et du grand public.

Les données collectées, viennent de mon expérience professionnelle, les interviews et d'une présentation vidéo. Mon expérience professionnelle de vingt ans d'assistante sociale m'a permis la traversée de presque tout l'ensemble des dispositifs de prise en charge sociale et psychiatrique et de partager, avec les patients, cette connaissance des systèmes intra et extra-hospitaliers, des systèmes dits de réinsertion ou de réhabilitation. De plus, depuis plusieurs années, je contribue activement au développement de ce qu'on appelle la santé mentale. Le terme de santé mentale, dont tout le monde se réclame, est introduit, pour la première en France par Kouchner¹ et recouvre des acceptions différentes, allant du plus près de la maladie au plus

¹ La première journée de la santé mentale est organisée en 1999 par B. Kouchner, alors Ministre de La Santé, faisant référence explicitement à la notion d'usagers et de santé mentale.

près de la citoyenneté. Justement, mon implication en santé mentale consiste à accompagner le mouvement de participation des patients en psychiatrie, devenus usagers en santé mentale. Ce mouvement cherche à améliorer la prise en charge psychiatrique, à faire reconnaître l'expression citoyenne et l'expertise des usagers.

D'autres données proviennent des interviews réalisées pour une émission de radio grand public¹. Elles servent à montrer la spécificité de la question de la folie et de la maladie mentale qui, régulièrement, est objet d'interrogation dans les médias et permet d'illustrer les enjeux de présentation de soi des personnes, malades mentales, que j'avais pu identifier durant toute ma pratique professionnelle à l'hôpital psychiatrique. En effet, les interviews permettent de mettre à jour les attentes supposées des auditeurs, tout en offrant une variété de mises en scène de leur identité de patients. Une troisième source de données est constituée d'une présentation vidéo², à visée de formation, réalisée par des patients cherchant une identité collective, celle d'usagers en santé mentale. Ce document m'a intéressé en premier lieu par ce que disent les personnes filmées. En effet, d'une part, les positionnements de ces patients de la psychiatrie informent d'une part sur les enjeux de construction du sens de chacune des personnes qui se présente et sur les enjeux de représentations collectives de leur groupe d'appartenance ; d'autre part, le matériel vidéo offre au-delà des discours tenus, des indications physiques (gestes, mimiques, etc.) précieuses pour l'observation des manières de se montrer, de se présenter.

À partir de ces différentes données, j'ai choisi de restreindre l'analyse à deux objets imbriqués : la perception de l'étiquetage et les stratégies de présentation de soi. La perception de l'étiquetage n'est accessible que par inférence, dans l'analyse des images de soi, qu'elles soient individuellement ou collectivement construites et données à autrui. Les stratégies de présentation de soi sont manifestées par les personnes étiquetées en situation de communication. Elles portent les marques, que l'analyse mettra au jour,

¹ C. Baker - *De bonnes raisons d'écouter les fous* – France – Culture, *Surpris par la nuit*, diffusée du 10 au 14 septembre 2001 à 22H30

² A.U.S.E.R, ADVOCACY, Moderniser Sans Exclure, *De l'hospitalisation à l'hospitalité*, Vidéo, CAEN, 2002.

des jeux de négociations entre personnes étiquetées et représentants des institutions qui étiquettent

Exposition de la recherche

Dans un premier temps, nous explorons la fonction sociale de catégorisation (chapitre 1), dans laquelle s'inscrit notre objet de recherche. Il s'agit d'explorer ce que les acteurs¹ sociaux repèrent comme le fait de "cataloguer" et d'"être catalogué". Notre exploration des faits sociaux relevant de cette fonction de catégorisation nous conduira à l'examiner dans le cadre de différents champs de pratiques d'intervention sur autrui et, en particulier, celui de l'administration, de la médecine, du travail social, de l'éducation et de la formation des adultes.

C'est à travers un relevé de faits, de catégorisations et de nominations, que nous montrons qu'il s'agit bien d'une fonction sociale ordinaire, largement répandue. Nous essayons ainsi de la caractériser en nous interrogeant sur les effets d'assignation repérés par les acteurs.

De même, dans cette recherche, il semble judicieux de porter une attention particulière à la question spécifique de la catégorie "patient en psychiatrie", ce qui est une seconde façon de mettre en contexte notre objet de recherche puisque nous travaillons à partir des dires de ce même public. Cette mise en contexte a pour but d'aider le lecteur à comprendre le positionnement des acteurs figurant dans notre matériau, puisqu'ils sont patients, suivis en psychiatrie depuis de longues années.

¹ En référence à la définition du sujet de Dosse : « *se connaissant agissant et se pensant ayant une action sur le monde* » (2005,12), nous déclinons la notion de personne sous deux dénominations liées, comme acteur dans son rapport à la société où elle agit et comme sujet lorsqu'elle se pense et se vit comme agissante.

Dans un deuxième temps (chapitre 2), nous exposons le cadre théorique organisé autour de deux questions : la nomination et la catégorisation. Seront donc utilisés trois orientations théoriques. Des outils théoriques susceptibles de rendre compte des processus d'étiquetage: tels que nous les entendons, ils concernent des sujets humains, mais fonctionnent selon une logique pour partie semblable aux processus de nomination qui, eux, ont trait à des objets du monde. Des outils théoriques relatifs à la perception de leur propre étiquetage par les sujets concernés, qui s'effectue dans l'espace de l'intersubjectivité. Enfin des outils théoriques relatifs à l'approche des communications sur soi. Nous ferons l'hypothèse que les présentations de soi de patients dans ces situations sont liées à leurs dynamiques plus globales de construction identitaire et à leurs stratégies d'ostension de soi.

Il s'agit de présenter les référents théoriques qui informent cette recherche et qui soutiendront l'interprétation des résultats. Ces référents théoriques s'inscrivent dans l'environnement épistémologique d'une approche interactionniste, constructiviste et holistique.

Dans un troisième temps (chapitre 3), l'objet, les hypothèses et le matériau de cette recherche et les choix méthodologiques qui ont été les nôtres, sont exposés.

Dans un quatrième temps (chapitre 4 et 5), nous donnons à voir le déroulé des différentes analyses menées dans cette recherche et les stratégies d'ostension de soi des personnes étiquetées qui en découlent.

Le dernier chapitre (chapitre 6) rend compte dans un premier temps des résultats de cette recherche et de leur interprétation. Puis, nous proposons une approche inédite d'un processus expérientiel identifié ainsi : "être vu, se voir et se donner à voir comme", selon les trois axes : la situation d'étiquetage et son vécu, le « retentissement » de l'étiquetage, la communication sur soi à partir d'une situation d'étiquetage.

En conclusion, cette recherche met au jour une approche praxéologique de la formation des adultes, de la connaissance des processus d'étiquetage aux apprentissages par le jeu des étiquettes.

« Le Roi : Pourquoi mets-tu des étiquettes

sur tout, pour justifier tes sentiments ?

Becket : Parce que, sans étiquette, le monde n'aurait plus de forme, mon prince...

Le Roi : Et c'est important que le monde ait une forme ?

Becket : Capital, mon prince, ou sinon on ne sait plus ce qu'on y fait [...] »

(ANOUILH, 1972, 26)

CHAPITRE I : LES PRATIQUES DE CATEGORISATION

CONTEXTE SOCIAL DE LA RECHERCHE

Le fait de catégoriser et/ou d'être catégorisé, être "catalogué" comme le disent familièrement les personnes, fait partie de l'expérience commune des interactions et communications humaines. Il survient dans les circonstances les plus diverses et échappe le plus souvent à la conscience des acteurs.

Pour aborder ce qui constitue le contexte social de notre objet de recherche, trois étapes ont été nécessaires. La première consiste en une collecte de témoignages, d'articles, d'extraits d'ouvrages, où sera mise en évidence une fonction de catégorisation présente dans la vie sociale. La deuxième étudie les formes particulières que revêt une telle fonction dans les métiers visant à intervenir sur autrui. Enfin, la troisième analyse plus précisément cette même fonction en psychiatrie.

1.1 LA FONCTION DE CATEGORISATION

1.1.1 Catégoriser

En littérature, quelques mots suffisent à faire naître un personnage ; quelques traits saillants lui donnent une identité sociale et une personnalité. L'écrivain esquisse les traits de caractère d'un personnage à partir d'éléments disparates (comportements, situations, descriptions...) et c'est au lecteur d'établir par inférence qui est ce personnage. C'est au lecteur de retrouver les attributs d'un groupe, d'un objet, d'une situation. Voilà comment Balzac décrit le notaire, la personne devenant physiologiquement l'incarnation de sa profession et de son rôle social.

Vous voyez un homme gros et court, bien portant, vêtu de noir, sûr de lui, presque toujours empesé, doctoral, important surtout ! Son masque bouffi d'une niaiserie papelarde qui d'abord jouée, a fini par rentrer sous l'épiderme, offre l'immobilité du diplomate, mais sans la finesse, et vous allez savoir pourquoi. Vous admirez surtout un certain crâne couleur beurre frais qui accuse de longs travaux, de l'ennui, des débats intérieurs, les orages de la jeunesse et l'absence de toute passion. Vous dites : Ce monsieur ressemble extraordinairement à un notaire. Le notaire long et sec est une exception. Physiologiquement parlant, le notariat est absolument contraire à certains tempéraments.

H. Balzac, tome 2, Des Français peints par eux-mêmes : encyclopédie morale du XIXe siècle publiée par L. Curmer de 1840 à 1842 en 422 livraisons et 10 vol.

La lecture est une construction (Amossy, Herschberg Pierrot, 2007, 73) : c'est à partir d'une représentation collective et culturelle, d'ores et déjà familière, que le lecteur dégage le schème stéréotypé. Il n'y a pas d'activité de lecture possible sans référence à des stéréotypes, qu'ils soient de forme (syntaxe, lexique, style) ou de contenu (thèmes, symboles, structures du récit, séquences narratives, etc.). Ainsi, apprendre à lire c'est aussi apprendre à maîtriser des stéréotypes, des *scenarii* familiers, partagés par une communauté culturelle donnée.

Certaines typologies sociales sont désignées par des néologismes qui ont pour fonction de définir précisément la place occupée socialement, par exemple : "RMiste", "smicard", "troisième âge", "sans domicile fixe". Il est souvent possible de dater leur apparition dans les textes officiels. Ces dénominations fixent de la sorte l'identité des personnes concernées, avec l'idée qu'elles rendraient compte de façon quasi instantanée de leur façon d'être et de vivre.

Le terme "Beur", et ses déclinaisons : le (la) "beur de service": expression utilisée pour désigner un enfant d'immigré ayant été nommé à un poste important en sous-entendant que sa nomination est plus due à son origine ethnique qu'à ses compétences et "rebeu" en verlan, «s'est imposé en France comme une appellation [...] que les intéressés se sont donnés à eux-mêmes par dérision, c'est-à-dire par une manière de revanche sur leur sort auquel ils n'arrivent pas à donner un nom qui serait leur vrai nom ; appellation de revanche aussi, par l'ironie, la seule arme dont on dispose pour dire le monde social et la position qu'on y occupe» mais aussi «appellation encore qui s'est imposée à eux pour devenir [...] une hétéro-dénomination que la population dénommée de la sorte, à son corps défendant, est bien obligée, en raison de son hétéronomie précisément, de reprendre à son compte»

A. Sayad, Les Maux à mots de l'immigration, 1990, entretien avec J. Leca. Issu(e) de l'immigration. Identités, mobilisations et représentations des jeunes d'origine maghrébine, *Politix*, n°12. pp. 7-24. cité par D. Simeoni. "L'institution dans la langue: lexicale et pensée d'État"

Aussi, nommer ou renommer une catégorie de personnes peut devenir un enjeu pour pouvoir agir sur elle.

Le nouveau code, intitulé « Code de la justice pénale des mineurs », consacre le changement de terminologie, le tribunal pour enfants devenant le « tribunal pour mineurs » et le juge des enfants devenant le « juge des mineurs ». Le magistrat de la cour d'appel délégué à la protection de l'enfance devient le délégué à la protection des mineurs [...].

Rapport de la commission de propositions de réforme de l'ordonnance du 2 février 1945 relative aux mineurs délinquants, André VARINARD, 15 avril 2008.

De même, les personnes déjà "stigmatisées" dans une catégorie socialement dévalorisée peuvent, à leur tour, se démarquer (ou l'être par d'autres dans l'exemple ci-dessous incise) d'un groupe jugé encore plus négativement.

« Il y a bien une 'racaille' qui prospère dans ces zones déshéritées de nos grandes villes. D'ailleurs, le mot lui-même est employé par les habitants (en verlan courant, les jeunes disent 'caillera'). Ce sont des bandes organisées [...] qui font régner 'leur loi' (celle du milieu) sur 'leur territoire', par l'intimidation, voire la terreur. Ces gens-là sont très minoritaires. Mais auprès d'une population jeune, en échec scolaire, stigmatisée par le chômage, la précarité, l'instabilité familiale, la démission parentale, ces 'caïds' jouissent d'un certain prestige : ils ont de la 'maille' (du fric) et tout ce qui va avec ».

B. Langlois, *Politis*, 10 novembre 2005,

http://udas.org/Dossiers/Etat_urgence/05-11-14%20Etat_d%27urgence.htm

Ces dénominations peuvent donc être datées, certaines d'ailleurs ne nous parlent plus. Par exemple, les grisettes décrites au XIXe siècle et qui ne recouvrent plus aucune réalité sociale.

« La grisette n'est plus exclusivement une femme dite du peuple. Il y a des grisettes qui sortent de bon lieu. En général, la grisette a eu des malheurs [...]. On reconnaît une grisette à sa démarche, au travail qui l'occupe, à ses amours, à son âge, et enfin à sa mise ».

E. Desprez, *Les grisettes à Paris*, le Livre des Cent-et-Un publié par la librairie C. Ladvocat de 1831 à 1834, <http://www.bmlisieux.com>

Il est communément admis de nommer une personne sans travail "chômeur".

Victime de la société et/ou profiteur de l'aide sociale et/ou pestiféré, quasi-contagieux, rappelant à chacun que « ça n'arrive pas qu'aux autres ».

E. Pierru, *Guerre aux chômeurs ou Guerre au chômage*, Bellecombe-en-Bauge, Edition du Croquant, 2005.

C'est pourquoi dans la manière de lire une catégorie, la personne révèle souvent plus de choses sur elle-même que sur celui dont il parle, ce qui fait dire à Sartre

« Si vous voulez connaître un honnête homme, cherchez quels vices il hait le plus chez les autres : vous aurez les lignes de forces de ses vertiges et de ses terreurs, vous respirerez l'odeur qui empeste sa belle âme ». (Sartre, 1952, 40)

En règle générale, dans la vie sociale, les dénominations des groupes sociaux servent à catégoriser et à circonscrire une identité sociale, un statut et une place.

1. 1. 2 Être catégorisé

Dans le langage courant, les personnes disent assez souvent "être catalogué" pour signifier le fait "d'être catégorisé" et classer. Le dictionnaire de la langue française définit ainsi cette notion : classer en le jugeant quelqu'un ou quelque chose de manière définitive. Nous retrouvons les ingrédients d'une catégorisation (classer), à partir d'un jugement (le plus souvent négatif). Ce sentiment de négativité ou de dévalorisation est renforcé par le fait que catégoriser ou cataloguer s'applique aussi une chose. À travers ce ressenti et la manière de l'exprimer, s'exprime une "naturalisation" des catégories, au sens d'une substantivation (le pauvre, le jeune, etc.), cristallisant des représentations explicites et implicites.

Les catégories construites socialement sont déterminantes dans le sens où c'est à partir d'elles que vont être construits nos rapports au monde et nos identités. D'une part, ces catégories apparaissent fréquemment comme des entités perçues comme "naturelles", qui ne peuvent être interrogées ; d'autre part, nombre d'acteurs dans la société vont se reconnaître dans les catégories issues de ces processus d'attribution d'identités sociales et vont les utiliser pour rendre compte d'eux-mêmes et/ou de leur situation.

Les exemples que nous avons collectés concernent les effets d'une catégorisation négative, vue, en général, sous l'angle d'un vécu d'une assignation identitaire qui contraindrait les personnes à se défendre soit pour échapper à un destin social, ou, tout au moins, se démarquer d'un mode de vie, soit réagir à une réduction de soi.

Quelques exemples recueillis sur la toile :

« Depuis son plus jeune âge mon fils est catalogué comme "le petit surdoué". Il a actuellement 2 ans et je commence à ne plus savoir quoi penser ».

<http://forums.famili.fr> 2007

« Je suis catalogué avec ma "tête d'arabe", c'est sûr qu'on ne va pas aller plus loin .»

« Comment voulez vous que je puisse me dire que je ressemble à Jean ou Paul si dès le début je suis catalogué ? »

<http://www.dailymotion.com> avril 2007

Un jugement négatif porté *a priori* sur la personne réduit son identité personnelle à des stéréotypes attribués à une catégorie de personnes discriminées socialement et cela même lorsque la personne réussit au plan social, comme le montre l'exemple ci-dessous d'un artiste célèbre.

« Je suis un auteur classique avec des idées pas classiques. Mais comme tous les autodidactes - je les appelle les ignares - on doit toujours en savoir plus. »

V. Mortagne, "Charles Aznavour le plus grand des crooners" *Le Monde* du 21/2/07

On voit la complexité de ces réactions dans le témoignage d'une femme policière qui parle de sa difficulté d'être femme dans un métier d'homme, mais aussi du fait d'être française issue de l'immigration, lorsque les délinquants sont "évidemment" issus de l'immigration.

Parlant de ses collègues « ils nous mettent dans le même paquet », mais dit-elle, bien qu'elle ait francisé son nom, en parlant de son origine « j'en suis fière, mais je ne m'en vante pas », indiquant ainsi ses efforts pour faire oublier cette différence. En situation, lorsqu'elle vient de recueillir une plainte : « je n'arrivais pas à dire maghrébin [silence] c'est fou pourtant c'est pas une insulte ! », elle s'étonne de ressentir un malaise et se justifie en évoquant les mérites de sa famille.

JB Callot, "Cinq femmes à l'école de police" *Fr3*, 10 août 2007, 20h30 (Documentaire 2006 –

Le terme "exclusion", par exemple, né dans un modèle théorique (Karsz, 2000) s'est répandu à travers la société depuis les années 1980, passant du langage sociopolitique au langage courant, au point d'être intériorisé par les personnes comme une façon de parler de soi, d'exprimer son vécu des effets de la discrimination. C'est comme si les événements étaient vécus désormais à travers le prisme déformé de "ce que je pense qu'autrui pense de moi" qui me vis comme exclu.

Une personne, considérée comme malade mental décrit son exclusion.

« Être exclu [...] c'est être sans argent en début de mois car toutes mes économies sont placées par la curatelle ; c'est subir le regard froid et glacé des gens ; entendre siffler par derrière sur sa pauvreté, subir les violences des jeunes enfants ; c'est pour être assigné à résidence à Caen à cause du traitement et de la curatelle ; c'est subir ses propres désirs inassouvis sur des dames d'organismes se chargeant de nous autres handicapés ; c'est voir un avenir incertain par la mort ou la retraite des personnes de confiance que je connais et qui sont les seules à me connaître depuis longtemps et auxquelles je me raccroche comme à une bouée de sauvetage. C'est subir tout cela, être fou et timide, et accentuer sa souffrance par toutes les difficultés dans le monde extérieur comme je vous les ai citées précédemment ».

T. Willeme, *Mégaphone*, Advocacy-France, Juin 2005

Ce qui est décrit, c'est un vécu d'assignation à une place vue comme non négociable et la souffrance de la personne liée à ce vécu (Dutoit, 2007).

À partir de ces exemples, on peut dire qu'une des caractéristiques de ce que vivent les personnes cataloguées négativement dans les situations d'interaction, c'est que ces situations comportent presque toujours pour elles la menace du jugement d'autrui qui provoque, de manière défensive, de la méfiance envers autrui et, en conséquence, des doutes sur soi, comme on pourra le vérifier plus loin.

Il nous faut constater que le fait de se sentir catalogué renvoie le plus souvent à une étiquette négative. À l'inverse, lorsqu'il s'agit d'une assimilation à une catégorie positive, les acteurs s'y reconnaissent "naturellement" : ils sont !

Appartenir à une élite par son Quotient Intellectuel « l'élite cognitive est transnationale. Par exemple, l'élite cognitive française se sent plus de points communs avec les membres des élites cognitives italiennes et allemandes qu'avec par exemple les routiers et les boulangers. Non ? ».

Blog sur C. Murray, *Human Accomplishment : The Pursuit of Excellence in the Arts and Sciences*, HarperCollins Publishers, 2003, rédigé en janvier 2004.

Enrichir son identité : « Je n'ai découvert que récemment que j'étais un travailleur du savoir. En fait, je suis architecte logiciel chez un petit éditeur [...] j'ai appris beaucoup de choses qui ont complètement changé la vision que j'avais de mon travail ».

Cité par I-F Dortier "Les professionnels de l'intelligence : portrait de groupe".

1. 1. 3 Faire avec le fait d'être catégorisé

C'est par ses conséquences sociales et ses effets sur eux-mêmes, que les acteurs perçoivent le fait d'être catalogué et sans doute développent des stratégies pour "faire avec". Lorsque ces catégories sont perçues négativement, la personne peut se percevoir en retour négativement. C'est parce que les stéréotypes attachés à ces catégories sont partagés qu'ils déclenchent un sentiment de honte pour celui qui se trouve assimilé à une catégorie "discréditée" socialement.

Annie Ermaux décrit ainsi l'humiliation. « Il n'y avait pas que la maîtresse du cours préparatoire [...] les filles... qu'est-ce qu'il fait ton père ? Epicier, c'est chouette, tu dois en manger des bonbons ! tout doux, tout chaud au début, on ne s'y attend pas, je suis fière, heureuse. Et d'un seul coup, la poignée de mots [...] Café aussi ? Il y a des bonhommes saouls alors ? C'est dégoûtant ! ma faute, j'aurais dû me taire, je ne savais pas. »

Et le sentiment d'être, comme par "nature" différente : « Toutes les autres vivent pour elles, elles écoutent, elles écrivent, elles vont tranquillement aux cabinets et moi je les regarde écouter, écrire, aller aux cabinets. Quand j'entre dans la classe, je deviens moins que rien, un paquet de petits points gris qui se pressent contre les paupières, en fermant les yeux. J'ai laissé mon vrai monde à la porte et dans celui de l'école je ne sais pas me conduire ».

A. Ermaux. *Les armoires vides*. folio. n 60-62

Si ces stéréotypes sont partagés, ils ne sont pas forcément acceptés, pour autant ils sont encore déterminants dans la réponse, les réactions, les stratégies des personnes ainsi "cataloguées".

Être vu, se voir, se donner à voir. Les dires de soi en situation d'étiquetage

Dans un autre de ses romans, directement autobiographique, Ermaux décrit le comportement de son père confronté aux amies de sa fille devenue universitaire. Voulant en somme compenser l'image négative que ce père sentait peser sur lui, il montrait ainsi par ce comportement même cette infériorité qu'il voulait pourtant compenser.

« Mon père était heureux d'accueillir ces jeunes filles si bien élevées, leur parlait beaucoup, par souci de politesse évitant de laisser tomber la conversation, s'intéressant vivement à tout ce qui concernaient mes amies. Il se mettait en quatre [...] quand la famille d'une de ces amies me recevait, j'étais admise à partager de façon naturelle un mode de vie que ma venue ne changeait pas. En donnant un caractère de fête à ce qui, dans ces milieux, n'était qu'une visite banale, mon père voulait [...] passer pour quelqu'un qui a du savoir-vivre. Il révélait surtout une infériorité qu'elles reconnaissaient malgré elles. »

A. Ermaux, *la place*, folio, p. 93

Dans un roman récent, Pennac, devenu professeur et romancier, commente son vécu de "cancre".

« Voilà un gosse qui, dès le départ, se retrouve sous le feu des regards adultes réprobateurs. Celui, angoissé, de sa famille qui a peur pour son avenir. Celui, hostile, du prof qui lui en veut d'être l'incarnation de son propre échec : un élève qu'il est incapable de faire progresser [...] comment pourrait-il être heureux, le cancre ? Où puiserait-il la force de s'en foutre réellement ? Ce qu'il va faire, c'est compenser. S'inventer un personnage pour exister malgré tout, devenir agressif en tendant de s'imposer par la force ou se réfugier dans la bande. Le cancre a peur. Cette peur le verrouille. Il la fuit dans le rejet. »

D. Pennac, *Chagrin d'école*, Gallimard 2007. Interview in *Télérama* n°3013, 13-19 octobre 2007.

Il y a donc un usage social des catégories ainsi créées qui conditionne le contact entre groupes et la rencontre entre personnes qui réduit l'inconnu à du connu, créant vis-à-vis de cet autre et/ou ces autres des attentes de comportements, d'attitudes, mais aussi de manières de vivre et de penser. Tout autant, le fait de se sentir "catalogué" et les effets de cette catégorisation conditionnent des manières d'être et d'agir, des attentes de comportements, d'attitudes, des manières de vivre et de penser.

1. 2 LA CATEGORISATION DANS LES "METIERS DE LA SOCIETE"

Nous avons relevé, comme pertinents, quelques exemples de discours social montrant une fonction particulièrement manifeste de catégorisation dans les métiers visant l'intervention sur autrui. Ces pratiques professionnelles visent à modifier les activités, les comportements d'autres sujets. Les fonctions d'assignation propres à cette catégorisation construisent des réponses institutionnalisées à l'égard d'autrui.

1. 2. 1. Les pratiques administratives¹

La fonction sociale de catégorisation est ancienne. On constate déjà en 1841 que définir la mendicité permet au Maire et Député de Rouen d'introduire une justification de l'action qu'il décide de mener.

« En général, la mendicité se recrute de paresseux que rien ne peut faire travailler. Le plus grand nombre ont été élevés dans cette pratique dès l'enfance » et de décrire son action en direction des mendiants « J'ai d'abord fait signifier aux valides de tout sexe qu'ils eussent à se pourvoir d'ouvrage, parce qu'ils ne seraient pas tolérés mendiant [...]. La plus grande partie de cette population céda donc à mes injonctions ; et je vis qu'il ne restait qu'un petit nombre de rebelles, trop faible pour embarrasser l'action de la justice ».

Suppression de la mendicité à Rouen par M. Henri Barbet Maire et Député de Rouen Annuaire des cinq départements de l'ancienne Normandie publié par l'Association normande à Caen chez H. Le Rov en 1841. <http://www.bmlisieux.com>.

Plus d'un siècle plus tard, le témoignage d'un fonctionnaire de la Préfecture de Police décrit les critères de jugement permettant d'attribuer un droit de séjour à des étrangers.

¹ selon A. Ogien, *Concevoir les pratiques de l'intervention sur autrui* (séminaire public, CNAM 2005) : le caractère bureaucratique d'une activité est défini par cinq critères exposés par Max Weber dans son analyse de la domination légale : a) spécialisation des tâches et fonctions ; b) relations impersonnelles et codifiées ; c) statut reconnu de fonctionnaire ; d) système de direction hiérarchique ; e) importance des documents écrits comme garants de la bonne exécution de la mission confiée à un agent.

« Pour décider d'attribuer telle ou telle carte, il y avait plusieurs facteurs à prendre en compte : il fallait vérifier auprès des services actifs qu'il ne s'agissait pas d'un délinquant, et puis ça dépendait aussi de l'intérêt que présentait l'étranger. Il y a tout de même un facteur d'utilité [...]. En tant que fonctionnaire, on était investi d'une mission de service public, d'une mission de défendre l'État et les intérêts de l'État.»

Entretien de Bernard, fonctionnaire de la Préfecture de Police, de 1950 à 1974, p. 173, analysé par A. Spires, *Étrangers à la Carte, l'administration de l'immigration française en France (1945-1975)*, Paris, Grasset, 2005.

Ces critères de jugement sont rarement définis dans des circulaires officielles, qui n'indiquent que l'objectif à atteindre, mais sont pourtant bien à l'œuvre dans les pratiques évaluatives des fonctionnaires investis du pouvoir de contrôle social. Ainsi se crée une catégorie d'étrangers "acceptables" aux yeux des fonctionnaires.

Signalement émanant d'un fonctionnaire des Renseignements Généraux, daté du 11 octobre 1966, faisant suite à une circulaire du Ministère de l'Intérieur aux préfets, concernant le rapatriement des oisifs : « Amar B. entré en France en 1956 ne justifie d'aucun moyen d'existence avoué, mène une existence oisive, ne faisant aucun effort pour trouver du travail et se complaisant en la compagnie de ces jeunes qui hantent le quartier latin et qu'on appelle beatniks, sans toutefois en présenter le caractère hirsute ».

Circulaire du 17/4/64 du Ministère de l'Intérieur aux préfets concernant le rapatriement des oisifs. A.P.P.. dossier n° 3000334. (Spires. 2005. 215).

Les politiques sociales déterminent des actions spécifiques et des prestations visant des populations ciblées et prises en charge par des travailleurs sociaux. Ainsi dans ce texte de la CNAF (Caisse nationale des allocations familiales) destiné à une réflexion des professionnels du travail social, nous voyons l'évolution des dénominations et leur rapport à la prise en charge par les travailleurs sociaux.

« La place des familles monoparentales dans la société a varié et varie entre exclusion, rejet, invisibilité, banalisation. [...]. L'utilisation du terme "monoparental" en tant que catégorie statistique par l'INSEE en 1981 et son utilisation à l'occasion du recensement de 1982 ont permis l'entrée dans les catégories démographiques d'une réalité ancienne ; quelques années plus tôt, la catégorie "parent isolé" définie par l'intervention publique avait contribué à légitimer des situations de plus en plus répandues mais ignorées des politiques, et donc laissées à la charité et assistance : 'De tout temps, des enfants ont été élevés par un seul parent, mais il était inconcevable de regrouper dans une même catégorie des situations qui se retrouvaient aux deux extrêmes de la hiérarchie sociale : la veuve de guerre au sommet de l'échelle, la fille-mère tout en bas' (Drieskens, 2000). [...] Les femmes monoparentales sont souvent explicitement devenues une cible du travail social en raison de leurs faibles ressources ou de leurs spécificités ».

Dossier de la CNAF, *Les représentations dans le temps et l'espace des familles monoparentales*, Dossier d'étude n° 42, mars 2003, Université Rennes 2.

Dans les années 1960, le Service Social Familial Nord-Africain, chargé d'intervenir auprès des familles migrantes originaires du Maghreb, définit les "Musulmans" en insistant sur leurs "mœurs particulières".

« Ce sont leurs "mœurs particulières" qui les séparent des populations "autochtones" et qui expliquent aux yeux du service le racisme, dont ils font l'objet, l'origine des problèmes sociaux et de l'inadaptation des Algériens [...]. Les Arabes, les Musulmans en particulier font l'objet d'un traitement paternaliste et ethnocentriste qui se focalise sur les femmes, souvent victimisées au regard de leur culture d'origine. *A contrario*, les représentations dominantes produisent une perception négative des hommes immigrés, disqualifiés comme époux et comme pères. Leur religion, quant à elle, est perçue, aujourd'hui comme hier, comme facteur d'aliénation et comme un obstacle majeur à l'intégration des immigrés. » Ainsi, dans les années 1960, les pères musulmans ont souvent été disqualifiés. « Les rapports d'activité du Service Social Familial Nord-Africain les caractérisaient comme 'peu enclins à évoluer, certains n'ayant aucune vocation à la vie moderne, parasites, exploitant la législation sociale et l'assistanat ». Tandis que ce même service social va s'intéresser aux femmes « qui font le choix de se couper de leurs origines ».

F. Guélamine, *Les faces cachées de la "différence culturelle", Le travail social face au racisme : Contribution à la lutte contre les discriminations*, Paris, ENSP, 2006.

Dans les rapports des éducateurs, les mots utilisés, la manière parfois "directe" de désigner, de stigmatiser la ou les personnes déviantes, peuvent être relevés, témoignant du regard posé et, par voie de conséquence, des pratiques qui s'y rattachent.

« Monsieur est un homme dépravé par l'alcool, père considéré comme une ruine, un déchet, irrécupérable, complètement abruti (1968). [...] La jeune mère, peu préparée à son destin d'épouse, de mère et de ménagère (1975). [...] Les milieux miséreux, qui sont nos milieux de travail, sont perpétués souvent par la malpropreté corporelle, l'accoutumance aux odeurs malodorantes. La crasse ancestrale détériore les personnalités d'enfants et transforme leur psychisme (1970). »

P. Boucquiaux, Éducateur spécialisé et chef de service éducatif du service tutelle de l'ADAEA, présente le résultat d'un travail de recherche sur les rapports d'activité qui se sont échelonnés pendant cinquante ans, ainsi que sur certains écrits d'enquête sociale, d'AEMO ou de tutelle.

Colloque de ADAEA Famille en mouvement : modèles familiaux pluriels approches socio-éducatives

Ainsi dans sa pratique professionnelle, un travailleur social a à concilier la catégorie, légitimant son intervention, avec la personne bien réelle qu'il rencontre.

« Je travaillais sur un secteur ville où résidait un bon nombre de 'familles naturelles', c'est-à-dire, dans notre jargon, les familles dont 'on avait placé les enfants'. [...] L'une d'entre elles, était une femme encore jeune mais physiquement sans âge. Elle avait eu trois enfants, très jeune, qui lui furent 'retirés' très tôt, bien avant que je ne sois sur le secteur. [...] Elle vivait seule ou épisodiquement avec des hommes, n'avait pas de travail et avait arrêté l'école très tôt. Elle avait d'importantes difficultés à s'exprimer et à (se) raconter. Elle avait souvent peu de courage et de motivation pour faire le ménage chez elle et bien souvent, l'appartement était très sale. C'est tout ce contexte qui lui était reproché quand elle demandait à avoir ses enfants un week-end. »

Texte tiré du recueil, Quand les assistantes sociales prennent la plume, septembre 2001, Recueil réalisé dans le cadre d'un atelier d'écriture organisé par le C.L.I.CO.S.S. 37.

Les personnes débordent toujours des attendus de cette catégorisation, comme l'exprime un travailleur social à l'occasion d'un atelier d'écriture.

« Il est arrivé avec une étiquette : alcoolisme, troubles du comportement et légère déficience intellectuelle. Il sortait d'un établissement spécialisé : une maison de redressement aurait-on dit, il y a quelques années. Il était privé de liberté. Il est arrivé avec ce lourd baluchon, mais il essayait de cacher derrière ses sourires l'étiquette qui collait à sa vie [...]. Il avait plein d'envies d'être quelqu'un de bien [...]. Et nous, nous attendions qu'il fasse ce que nous attendions de lui : qu'il se conforme. Il a essayé de dire par ses actes, ses gestes 'fous' qu'il ne pouvait pas, que ses objectifs n'étaient pas issus de ses envies, mais plutôt de l'idée qu'il se faisait de ce que la société pouvait attendre de lui. Je disais souvent que nous faisons fausse route, que nous ne comprenions pas [...]. Mais les objectifs fixés au premier jour ayant été posés d'un commun accord avec lui, il fallait s'y tenir me répondait-on. »

N. Gaillard. Éducatrice spécialisée, septembre 2001, C.L.I.CO.S.S. 37.

« Les professionnels se trouvent engagés auprès du client qu'ils ont désigné à leur attention particulière : le succès ou l'échec de la prise en charge prend alors l'allure d'un test de leur capacité et de leur compétence. » (Ogien, 2005)

Que les travailleurs sociaux s'appuient sur un registre normatif, qu'ils privilégient leurs affects ou revendiquent la dimension éthique, ce n'est jamais le réel dont ils rendent compte, mais la construction qu'ils s'en font pour pouvoir intervenir.

1. 2. 3 Les pratiques médicales

La formation médicale s'accomplit par l'apprentissage des conduites à tenir « par lesquelles le praticien saisit la réalité et la formule de façon strictement médicale ». (Good, 1998,162)

Un étudiant en médecine témoigne de ce travail d'apprentissage qui lui permet d'intervenir et dans le même temps d'être reconnu comme médecin.

« Ce que j'apprécie en médecine, c'est qu'il y a une authentique volonté de clarté [...] et de présentation logique. Le dossier idéalement rédigé prend en compte tous les faits positifs, et tous les faits négatifs, puis tire des conclusions [...] une sorte de résumé de ce que l'on pense qui se passa, suivi d'un plan d'attaque. Et cela est très satisfaisant. Bien sûr, le monde du réel n'est pas vraiment conforme, et il faut un peu l'altérer pour le faire entrer dans ce joli schéma. [...] On rédige un dossier, on le date, on le signe. C'est un document officiel de l'hôpital. Ça fait partie du règlement. Tout le monde le lit [...] vous avez désormais le sentiment d'être investi d'un pouvoir, celui de jouer un rôle. [...] On a à s'occuper d'une personne. Elle devient un peu vôtre, en ce sens qu'on est chargé de la présenter, et qu'on sera jugé là-dessus. [...] Et voilà brusquement que la personne devient un produit qu'il faut bien ficeler, bien exposer. »

Good, 1998, 172-174.

Habituellement, et avant que le médecin n'intervienne médicalement, la maladie doit être diagnostiquée, nommée par le médecin, mais dans la société contemporaine d'autres acteurs peuvent susciter des besoins de traitement, créer de nouveaux groupes de population à risque. Ainsi le renversement s'opère, c'est à partir d'une nouvelle catégorie de malades que se définit une maladie.

En mai 2007, un journaliste rapportait les propos d'un publicitaire d'une firme pharmaceutique qui énonçait ainsi son projet : « Le but [...] est de 'faire en sorte que les clients des firmes dans le monde entier appréhendent ces choses d'une manière nouvelle'. [...] La technique de vente la plus efficace reste la peur, je dirai plutôt la culpabilisation, par exemple lorsque l'on vend aux parents la prescription d'antidépresseurs chez les ados en jouant sur le risque suicidaire au cours d'états dépressifs non traités médicalement. Ce phénomène est facilité par l'existence de publicité directe au public pour les médicaments ».

C. GEKIERE, La passion classificatrice en psychiatrie : une maladie contemporaine ?, passions, Colloque du CEFA, Paris, 8-9 décembre 2006.

1. 2. 4 L'éducation et la formation

Au cours d'une enquête réalisée (Perron, 1991, 91) auprès d'enseignants sur l'échec de l'apprentissage de la lecture en cours préparatoire, et sur plus de 18000 jugements, aucun ne portait sur une mise en cause de l'institution, mais les enfants étaient jugés.

« [L'élève] manquant de moyens intellectuels ou de capacités, en raison d'une personnalité inadéquate : 'Paresse, apathie, lenteur, instabilité, opposition'. Les types de solutions envisagées étaient 'Redoublement, placement en classes spéciales', assorties d'aides individualisées. 'Rééducation, psychothérapies'. »

Y. Compas, Représentations de soi et réussite scolaire, *Les représentations de soi*, R. PERRON (dir.), Paris, Privat, 1991 p. 91.

En fait, tout se passe comme si le maître avait tendance à chercher parmi les élèves de sa classe, ceux qui font preuve d'intelligence logico-mathématique, modèle d'apprentissage privilégié par l'école. Être en conformité avec de modèle légitime la fonction du maître et de l'institution scolaire.

« Lui-même fut un bon élève et la recherche de l'instituteur n'est pas le seul classement objectif des écoliers qu'il a conscience d'opérer. Ce qu'il délimite, c'est un lot d'enfants qui, en suivant le parcours que lui-même emprunte, entérine son existence passée et présente de 'bon-élève, bon maître', qui légitime la validité de son choix. »

Compas, 1991, 91.

Les chercheurs ont montré qu'il existe un effet dit "Pygmalion", (Jacobson, Rosenthal, 1971), parfois nommé "effet Rosenthal" ou "prophétie auto-réalisante", qui consiste à effectuer des hypothèses sur le devenir scolaire d'un élève et de les voir effectivement se réaliser. Ce dont nous sommes persuadés guide nos choix, nos actes, nos réactions exerçant un impact sur notre entourage, lequel adopte le comportement que notre propre comportement lui inspire.

«Certains enfants vont mettre un point d'honneur à agir comme des "lascars" pour se caler sur l'image que les adultes leur attribuent.»

M. Laronche et C. Rollot, interview de Philippe Meirieu, *Le Monde* 30 novembre 2006.

En matière de pédagogie, les manières d'appeler l'élève et l'enseignant désignent des modèles d'intervention, des pratiques pédagogiques bien spécifiques. Ainsi, dans ce texte définissant le médiateur pédagogique et l'apprenant se lit en filigrane de la critique d'un autre modèle pédagogique.

« À partir du moment où, en situation pédagogique, celui qui apprend n'est pas jugé sur ce qu'il sait déjà comme pouvant avoir une valeur prédictive de ce qu'il sera capable d'apprendre, tout est permis. Il sait qu'il est accompagné, sans jugement de valeur, qu'il va redevenir maître de ce qu'il apprendra ou non. Il n'a pas à apprendre pour faire plaisir, mais pour lui. »

Ce modèle s'oppose à celui de la transmission de savoirs. « Ils se sont posés comme transmetteurs de savoirs, s'identifiant même parfois au contenu, mais ont raté le coche du pédagogue, qui plus est médiateur, celui qui doit être le passage, non entre quelque chose de su et quelque chose à apprendre, mais entre quelqu'un et celui qui apprend. »

A. Cardinet, *Pratiquer la médiation en pédagogie*, Dunod, 1995.

En conclusion de cette exploration, on constate que les significations construites par les acteurs pour leur permettre d'agir produisent le social, mais sont pourtant vécues comme des évidences, des "allant de soi" (Coulon, 2002), ainsi les catégories construites sont "objectivées" autant par l'acteur étiquetant que l'acteur étiqueté, ils partagent le même monde.

Dans les faits, il s'agit d'une fonction sociale. Dans les témoignages recueillis cette fonction se charge de connotations négatives, notamment pour les personnes qui vont se reconnaître "cataloguées". Dans cette recherche, nous allons tenter d'approcher les façons dont les personnes, qui perçoivent ces catégorisations, se les sont appropriées et les façons de les négocier de soi à soi et de soi à autrui, particulièrement lorsqu'ils sont en situation de communication avec autrui. Comment l'acteur devient son étiquette ? Avec quelles conséquences pour les personnes "cataloguées" négativement dans l'interaction et la communication avec autrui ?

Dans la plupart des exemples que nous avons collectés, les catégories sont une façon de caractériser des personnes, de les décrire en tant que personnes et ainsi de saisir leurs comportements en situation. Chaque société est caractérisée par les catégories qu'elle utilise. Dans les exemples recueillis ci-avant, la catégorisation permet soit de justifier une intervention en direction

des groupes appartenant à cette catégorie, soit de critiquer les délimitations des catégories et/ou les critères choisis par d'autres pour la définir et, donc, les choix d'intervention mis en œuvre. L'enjeu entre les groupes d'acteurs n'est donc pas la catégorisation en tant que telle, mais bien ses conséquences. La fonction n'est pas remise en cause. Enfin, les acteurs sociaux sont assignés et se reconnaissent dans plusieurs sortes de catégorisations et cela, de façon synchronique, dans les différents milieux qui composent leur vie, et, de façon diachronique, durant le déroulement de leur vie. S'ouvre alors un espace d'interaction où se déroulent diverses négociations entre ces différentes instances de productions d'étiquettes.

Ainsi,

« La catégorisation sociale, comme attribution d'une identité par le simple pouvoir de nommer les choses, les gens, les situations, est toujours le résultat d'une interaction complexe entre les "catégories officielles" imposées d'en haut (le statut dans la société par exemple), les catégories du sens commun saturées de stéréotypes négatifs, et les "catégories indigènes" inventées par les acteurs sociaux pour décrire leur expérience et résister à l'étiquetage bureaucratique » (Siblot, 2005).

La fonction de catégorisation est corrélative à la création de ce qui apparaît comme les normes, mises en forme du monde, communes aux acteurs dans un moment historique donné, qui elles-mêmes, renvoient, en spirale permanente, à l'identité construite par l'acteur confronté à ces normes.

Butler (2006, 85), par exemple, à propos des personnes transsexuelles qui paraissent "transgresser" les lois du genre, parle de normes d'intelligibilité culturelle qui invalident certaines formes d'identité qui sont jugées soit comme des anomalies du développement, soit comme des impossibilités logiques. Dans une société, chacun peut jouer un rôle social dans un processus "d'habilitation intersubjective" (Roelens, 1998, 121) comme validation informelle et formelle de la place de chacun.

1. 3. LA CONSTRUCTION DU "PATIENT" PAR L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE

Comment la figure du patient psychiatrique est-elle construite par les pratiques des différents acteurs des services de soins et dans les différentes interactions sociales qui ont lieu dans ce type d'institution ? Comment le

diagnostic médical participe-t-il à cet étiquetage dans et hors de l'institution ?

1. 3. 1 La rencontre malade/psychiatre : une étape du processus d'étiquetage

La rencontre malade/psychiatre ne se réduit pas à une rencontre circonscrite dans un espace-temps unique, qui serait celui d'un colloque singulier malade/psychiatre, mais se déroule entre un malade et un système de soins psychiatriques dont le psychiatre n'est qu'un des acteurs.

Elle se définit comme un espace-temps de rencontres dans un parcours institutionnel (Clément, 2001) : rencontres multiples de la personne avec les différentes sphères du système de soins et de ses acteurs, les personnels de santé et/ou d'autres patients et rencontres de l'entourage du malade avec ce système de soins et de ses acteurs.

Un infirmier raconte : « Assurément très perturbée, la nouvelle patiente s'est, néanmoins, montrée coopérative. Elle n'a pas opposé de résistance et a répondu aux questions du mieux qu'elle pouvait [...] indifférente, du moins en apparence, elle n'a pas protesté lorsque ses effets personnels lui ont été retirés [...] Elle n'a rien dit non plus quand les infirmiers ont fouillé son sac, pour les besoins de l'inventaire ».

P. Clément, *bienvenue à l'hôpital psychiatrique, les empêcheurs de tourner en rond*, Paris, 2007
p. 159.

L'interaction malade/psychiatre se déroulant dans un cadre institutionnel préconstruit détermine la pratique du diagnostic, l'ensemble produisant la figure sociale du "patient". On peut parler d'une construction collective et interactive d'une catégorie "malade".

L'infirmier continue ainsi son récit : « Lorsqu'on lui explique qu'elle va être installée en chambre individuelle, elle dit préférer ne pas être seule [...] impossible, lui est-il rétorqué, puisqu'une règle du service impose que toute personne admise dans le cadre d'une mesure d'hospitalisation sous la contrainte soit placée en chambre fermée. [...] La jeune fille, comme les autres, tombe sous le coup de cette règle de l'enfermement systématique. [...] S. s'est mise à pleurer, à hurler, à se débattre, à supplier [...] ».

P. Clément, 2007, p. 160.

Nous identifions une étape dans le processus de l'étiquetage, celle que le médecin appelle détermination d'un diagnostic. Phase inaugurale, le diagnostic, qui est nécessaire pour légitimer l'entrée dans le système, enclenche une activité d'étiquetage qui peut se dérouler dans des moments multiples, fractionnés. En effet, le diagnostic est de façon directe l'objet d'une discussion entre médecins autorisés, notamment dans l'ajustement des traitements, mais indirectement le diagnostic se vulgarise dans la confrontation aux données apportées par d'autres professionnels soignants et par l'entourage du patient.

La catégorisation par le diagnostic réalisé par les médecins (Gekiere, 2006) est dépendante d'un savoir qui détermine des catégories et classe les symptômes dans une nosographie :

« Une science générale des maladies conduisant à des théories pathogéniques et parfois des systèmes de pathologie générale » (Postel, 1993).

Un symptôme est un signe pour qui sait l'interpréter.

« Un symptôme pathologique est un signe dans la mesure où il existe un code (qui est la sémiologie médicale), et ceci indépendamment du patient. » (Eco, 1973, 33).

L'histoire de la psychiatrie se confond avec l'effort constant de délimiter des entités nosologiques, les maladies, comme dans le modèle de la médecine somatique. C'est l'invention des neuroleptiques¹ qui permet d'approcher cet idéal médical et scientifique, et fait entrer la psychiatrie dans la modernité. Pourtant en psychiatrie, le traitement a une double nature, celle du soin et

¹ Les traitements par électrochocs sont inventés entre les deux guerres. La première molécule, la chlorpromazine, est synthétisée en 1950.

celle de définition de la pathologie c'est ce qu'on appelle "l'épreuve thérapeutique" (Ehrenberg, 2002, 91). Au quotidien, les personnels véhiculent un "allant de soi": un médicament bien toléré par le patient fait la preuve de sa pathologie diagnostiquée. La logique voudrait que la réciproque soit vraie à savoir qu'un médicament mal toléré par le patient devrait remettre en cause sa pathologie diagnostiquée. Mais dans les faits, cette proposition n'est jamais envisagée. Lorsqu'une personne, jugée malade, est indisposée par un traitement, l'explication retenue est, soit que le traitement est inadéquat pour cette pathologie diagnostiquée, soit que la plainte exprimée par le patient est une majoration des effets secondaires liés au traitement, majoration qu'il faut analyser comme un nouveau symptôme de ce patient. Les effets secondaires, quelques fois très invalidants (bave, énurésie, paralysie) apparaissent comme inévitables et sont souvent considérés comme un moindre mal au regard de l'efficacité du traitement.

« Le concept de maladie est facile à imposer. Il est confirmé par la chaîne des soins : consultation médicale, ordonnance, arrêt de travail, gratifications. Le médicament psychotrope témoigne de l'authenticité de la maladie, légitime le statut du patient et devient le label d'une reconnaissance officielle et sociale. » (Zarifian, 1994, 73).

La nosographie comme discours scientifique

« Par rapport à la conscience que les malades eux-mêmes peuvent prendre de leur situation, est le seul langage à la fois savant et englobant [...] : la manière de fumer une cigarette ou de disposer son couvert peut avoir autant de valeur diagnostique qu'une tentative de meurtre ou de suicide. » (Castel, 1972, 5).

La maladie mentale est conçue, par certains, comme une "maladie de l'être au monde" (Herzlich, 1992), une façon d'être et d'interpréter le monde, plus qu'une pathologie au sens classique (Canguilhem, 1979, 12)¹. Ce qui induit des débats au sein même de la discipline.

« Dans le domaine de la psychiatrie, l'idéologie scientifique, qui n'est pas le fait scientifique, tend à promouvoir une vision mécaniste du psychisme et à accréditer la représentation d'un être humain programmé et prédéterminé, chez qui les ressources personnelles n'ont aucun intérêt et pour qui le salut ne peut venir que de la science. » (Zarifian, 1994, 136).

1 G. Canguilhem donne quelques indices en rappelant la doctrine issue de l'antiquité ; le corps développe une maladie pour se guérir et le médecin tente d'accompagner cette entreprise, « La technique médicale imite (ait) l'action médicale naturelle (vis medicatrix naturae) ».

C'est par un effet d'adaptation à la catégorie de malade mental que le malade est amené à se considérer différent des autres. Il est malade mental et en acceptant d'entrer en soin, il devient patient d'un système de soins.

« Celui qui est considéré comme un malade mental peut donc être authentiquement malade, mais il peut être aussi perçu comme tel simplement parce qu'il est désigné ou qu'il se désigne lui-même comme malade. Si on est généralement à la fois un authentique malade et un malade désigné, ce n'est ni toujours ni nécessairement le cas. » (Maisondieu, 2004, 171).

1. 3. 2 Les voies de la construction du patient

1.3.2.1 Le dossier médical

Le dossier médical est un document inscrivant officiellement la personne dans la prise en charge institutionnelle. Il contient les écrits professionnels du médecin et de l'équipe soignante : compte-rendu d'entretiens, d'observations et prescriptions du traitement. Il est intéressant de voir comment s'élaborent ces écrits, notamment les écrits du médecin au regard du récit fait par la personne.

« Dans le dossier de consultation, chaque division et subdivision progressaient vers un langage de plus en plus technique : Sous le titre 'Histoire', le Dr George écrivait : 'Se plaint d'entendre une voix l'appeler occasionnellement Paul'. Sous le titre 'Examen', ce même point était réécrit sous la forme suivante : 'Hallucinations auditives occasionnelles d'une voix appelant son nom' puis à 'Diagnostic' : 'schizophrénie'. La maladie était rendue dans un langage éloigné de la façon dont Paul exprimait son expérience, qui ne lui permettait pas de contrôler la façon dont elle était définie [...] cette séparation des patients du compte-rendu rédigé de leur maladie apparaissait enfin de façon tangible dans la distance physique maintenue entre les patients et leurs dossiers. »

Rapporté par R Barrett, *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, Paris, Institut Synthélabo. 1997, p. 149-150. (Collection les Empêcheurs de penser en rond).

Le dossier médical devient un outil des professionnels. Le vécu de la personne est objectivé et construit dans ce que, dans le jargon professionnel, on appelle "un cas".

« Les patients voyaient clairement que le praticien lisait dans leur dossier et y ajoutait des éléments, mais ils ne pouvaient le lire eux-mêmes, pas plus qu'ils ne pouvaient y inscrire directement des éléments [...]. Le document de leur maladie était visible mais inaccessible : il portait sur eux, mais séparé d'eux [...]. Le dossier était structuré de telle manière que les conclusions du médecin (diagnostic et opinion) soient lues comme une suite logique des données de l'entretien, comme si elles dériveraient d'un processus d'induction. »

R; Barrett, p. 149-150.

C'est ce qu'exprime la suite du témoignage de l'infirmier psychiatrique.

Quand S. rencontre l'institution psychiatrique : « Elle a cherché, en vain, à fuir. Une intervention physique a été nécessaire pour parvenir à lui administrer une dose de sédatif et la traîner jusque dans sa chambre [...]. Sur la première page du dossier de S., il a été noté que, suite à une crise d'agitation, la patiente a reçu un traitement par voie injectable, dont l'effet a été rapide ».

P. Clément, 2007, p. 161

Il y a donc un dossier médical comme trace nécessaire à l'institution pour rendre des comptes sur la prise en charge du patient¹, comme pratique d'élaboration d'un "cas", comme interprétation des acteurs de la prise en charge - ce que chacun y inscrit comme traduction des comportements du patient -, comme objet symbolique circulant dans le système psychiatrique "à la place de" la personne.

1.3.2.2 L'interaction entre acteurs de l'équipe soignante

Une large part de l'activité des équipes psychiatriques consiste à dénouer l'écheveau des intrications que sont les symptômes d'une maladie, les effets secondaires des traitements, les effets de la personnalité du patient, les effets vertueux ou pervers des systèmes institutionnels². La psychiatrie repose donc,

¹ Loi 2002-2 – rappelons que la consultation directe du dossier médical permise à tous les patients par cette loi est encore « soumise à condition » pour les patients en psychiatrie.

² La loi n° 90-527 du 27 Juin 1990 qui renouvelle la législation sur l'hospitalisation en psychiatrie est une loi d'organisation des soins qui ne définit pas le trouble mental. Au premier chapitre, elle énonce deux principes. Le premier affirme que le statut de la personne hospitalisée en psychiatrie, consentant librement à cette

en partie, sur des pratiques d'observation et de transmission de ses observations par les membres de l'équipe. Chacun détient des informations complémentaires, voire contradictoires, mais qu'il convient de partager de façon stratégique pour se faire reconnaître professionnellement. Ces diverses catégories de professionnels sont censées travailler ensemble. Pourtant, ce travail en équipe (Cartier, 2005) peut signifier que chacun, selon ses perspectives professionnelles et son pouvoir hiérarchique, entre en concurrence avec les autres acteurs et négocie sa zone d'intervention.

L'enchaînement reste : diagnostic-traitement, pronostic-conduite à tenir et sa boucle de rétroaction : réactions, comportements du patient, réactions, comportements du personnel soignant et de l'entourage, conduite tenue, traitement à ajuster, diagnostic.

Pour le psychiatre, la maladie mentale et la personnalité du patient se définissent souvent par exclusion mutuelle. Le psychiatre revendique un savoir théorique permettant de délimiter la part de l'un et de l'autre. Une maladie mentale peut être identifiée comme responsable d'un comportement attribué de façon habituelle à une anomalie de la personnalité. Ainsi le psychiatre construit le malade comme un objet d'étude, individu victime de sa maladie, jouet d'un conflit psycho-dynamique sous jacent qu'il ignore, dont il veut faire évoluer les symptômes. Pour les autres personnels et pour l'entourage du patient, l'attitude oscille entre l'adhésion à cette définition diagnostique, la conviction que la maladie affecte effectivement la personnalité, et le jugement ordinaire, qui implicitement juge la personne capable d'agir en conscience, de façon à être responsable, au moins en partie, de ses actes. En réalité, cette partition entre maladie et personnalité est un objet de discussion infinie dans l'équipe soignante, comme l'est la discussion sur les causes iatrogènes, intra personnelles ou familiales, à l'origine de la maladie.

hospitalisation, ne diffère pas de celui reconnu à toute personne hospitalisée (art L. 326-2). Le second principe précise que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles de ces personnes, doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre du traitement (art. . 326-alinéa 1), la personne conservant des droits inaliénables (Art. L326- al. 2 et 3).

Être vu, se voir, se donner à voir. Les dires de soi en situation d'étiquetage

1.3.2.3 Les cadres interprétatifs mobilisés par les professionnels

Le "passage à l'acte" est décrit comme la catégorie explicative la plus utilisée en psychiatrie (Barett 1997, 27). Dans son sens psychanalytique, il décrit des comportements impulsifs résultant de conflits inconscients et n'impliquant pas la responsabilité de son auteur, ainsi il y a sujet, mais sujet de l'inconscient, ce qui délimite un espace d'interprétation de la conduite tenue et à tenir. Pour l'institution, c'est un comportement inacceptable dont le patient est tenu pour responsable. La qualification d'un comportement de passage à l'acte appartient à la fois à une explication savante et relève d'un mode de régulation de la vie quotidienne dans l'institution. Pour y faire face, le comportement des soignants peut aussi être qualifié de passage à l'acte visant

« une reprise musclée du contrôle de la situation [et] doit revêtir une dimension thérapeutique qui vient pallier l'effondrement de cette illusion de maîtrise absolue » (Clément, 2001, 287).

Les contingences matérielles et autres nécessités institutionnelles, amènent les personnels à faire l'usage de catégories de jugement pratique, permettant de mettre en œuvre des règles pragmatiques d'action et de réaction. Ces règles sont nées de l'expérience en milieu institutionnel et la vulgarisation des construits savants. Il s'ensuit dans le quotidien d'une hospitalisation que

« les règles ne sont pas les mêmes pour tous. Il y a ceux qui peuvent et ceux qui ne peuvent pas. Qui décide ? Le docteur ; le mot est prononcé tantôt avec respect, tantôt avec hargne, toujours avec un sentiment d'impuissance » (Prolongeau, 2002, 28).

Une autre catégorie explicative des comportements est aussi largement identifiée : "la manipulation".

« Le cauchemar des infirmiers psychiatriques, une sorte de hantise, presque une obsession. Sitôt qu'un malade se montre récalcitrant, n'obtempère pas, les infirmiers en règle générale, flairent la manipulation. Une sorte de seconde nature. » (Clément, 2008, 32).

Cette qualification s'appuie sur un autre construit savant : "la confrontation à la loi".

[Après avoir relaté l'interaction entre un patient et les infirmiers, l'auteur conclut] «Comme souvent en psychiatrie, on est là aux limites floues du soin et de la sanction [...]. Ce malade nous a occupés presque une heure durant et il doit, d'une certaine façon, maintenant en payer le prix. Aussi, il n'obtiendra rien. Les soignants ne vont rien céder».

P. Clément, 2007, p. 37.

Dans le fonctionnement psychique, cette notion de "confrontation à la loi" désigne l'effet structurant de la confrontation à la loi symbolique qui permet de limiter la toute puissance du désir. Dans les pratiques psychiatriques, il s'agit de confronter le patient aux règles institutionnelles étant entendu que se plier à ces règles présage d'une possibilité de se réinsérer dans la société. Pour qu'il y ait interaction et création d'une trame pour établir une relation au quotidien, les patients et les personnels doivent choisir un registre commun d'interprétation de l'action.

Chez les patients s'élabore un code d'interprétation pragmatique permettant de comprendre, d'agir et de réagir, aux intentions, aux attentes, aux demandes des professionnels.

« Dans le cours des échanges qui constituent une intervention en psychiatrie, clients et professionnels agissent donc en suivant des règles déduites de leur expérience pratique telle qu'elle se traduit en jugements de sens commun. » (Ogien, 2007, 32).

Mais les professionnels imposent, les patients s'adaptent.

1.3.2.4 L'organisation des services

Dans un service de psychiatrie (Foucault, 2003, 13), chaque acteur se voit attribué un espace d'activité en fonction de son statut. Le prestige d'un professionnel se mesure à la possibilité de recevoir seul à seul un patient. Les personnels infirmiers sont en proximité avec le malade, ils mettent en œuvre des savoirs pratiques concernant leurs besoins élémentaires (Hygiène, nourriture) et degré de dangerosité, rendent effectives les prescriptions du médecin psychiatre et partagent le quotidien des malades.

Hubert Prolongeau, journaliste, décrit ainsi l'hôpital, avec le rituel du traitement : «Chacun est appelé près d'un petit chariot où sont distribués les cachets. La queue se forme. L'infirmière contrôle que tout le monde les prend bien, [...] rien ne se fait sans la permission de l'infirmier, tout passe par lui, même s'il ne fait qu'appliquer des consignes dictées par les médecins, à l'étage au dessus. Pour tout (acheter des cigarettes, téléphoner, sortir, pouvoir mettre ses vêtements, accéder à son argent), il faut demander la permission. Les réponses varient, mais le temps de les expliquer n'est jamais pris».

H. Prolongeau, *la cage aux fous*, Paris, J'ai lu, 2002 (Librio) p. 26 et p. 28.

Goffman (1974, 49-53) décrit les rites d'interaction communément repérables entre individus dans l'interrelation en s'appuyant sur des observations réalisées à l'hôpital psychiatrique dans les années 1960. Ce qu'il observe, ce sont les mêmes comportements de communication conventionnels grâce auxquels l'individu exprime son personnage ou porte une appréciation sur les autres, notamment ceux de tenue et de déférence qui sont la marque d'une adaptation à la situation, envers le médecin, représentant le pouvoir. Entre un supérieur et un subordonné, on observe une relation asymétrique, comme entre le psychiatre et le malade, dans laquelle le premier a le droit d'aborder des aspects de la vie privée sans que le second puisse le faire. De même de subtils rituels d'évitement du contact avec l'autre sont repérables dans le cercle protecteur qu'entretiennent les personnels infirmiers retirés dans leur salle, espace respecté par les malades.

Ainsi l'organisation des services et l'occupation des lieux, réglementés, participent au processus d'étiquetage des soignés qui se voient signifier une place et un rôle dans l'institution, susceptibles d'influencer leur vécu identitaire personnel et social¹.

Le défi de ces conventions constitue une voie d'interprétation d'une inadaptation du malade et donc une indication du degré d'intensité de la maladie.

1 C. Wulf montre l'importance de la ritualisation dans la construction identitaire personnelle et sociale in *Une anthropologie historique et culturelle*, Paris, Téraèdre, 2007

« Si un individu échoue à préserver ce que d'autres estiment une apparence convenable, et s'il refuse de se soumettre à ceux qui sont chargés de le rendre présentable, ceux-ci ne pourront accomplir leur tâche qu'au prix de sa dignité et de la déférence qu'ils lui doivent. » (Goffman, 1975, 72).

Dans ce cas, pour intervenir dans l'acquisition d'une apparence convenable, Goffman parle alors de dilemme professionnel entre le risque de faire subir de très graves humiliations et celui de signifier l'abandon de la personne dans la sphère d'inhumanité. Les conditions d'accueil à l'hôpital psychiatrique des personnes en période de crise, lorsque le patient trop préoccupé par ses problèmes internes est le plus indifférent aux comportements les plus communément admis, ou lorsqu'on le considère d'emblée comme tel, peuvent compromettre la présentation de soi et mettre en danger son intégrité.

« Elle [une patiente] paraît plutôt jolie mais ses yeux gonflés d'avoir pleuré, l'absence totale de maquillage et la chemise de nuit un peu trop courte ['Ils n'avaient plus de pyjama', explique-t-elle en tirant sur les bords au moment de se lever] interdisent de s'en rendre vraiment compte. »

H. Prolongeau, 2002, p. 28.

1. 3. 3 Du diagnostic à l'étiquette sociale

Une part importante du travail du médecin psychiatre consiste à mieux informer les différents acteurs évoluant autour du malade identifié, soit pour faire admettre le bien-fondé de son diagnostic, soit pour faire admettre les formes d'intervention que ce diagnostic exige ou autorise. En effet, toute une série d'acteurs de la société va prendre pour cadre de référence le diagnostic posé par le médecin psychiatre. Tous se réfèrent au diagnostic : le personnel infirmier ou le médecin généraliste, directement concernés par la mise en œuvre des soins et du traitement ; le médecin du travail concerné par ses conséquences ; les acteurs de l'action sociale, ou les personnes responsables du contrôle social, comme le policier ou le juge, par les effets de ce diagnostic. La famille, les proches, les collègues et les autres patients, *a fortiori*, la personne diagnostiquée elle-même, vont se référer au diagnostic et ses différentes déclinaisons. Les termes de ce diagnostic sont généralement mis à la portée des interlocuteurs concernés (Dutoit, 2008). De même, il y a vulgarisation des contenus savants pour l'ensemble des membres de la

société : les termes de paranoïa, d'hystérie ou de dépression sont banalisés. Faire référence au diagnostic psychiatrique remplace peut-être aujourd'hui les interprétations religieuses et morales d'hier.

« Les enjeux pratiques pour la clinique [...] sont systématiquement connectés à d'autres, dans la science comme dans la philosophie, car l'esprit est le lieu géométrique d'une énigme pour définir un dedans et un dehors de la personne. Cela résulte du basculement dans l'orbite de la médecine de problèmes relevant autrefois de la religion et de la morale. » (Ehrenberg, 2002, 32-61).

Jodelet, à l'issue de son enquête sur les représentations de la folie (Jodelet, 1989, 373)¹, constate ainsi que les connaissances issues du contact direct avec les malades psychiatriques « réclament, pour prendre sens, d'être structurées par des cadres qui leurs sont extérieurs », dont les conceptions médicales répandues à l'époque de la création de la Colonie Familiale qu'elle étudie.

Ainsi, le diagnostic est le cadre de référence qui détermine la catégorie dans laquelle chacun classe, même de façon très peu informée, la personne. Quand on est confronté à une personne étiquetée psychotique, schizophrène, malade mentale, le diagnostic permet d'imaginer qu'un schéma puisse guider la conduite à tenir dans la relation à cette personne, et réduire la part d'incertitude pour prévenir les difficultés attendues. Chacun s'approprie avec une large part d'interprétation le discours psychiatrique. Toute personne devant être en contact, plus ou moins directement, avec un malade psychiatrique, ou supposé tel, donne une interprétation au comportement de la personne, justifiant sa propre conduite envers lui ou, dans l'exemple suivant, justifiant une prise de décision.

« Une jeune femme en stage de formation de puéricultrice a un malaise. Lorsque les pompiers lui demandent si elle prend des médicaments, elle donne le nom d'un neuroleptique. La Directrice de la crèche qui l'entend décide peu après qu'elle ne peut poursuivre cette formation sans qu'aucun fait ne puisse être reproché à cette stagiaire dans son intervention auprès des enfants ».

Au fur et à mesure de l'appauvrissement du contenu savant, le diagnostic n'est plus qu'une façon de nommer l'autre et devient une étiquette sociale qui se charge des stéréotypes, tout le faisceau de connotations liées aux figures sociales du malade mental et du fou, déjà présents dans la société.

Demande d'intervention reçue en octobre 2007 par l'association Advocacy.France (document interne de synthèse).

¹ Il s'agit de la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château.

Très souvent, la famille revisite son histoire à partir de la reconnaissance par l'institution de la maladie d'un de ses membres et de nouveaux rôles échoient aux parents et/ou frères et sœurs qui acquièrent ainsi une nouvelle étiquette "parents de malade psychique".

Ainsi, un homme se présente comme père d'un schizophrène et se défend d'être responsable de la maladie de son fils : « On a accusé les parents d'être à l'origine des troubles psychiatriques. C'est une vieille lune, une stupidité [...]. C'est vrai que dans le passé par les bizarreries des théories psychanalytiques, effectivement ça a rajouté à leur souffrance de façon inutile, enfin c'est une chose qui commence vraiment à dater et qui n'est plus la principale difficulté que nous rencontrons ». Ce père explique la maladie par une déficience organique qui est difficile à diagnostiquer : « La maladie est surtout là, parce qu'il y a une déficience organique et avec le temps elle se développe [...]. Quand est-ce qu'on dit que c'est de la schizophrénie ? Ben, c'est quand il commence à avoir des hallucinations, il y a un certain nombre comme ça de troubles symptomatiques. Ces symptômes sont peu spécifiques et il est donc difficile de déclarer que quelqu'un est schizophrène ».

C. Baker, Surpris par la nuit - De bonnes raisons d'écouter les fous, France Culture, 10 au 14 septembre 2001 à 22h30.

Ce père (vignettes ci-avant et ci-après) développe un argumentaire de type statistique, rationnel, qui montre qu'il n'est plus seulement un père mais quelqu'un d'informé sur cette maladie et pour qui les enfants sont donc devenus des patients, et les parents sont devenus des "parents de schizophrènes".

« Probablement il y a des erreurs de diagnostic qui peuvent expliquer qu'on trouve 20 % de rémission totale tout en gardant une certaine fragilité évidemment mais ce sont des cas rares pour les 80 autres, 50 à 60 % ont une stabilisation mais qui n'en est pas une puisqu'il y a des suicides dans ce lot-là et puis il y a peut-être 20 % qui vont beaucoup plus mal et qui doivent être hospitalisés toute la vie. » Le discours de ce père se généralise englobant tous les parents et tous les enfants dans les mêmes difficultés sociales et la même fragilité : « Bon vivre avec cette maladie à condition d'être bien accompagné ça veut dire [que ce qui est] une difficulté pour tout le monde, va être encore plus difficile pour nos patients et va nécessiter [...]. Nous avons besoin de structures, je dirais, de posture ».

C. Baker, Surpris par la nuit - De bonnes raisons d'écouter les fous, France Culture, 10 au 14 septembre 2001 à 22h30.

Si de tels écarts existent dans l'utilisation formelle de ce savoir diagnostique, qu'il peut se réduire à une simple étiquette, en se propageant dans

l'environnement, peut-être pouvons-nous faire l'hypothèse que ce n'est pas sur le fond que les acteurs s'accordent mais bien sur la fonction de cette activité d'étiquetage.

Cette fonction est, fondamentalement, à comprendre comme ce qui permet à chacun de fixer sa place, de délimiter son champ d'intervention et de légitimer son pouvoir ou son impuissance à agir sur l'autre, de justifier des fins et des moyens mis en œuvre. Autrement dit, il faut bien distinguer cette fonction et les effets de l'étiquetage pour les personnes qui se savent étiquetées, puisque nous avons déjà évoqué que ne se disent "cataloguées" que les personnes qui le sont négativement.

Cette activité d'étiquetage détermine de fait l'ensemble des postures des différents protagonistes, professionnels ou non professionnels dans le système de soins, puis plus largement, alimente les représentations par des stéréotypes attachés à la figure sociale du malade mental dans la société.

Du fou "mythique" au malade, s'ouvre ainsi la possibilité d'agir sur l'autre, le pouvoir de le transformer et

« en le transformant ainsi, le psychiatre s'apercevait qu'il n'en avait plus peur, s'apercevait que jusqu'alors il en avait peur » (Ehrenberg, 2002, 3).

Nous sommes obligés de constater que l'incompréhension de certaines conduites de l'autre génère la peur, ne serait-ce qu'au vu de la littérature alimentant depuis plusieurs siècles la représentation de la dangerosité du "fou" (Foucault, 1972). D'où peut-être une nouvelle étiquette qui se profile, notamment à travers une enquête menée par l'OMS¹ dans divers pays européens, qui a mis à jour auprès du grand public une différenciation entre les fous et les malades mentaux. Le fou étant assimilé à la dangerosité, le passage à l'acte insensé, l'inadaptation à vivre dans la société, alors que le malade mental renvoie à une souffrance qui peut être soignée. Les étiquettes ne sont pas immuables, mais bien construites historiquement.

Une partie du savoir médical psychiatrique conforte les croyances et les *a priori* en se vulgarisant, notamment par divers médias qui forgent l'opinion publique. Ce savoir vulgarisé est intériorisé sous forme de normes et s'impose à l'ensemble des acteurs d'une société.

¹ Enquête menée par l'OMS (2001-2005).

« Ainsi il semblerait que les fictions télévisées et cinématographiques fournissent une source importante de représentations de la maladie mentale [...]. Une analyse de contenu de 34 films de la compagnie Disney montre jusqu'à quel point les références à la maladie mentale, exprimées par des termes non scientifiques tels que 'fou' ou 'dingue', constituent des mécanismes pour différencier, écarter ou dénigrer les personnages. Dans 85 % de ces films d'animation, il y avait une référence stigmatisante de ce type. » (Wilson, Nairn, Coverdale, Panapa How mental illness is portrayed in children's television : a prospective study. *British Journal of Psychiatry* 176 : 440-4432000).

Anne Lovell, *Psychiatrie et violence*, Rapport de l'IGAS, 2005.

La personne est totalement incorporée à la catégorie "malade mental" et, si elle est récemment entrée dans cette catégorie, elle partage le même a priori que l'ensemble de la population sur ces personnes auxquelles elle est identifiée ou s'identifie (Goffman, 1989).

Un patient témoigne. « Quand je me sens mal, je pense que ça se voit et alors, je me sens comme un monstre, une personne qui ne devrait pas exister [...]. D'après mon expérience, mieux vaut ne rien dire de son passé psychiatrique, se comporter le plus normalement possible, ne pas se faire remarquer, ne rien dire. Par peur qu'on ne vous considère pas comme une personne à part entière, qu'on ait peur de vous, qu'on vous trouve inquiétant. Pour ce qui est du physique, je trouve que j'ai l'air normal, mais les patients dont on peut voir qu'ils sont malades, on les malmène. Quelquefois sans qu'ils le remarquent, parce qu'ils sont tellement ailleurs. »

Vécu Autrement, récits d'expérience de demandeurs de soins psychiatriques, Bureau de Conseils aux Clients, du Limbourg, Neederland, 2002.

1.4 LA CATEGORISATION PERÇUE PAR LES PATIENTS

Une partie du référent empirique recueilli pour cette recherche est constitué d'interviews, diffusés sur une radio nationale de grande écoute¹.

Il a permis de tester la validité de la question initiale de cette recherche : l'existence d'une perception d'un étiquetage a-t-elle une influence sur les manières de se présenter à autrui ? L'analyse, bien que succincte, de ces interviews, a permis de nous interroger sur l'étiquetage "perçu" et ses effets sur les énoncés de présentation de soi des personnes étiquetées "malades mentales", de mettre à jour le glissement sémantique entre ce qui relève du

C. Baker, *Surpris par la nuit - De bonnes raisons d'écouter les fous*, France Culture, 10 au 14 septembre 2001 à 22h30.

diagnostic et ce qui renvoie plus généralement à une catégorisation, l'étiquette, et à ses conséquences sociales pour la personne diagnostiquée "malade mental". Ce travail d'analyse du discours de ces personnes a donc été une étape préalable à cette recherche.

Dans cette situation de communication, nous trouvons des mises en scène de soi qui peuvent nous permettre d'aller au-delà d'une intuition première pour rechercher un rapport éventuel entre "traces" d'étiquetage "perçues" et modalités de présentation de soi.

Deux témoignages de patients de la psychiatrie, entendus dans l'émission de radio évoquée plus haut, ont été recueillis. L'analyse met en évidence des présentations de soi marquées par l'intégration du point de vue du personnel soignant et des représentants de l'institution.

Le tableau ci-après reprend les énoncés de la personne en fonction de l'identité telle qu'elle est "perçue" comme attribuée par autrui et celle que cette même personne choisit de donner à voir dans sa présentation de soi.

Un patient témoigne. « On me demande de venir euh... parce que euh...j'ai une étiquette de euh... malade mental, ce à quoi je me suis fait totalement depuis une vingtaine d'années. Je viens d'avoir 40 ans et ça fait environ une vingtaine d'années que j'ai une étiquette. Et qu'on me dit par exemple que je suis... mégalomane, paranoïaque, schizophrène. Ça fait un peu poubelle (rire). Une étiquette poubelle. Mais on s'y fait parce que curieusement avoir une étiquette, c'est d'abord une claque mais ensuite on sait où l'on est quoi. Ensuite on se fait des petits plaisirs. Je suis catalogué comme ça donc je suis différent des autres, pas totalement pas comme les autres. [rire] J'ai déliré 4 fois [...]. La première fois en 84 à cause, oui, il y a une cause... Les deux premiers délires c'était des chagrins d'amour et euh... donc j'apprends à personne que ça fait très mal [...] Ça m'a rendu dingue. Pourquoi j'ai transformé un chagrin d'amour en délire et pourquoi d'autres ne le font pas je ne le sais pas ça les professionnels de la psychologie le savent mieux que moi ça. Quand je délire, j'y crois. J'ai des preuves [rire] des preuves ça vaut ce que ça vaut [rire] mais pour le délirant c'est des preuves [...]. Remarquez, moi j'avais l'idée que j'étais guéri. Parce que j'ai toujours le sentiment que j'étais malade dans mes peurs, dans mes angoisses qui m'arrivent de temps en temps [...]. Il y a quelque chose d'excitant [...] quand je délirais j'ai fait tout ce qui me passait par la tête. Avec certaines limites parce que je n'étais pas complètement dingue. »

ANALYSE DES ÉNONCES DE PRÉSENTATION DE SOI

Identité Attribuée

Identité affichée

Ce que la personne voit d'elle à travers le regard institutionnel	Ce qu'elle voit d'elle-même
<p>Intégration de l'identité attribuée par Les professionnels de la psychologie. J'ai une étiquette. On me dit par exemple que je suis mégalomane, paranoïaque schizophrène ; une étiquette poubelle. Avoir une étiquette c'est d'abord la claque mais ensuite on sait où l'on est quoi.</p>	<p>La personne vue par elle-même Il y a quelque chose d'excitant quand je délirais j'ai fait tout ce qui me passait par la tête. Je n'étais pas complètement dingue.</p>
<p>Intégration du point de vue de l'institution sur la maladie. Quand je délire, j'y crois. J'ai des preuves des preuves ça vaut ce que ça vaut mais pour le délirant c'est des preuves.</p>	<p>La maladie vue par la personne Remarquez, moi, j'avais l'idée que j'étais guéri, parce que j'ai toujours le sentiment que j'étais malade dans mes peurs, dans mes angoisses qui m'arrivent de temps en temps.</p>
<p>Indices d'intégration de la place de patient. Je suis catalogué comme ça donc je suis différent des autres. Pourquoi j'ai transformé un chagrin d'amour en délire et pourquoi d'autres ne le font pas je ne sais pas ça. Les professionnels de la psychologie le savent mieux que moi ça.</p>	<p>Indices de l'existence d'autres places pour elle-même Ensuite on se fait des petits plaisirs. Les deux premiers délires c'était des chagrins d'amour.</p>

Le patient se sait et se dit être différent, donc libre de pouvoir se faire des petits plaisirs. Dans la continuité des émissions, il évoquera le fait de danser : « *Je suis capable de danser dans la rue, dans le métro ce n'est pas comme un malade, mais comme quelqu'un qu'est un peu décontracté* ».

Bien qu'il attribue à une cause banale, le chagrin d'amour, l'entrée dans le délire, il distingue bien le normal du pathologique, renvoyant aux professionnels de la psychologie la compétence de l'expliquer. Pourtant ces explications ne sont pas devenues les siennes. L'expression "d'étiquette poubelle" montre que le savoir des professionnels lui renvoie une image de lui-même dévalorisée. L'assignation à une identité renvoie à une place sociale, dont on prend conscience brutalement, « *la claque* », mais désormais « *on sait où l'on est* ». Le délire est perçu comme une guérison, puisqu'il se substitue aux peurs et aux angoisses qui sont des souffrances perçues du côté de la maladie.

La présentation de soi est double. D'un côté, le point de vue de l'étiqueteur est intériorisé, la personne est maintenant capable d'utiliser un vocabulaire savant sur elle-même et ce qui lui est arrivé. Mais en même temps, elle se ménage une possibilité de parler d'elle qui échappe à cette définition d'elle-même, tout en faisant allégeance au système. Elle a adopté un discours, tout en construisant une signification adressée à autrui qui lui reste personnelle. Deux plans de réalité sont présents, éminemment liés mais distincts, un discours sur soi que nous pouvons énoncer de façon raccourcie ainsi : je suis ce qu'on dit de moi, mais je suis aussi autre – Je suis quelqu'un d'autre depuis l'entrée en psychiatrie, mais pas forcément celui qu'on croit que je suis.

Un autre patient se présente. « On m'a catégorisé comme schizophrène mais la question de savoir si j'ai été vraiment schizophrène est une question qui se pose pour les personnes qui me connaissent et qui m'apprécient, pour les autres ça n'a pas d'importance. La question de savoir si j'ai été vraiment schizophrène oui, oui ben avec le recul j'ai fait de la schizophrénie paranoïde oui, oui [...]. Au plan personnel d'après mon expérience j'ai tendance à dire oui, je suis guéri. Au plan de la clinique psychiatrique en France on ne parle plus de guérison comme au début du siècle. Aujourd'hui les patients ne sont plus guéris, ils sont stabilisés, c'est tout. J'ai envie de dire de nos jours dans la psychiatrie officielle on ne guérit plus. Psychotique stabilisé trois petits points. Si vous voulez, ça veut dire la corporation psychiatrique considère qu'elle n'a plus qu'à cheptéliser, fidéliser une clientèle captive de psychotiques qui ne peut plus s'en sortir. On est malade à vie dans ce cas, d'autant plus que vous avez le système des pensions d'invalidité qui est un intéressement financier au fait de rester malade. Pour ma part, oui j'en ai guéri [...]. J'ai entendu des voix pendant très longtemps, pendant 17 ans et demi. Ces voix étaient persécutantes, accusatoires, qui m'insultaient. En même temps ces voix m'ont fait progresser parce qu'elles m'ont mis en demeure de réaliser ce que mon adolescence soixante-huitarde m'avait pas fait réaliser, que je devais me mettre au travail, progresser dans la société [...]. L'hallucination de type psychiatrique, c'est quotidien, banal et en même temps toujours, tout le temps, tous les jours. Vous vous endormez avec ça, vos rêves et vos cauchemars sont faits avec ça [...], ça n'a rien à voir avec des hallucinations déclenchées par des hallucinogènes, cependant c'est quand même le même processus. »

ANALYSE DES ÉNONCES DE PRÉSENTATION DE SOI

Identité Attribuée

Identité affichée

Ce que la personne voit d'elle à travers le regard institutionnel	Ce qu'elle voit d'elle-même
Intégration de l'identité attribuée par La corporation psychiatrique. <i>On m'a catégorisé malade à vie ; (les patients) sont stabilisés c'est tout.</i>	La personne vue par elle-même <i>Pour ma part, oui, j'en ai guéri.</i>
Intégration du point de vue de l'institution sur la maladie. <i>L'hallucination de type psychiatrique c'est quotidien banal et en même temps toujours, tout le temps, tous les jours. Vous vous endormez avec ça vos rêves et vos cauchemars sont faits avec ça, votre vie..</i>	La maladie vue par la personne <i>Les voix m'ont fait progresser parce qu'elles m'ont mis en demeure de réaliser ce que mon adolescence soixante-huitarde m'avait pas fait réaliser.</i>
Indices d'intégration de la place de patient. <i>J'ai fait une schizophrénie paranoïde. Le système des pensions d'invalidité qui est un intéressement financier au fait de rester malade..</i>	Indices de l'existence d'autres places pour elle-même <i>Savoir si je suis vraiment schizophrène est une question qui se pose pour les personnes qui me connaissent et qui m'apprécient.</i>

Dans cette interview, l'identité proposée est celle de schizophrène malade à vie mais à côté des significations de la maladie vue comme un problème, le malade y voit ce qui a pour lui été une solution. Le compromis porte sur le diagnostic dont le patient s'approprie les termes précis, allant jusqu'à accepter le bénéfice secondaire de la pension d'invalidité, mais il revendique le fait d'être guéri. C'est avec des personnes qui l'apprécient et avec lesquelles il a une relation personnelle qu'il semble accepter de discuter du bien-fondé de ce diagnostic. C'est une discussion sur lui-même d'ordre privé et elle s'oppose à l'acte de catégoriser qui laisse entendre que c'est une activité sociale de classement des individus pour lui assigner une place dans la société et permettant aux médecins de se créer une clientèle (il invente un mot "cheptéliser"). La perception d'une "corporation psychiatrique" renvoie à des intérêts qui seraient attachés à cette fonction. Dans cette interview, les causes de la maladie ne sont pas évoquées. L'acceptation des termes médicaux et la distinction que le patient établit entre les hallucinations faites sous l'effet de la drogue et celles qui sont qualifiées de type psychiatrique montrent qu'il établit une définition du normal et du pathologique dans un contexte normatif partagé avec les médecins et au-delà par l'ensemble de la société.

Ces deux interviews montrent que l'activité de catégorisation permet de donner au malade et au médecin, en réciprocité, un statut social asymétrique. Cette activité induit une confrontation entre une catégorie de professionnels censés posséder un savoir et un pouvoir et les publics sur lesquels ils interviennent. Les patients s'approprient une partie de ces assignations identitaires et soutiennent d'autres façons de se présenter. Les patients et les professionnels partagent le même contexte culturel et normatif. Dans la prise en charge psychiatrique et l'acquisition du statut de malade mental, la perception que les patients ont d'eux-mêmes est modifiée.

CHAPITRE II ETIQUETAGE, PERCEPTION DE L'ETIQUETAGE, REPRESENTATION DE SOI ET COMMUNICATION SUR SOI

LE CADRE THÉORIQUE

Le matériau principal de cette recherche est donc constitué de communications publiques émises par des patients de psychiatrie ayant pour intention de modifier les représentations que leurs destinataires se font d'eux-mêmes et du groupe auquel ils appartiennent. Ces communications, qui fonctionnent comme des présentations de soi, sont influencées par la perception que ces patients ont des catégories utilisées pour les désigner, désignations relevant d'un processus d'étiquetage.

Notre objet comporte ainsi trois composantes en interrelation forte : les processus d'étiquetage, le vécu de l'étiquetage par les personnes étiquetées, et les présentations de soi qu'ils influencent.

De ce fait, se trouvent mobilisables trois types d'outils théoriques. D'abord sont utilisés des outils théoriques susceptibles de rendre compte des processus d'étiquetage. Tels que nous les entendons, ils concernent des sujets humains, mais fonctionnent selon une logique pour partie semblable aux processus de nomination qui, eux, ont trait à des objets du monde. Puis sont repris des outils théoriques relatifs à la perception de leur propre étiquetage par les sujets concernés, qui s'effectuent dans l'espace de l'intersubjectivité. Enfin des outils théoriques relatifs à l'approche des communications sur soi ; nous ferons l'hypothèse que les présentations de soi de patients dans ces situations sont liées à leurs dynamiques plus globales de construction identitaire et à leurs stratégies d'ostension de soi.

Ces outils sont issus notamment de la psychologie sociale et d'approches micro-sociologiques, notamment de type interactionniste (Queiroz, Ziolkovski 1994), dont la théorie de la labellisation. La référence dominante aux approches microsociologiques n'exclut pas un usage complémentaire d'approches macrosociologiques, pour rendre compte des rapports entre

groupes sociaux, ou encore anthropologiques, pour rendre compte des phénomènes d'imaginaire collectif. Nous avons enfin sollicité certains apports des neurosciences, qui souvent d'ailleurs confortent les hypothèses et résultats de la psychologie sociale.

2. 1 NOMINATION ET ETIQUETAGE

Le parallélisme entre processus de nomination et processus d'étiquetage peut être souligné notamment à partir d'une triple caractérisation : caractérisation de leur résultat, caractérisation de leurs modalités de mise en œuvre, caractérisation de leur fonction.

2. 1. 1 La nomination

2.1.1.1 Faire exister et mettre en ordre

"Nommer" est un acte de langage ; il "fait exister les objets du monde" dans un univers symbolique. Le nom est le référent de la chose, il assure le lien entre des objets, des "représentations" mentales et des "univers discursifs" (Clerget, 1990).

« Le mot est porteur et transmetteur du contenu symbolique qu'il exprime. Grâce à cette transmission, chaque individu participe en quelque sorte au monde 'objectif' de tous les hommes. » (Nuttin, 2005, 69).

Nommer est une activité de communication à laquelle est associée une activité mentale de représentation. C'est une activité quotidienne pour appréhender le monde et y déployer son activité.

« C'est en jouant avec des mots et en essayant des combinaisons nouvelles que l'enfant 'manipule' les actions et les choses auxquelles les mots réfèrent. » (Nuttin, 2005, 93).

"Nommer est également mettre en ordre" dans des catégories constitutives du cadre de pensée. La nomination s'effectue au sein d'une culture, en utilisant

« des signes, des règles, des us et coutumes [et] des perspectives impersonnelles qui précèdent tout point de vue, individuel et subjectif, le rendent possible » (Quéré, in Barbier, Durand 2006, 25).

Les catégories de la nomination sont une mise en ordre des éléments de l'expérience, et en même temps, comme nous le verrons un peu plus loin, elles conditionnent et façonnent l'expérience. Pour Peirce (Peirce, 1957, in 2006, 355), la richesse heuristique des catégories réside dans le fait qu'elles sont, simultanément, les emblèmes des déterminations universelles de l'expérience et les guides permettant de dégager ces déterminations.

La nomination peut s'effectuer également par une mise à distance de l'expérience. C'est le cas de la démarche scientifique qui a pour première intention une représentation "objectivée" du monde. L'activité scientifique est souvent définie comme une coupure épistémologique ré-interrogeant les catégories de l'opinion commune, nées de l'expérience.

2.1.1.2 En mettant en relation plusieurs "rapports au monde"

Pour aborder ces processus que nous appelons "la nomination", nous nous intéressons dans un premier temps à la manière dont se construisent nos rapports au monde, dans un deuxième temps, au comment se constitue l'expérience pour finalement donner une consistance à un sujet social.

Les rapports au monde se construisent à partir de la désignation. La désignation est le moment où l'enfant est capable de montrer du doigt quelque chose à quelqu'un, dans l'intention d'une communication avec autrui et en indiquant de façon simultanée un objet et son emplacement.

« Désigner, c'est signifier 'c'est ça' à travers 'c'est là'. » (Bachoud-Lévi, Degos, 2004, 91).

L'acquisition de la désignation modifie totalement la relation de l'enfant avec le monde extérieur laissant à l'objet la place qui lui revient et positionnant autrui comme un autre possible (Bachoud-Lévi, Degos, 2004, 116), posant les termes d'une relation triangulaire, caractéristique de la communication.

Dans cette première expérience, l'enjeu premier du jeune enfant c'est exister ; il est "suspendu" à l'adulte qui prend soin de lui et cette "suspension" est un mode de relation. Ainsi toute exploration du monde, toute expérimentation, se fait en relation. L'enfant est "suspendu" à l'autre, donc il est "en relation".

Pour ces auteurs, la nomination trouve donc sa fonctionnalité dans une désignation qui met en place les trois "personnes" fondamentales de toute

langue : "je", le locuteur ; "tu", celui à qui le "je" s'adresse ; "il", la cible de la désignation (Bachoud-Lévi, Degos, 2004)¹. Le terme "objet" prend le sens d'élément objectivé, corrélativement au terme "autrui" qui prend le sens de réciprocité (Benveniste, 1966). L'enfant met en œuvre trois capacités : juxtaposer en une seule image et/ou traiter simultanément le point de vue d'autrui et le sien propre (en tant que référent spatial) ; identifier autrui comme interlocuteur et non comme un objet ; mettre en jeu cette représentation dans une relation de communication.

« L'enfant désigne [...] en même temps qu'il dénomme lorsqu'il en est capable, au même titre que sa dénomination s'accompagne souvent d'une désignation. » (Bachoud-Lévi, Degos, 2004, 92).

Après avoir montré comment le sujet s'éveille à la relation de communication, nous pouvons aborder la constitution de l'expérience au travers des "typifications", c'est-à-dire, des significations stabilisées, qui forment une base à partir de laquelle nous interprétons nos situations d'action, forgeons nos plans d'action, et tentons d'ajuster nos comportements et les attentes que nous avons vis à vis de ceux d'autrui.

Pour Schütz (Schütz, 1987), toute expérience vécue, quelles qu'en soient les modalités, est le produit d'une typification. Les typifications sont des mises en ordre synthétiques de l'expérience, immédiatement à disposition pour interpréter les situations rencontrées et anticiper les *scénarii* plausibles des situations suivantes. Elles sont comme des outils de la vie sociale et de sa compréhension (Cefaï, 1994, 105-128). Typifier signifie à la fois synthétiser sous forme de types et insérer ces types dans le réseau déjà constitué des synthèses préalablement réalisées.

Stockées dans la mémoire, les typifications guident les interprétations des expériences vécues ultérieures qui se trouvent ainsi confrontées aux objectivations déjà disponibles. Issues de l'expérience personnelle mais également, de celles des prédécesseurs ou des contemporains, ces typifications forment un stock de connaissances (Schütz, 1987), c'est-à-dire, une réserve disponible sur le mode de l'évidence qui permet de s'orienter

¹ C'est bien sûr l'aspect premier de la question complexe de la langue où le *je* et le *tu* peuvent être aussi la cible de la dénomination.

dans le monde, d'agir et d'interagir avec d'autres, de coopérer et de communiquer.

D'après Schütz, la constitution de types ou de schèmes d'expérience est possible même sans la maîtrise d'un langage, mais ce dernier représente le média par excellence de la stabilisation et de la transmission des schémas typificateurs. L'apprentissage du langage permet en effet de s'approprier des schémas stabilisés par autrui et forgés hors de l'expérience vécue directement par le sujet.

2.1.1.3 Pour pouvoir agir

Une des fonctions principales de la nomination est de permettre d'agir. Elle consiste à attribuer des caractéristiques pour identifier les données de l'environnement, tant physique que social, et ainsi de passer de "l'indéterminé au déterminé" (Dewey, 1993, 166-185). En établissant des rapports d'ordre différentiel, il devient possible de classer, trier les données de l'environnement, entendu au sens large, pour y agir.

Pourquoi et comment réduire l'incertitude de l'environnement ?

L'angoisse est, sans doute, une réaction d'alarme primitive, un réflexe archaïque que Freud décrit comme une peur devant un danger qui reste inconnu (Postel, 1998). Le "sans-nom" ou l'innommé, l'informe, le non-identifiable, est, pour le sujet, ce qui déclenche l'angoisse. Nous faisons l'hypothèse que la nomination permet de réduire cette angoisse au prix d'un travail que Dewey nomme l'enquête, pour passer donc d'une situation d'indétermination à une situation de détermination, qui permette d'agir/de réagir, d'intervenir (Dewey, ed 1993, 166-185). Ce travail d'enquête recouvre alors tout le travail de construction du sens fait par le sujet pour agir dans la situation. Le sujet entre dans un processus d'interrogation sur la situation. Cette interrogation est l'acte même de construction du sens du phénomène observé qu'il cherche à "connaître". Nommer implique donc d'identifier, de qualifier la situation et le rapport du sujet à la situation. Le plus souvent cette identification se réalise à travers les catégories d'une langue, dans une culture et dans un contexte praxéologique.

« L'énonciation d'une situation problématique en termes de problème n'a de signification que si le problème institué se réfère dans les termes même de son énonciation à une solution possible. » (Dewey, ed1993, 173).

Le questionnement, l'interrogation, contient déjà le *process* de la recherche et de sa solution (Jacques, 2008).

Identification et nomination procèdent par différenciations successives.

« Pour identifier et donc différencier, il faut encore compléter ce qui est désigné en lui attribuant des caractéristiques, des propriétés, une certaine 'nature'. » (Vignaux, 1999, 29).

De même, nous avons vu avec Schütz que la typification consiste à identifier des traits similaires et généraux qui renvoient à du déjà connu. Cette identification correspond à l'acte de reconnaître dans toute expérience singulière des éléments typiques qui rendent possible la conjuration de l'inquiétude contenue dans la nouveauté.

La réactivation de typifications stabilisées semble emprunter essentiellement deux voies dans les écrits de Schütz, celle du modèle d'activation quasi automatique et celle de la mise à l'épreuve menée de façon intentionnelle. Si les typifications mobilisées s'avèrent suffisamment adéquates pour que l'action ou l'interaction mène à la réalisation des plans poursuivis, leur activation s'opère de façon préconsciente et sur un mode passif. En revanche, dès lors que l'usage des typifications mobilisées se révèle problématique, la poursuite de l'action ou de l'interaction réclame un examen des ressources sélectionnées, qui s'achève avec le rétablissement du sentiment d'évidence (Schütz, ed 1987).

Enfin, le recours aux catégories scientifiques peut fonctionner aussi comme principe de compréhension réducteur d'incertitude, la science jouant aujourd'hui le rôle de la mythologie comme mise en ordre générale du monde : on peut dire que la science crée ses objets d'étude dans une réalité jamais épuisée (Watzlawick, 1978).

La question du comment réduire l'incertitude de l'environnement passe par celle de la caractérisation "opératoire" de l'environnement.

Dans les pays proches du cercle polaire, il existe un nombre important de mots pour signifier l'état de la neige et de la glace, indiquant le lien entre

connaissance précise de cet environnement de vie et les actions qu'on peut y déployer. De même, selon les langues et les cultures, il existe différentes façons de nommer les liens de parenté et de les hiérarchiser (Héritier, 1995), régissant par là-même les relations possibles.

« Les codes fondamentaux d'une culture – ceux qui régissent son langage, ses schémas perceptifs, ses échanges, ses techniques, ses valeurs, la hiérarchie de ses pratiques – fixent d'entrée de jeu pour chaque homme les ordres empiriques auxquels il aura affaire et dans lesquels il se retrouvera. » (Foucault, 1972, 11).

La nomination est une création de catégories opératoires qui permettent d'intervenir dans cet environnement et d'interagir avec d'autres.

2. 1. 2 L'étiquetage

Lorsque les processus de désignation ont pour "objet" des sujets humains, nous nous trouvons en présence de processus d'étiquetage.

L'étiquetage est un système qui permet de se situer pour agir, de reconnaître et d'être reconnu pour entrer dans une relation avec d'autres et se sentir exister.

C'est un système producteur d'identité au sens de la production des attributs par lesquels, d'une part, on définit et on porte un jugement sur l'autre et d'autre part, et dans le même temps, on se définit et on porte un jugement sur soi-même. En effet, en jugeant l'autre, on se démarque, on se valorise et on consolide le sentiment de sa propre consistance/continuité dans le temps. Chaque personne se constitue, en effet, un répertoire représentationnel, répertoire sémantique de l'identité et de l'altérité, "précipité" singulier de croyances et de représentations socialement établies :

« Un répertoire, sorte de dictionnaire à sa disposition pour encoder et décoder la réalité » (Zavalloni, 2007, 47).

2.1.2.1 Faire exister dans un ordre social

Nous pouvons ici définir l'étiquetage comme un processus d'attribution d'identité et d'assignation à une place sociale, qui peut être corrélé avec l'imposition de règles sociales de conduite individuelle (Jodelet, 2004).

Être vu, se voir, se donner à voir. Les dires de soi en situation d'étiquetage

Selon Gaulejac, Taboada et Leonetti (2000), la définition de l'identité personnelle de chacun serait dépendante de sa participation aux modèles, valorisés et admis, comme étant la norme, dans une culture donnée. La place que le sujet est censé occuper dans une société est donnée par le statut et le rôle que lui assignent cette identité personnelle et les possibilités, ouvertes ou non, de faire coïncider un idéal du moi personnel à un idéal du moi social, à travers la conformité au système de normes à suivre, sous peine de rejet, stigmatisation et dévalorisation. L'intégration symbolique des individus s'exprimerait par leur reconnaissance sociale, reconnaissance de la place occupée au sein du système et de son utilité sociale.

Il apparaît, de fait, une cohérence entre la place, le rôle et la manière dont le sujet qui étiquette se voit et voit sa propre action, et la manière dont il voit le sujet étiqueté, à qui il assigne une place et un rôle. Ainsi, la manière d'agir et de classer autrui est indissociable de ce que l'on est, de la place et du rôle que l'on occupe, chacun étant tour à tour et simultanément "étiqueteur" et "étiqueté".

2.1.2.2 En utilisant le stéréotype comme catégorie "naturelle"

En psychologie sociale, un stéréotype est un noyau de représentations partagées et associées aux membres d'un groupe social, en somme l'image que les membres d'un groupe se font d'eux-mêmes et des autres (Amossy, Herschberg et Pierrot, 2007, 25). Ces contenus peuvent concerner des traits de personnalité, des évaluations morales, voire la construction de référents, figures exemplaires symbolisant les traits saillants du groupe.

Longtemps, une perception négative des stéréotypes, assimilés à de simples préjugés et considérés comme rigides et résistants au changement, a prévalu (Amossy, Herschberg et Pierrot, 2007, 34). Aujourd'hui, les processus cognitifs impliqués dans l'utilisation des stéréotypes sont considérés comme des processus automatiques et indispensables pour tout être humain. Ils permettent de gérer la masse d'informations à propos des individus en lui associant toute une série de traits stockés en mémoire sans devoir réapprendre toutes ces caractéristiques à chaque rencontre et, ainsi, de guider le comportement. Le stéréotype apparaît comme une catégorie qui organise les

représentations touchant un groupe et ses membres. Les représentations sociales sont définies comme

« une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 2003, 36).

Une manière commune de catégoriser soi-même et les autres est "le faire comme si", ce qui permet de simplifier le traitement des informations. L'attribution de similitudes et de différences se fait de manière inductive, lorsqu'on assigne un élément à une catégorie, et de manière déductive, lorsqu'on utilise un élément appartenant à une catégorie afin d'attribuer à cet élément les caractéristiques de cette catégorie (Moscovici, 1972). Pour Tajfel, le stéréotype (Moscovici, 1972, 272) est un schème qui applique une définition à tous les éléments d'une classe et sert à la classification des groupes humains.

Le stéréotype permet un raisonnement analogique et de généralisation : lorsqu'un sujet présente un trait du stéréotype du groupe, on les lui attribue tous (Hilgert, 2001). Les sujets auront d'autant plus tendance à assigner une personne à une catégorie sociale déjà connue que cette personne se comportera conformément aux attentes que les sujets, inspirés par les stéréotypes, auront à l'égard des membres de cette catégorie (Licata, 2007).

Enfin, dans un processus d'évaluation, le sujet aborde autrui avec des croyances et des hypothèses qui modifient ses attitudes envers ce dernier, suscitant en retour l'autoréalisation de ces hypothèses, dans un système de renforcement des stéréotypes : c'est l'effet Pygmalion (Yverbit, Schadron, 1996). Dans notre perspective de prise en compte des effets d'un étiquetage, notamment négatif, il faut signaler que si l'effet Pygmalion, comme réalisation d'une attente originellement fautive qui devient vraie dans une situation donnée, s'applique à tous, quelle que soit leur appartenance sociale, certains groupes vont en subir des conséquences sociales plus défavorables (Croiset, Leyens, 2003, 145). L'attribution de stéréotypes négatifs à certains individus, façonnant des manières récurrentes et continues de les considérer et de les traiter, influence à la fois les attentes des uns et les réponses des autres. Ces individus sont

« exposés de manière répétée et systématique à un traitement qui, en raison de sa récurrence et de sa consistance, augmente la pression à confirmer l'attente stéréotypée » (Croiset, Leyens, 2003, 172).

Les stéréotypes ne sont pas seulement utilisés pour étiqueter, ils deviennent une catégorie prétendument naturelle. Les individus ne se contentent pas d'identifier leurs semblables, leur objectif est d'anticiper les comportements et d'organiser les interactions sociales. Selon la théorie de la jugeabilité sociale, une perception catégorielle n'est acceptable que si nous pouvons la justifier en lui donnant du sens. Ainsi, l'affirmation de différences entre les hommes et les femmes est corrélée à la croyance que les facteurs biologiques jouent un rôle important dans les différences entre les sexes. La catégorie sociale perd alors son aspect arbitraire car elle a acquis une essence qui la rend légitime en révélant la "véritable" nature des êtres¹. De catégorie sociale, le groupe devient catégorie naturelle (Beauvois, Joule, Monteil, 2004). Or, les catégories sociales sont d'autant plus facilement considérées comme naturelles que l'appartenance groupale est rendue saillante par des traits physiques : on est souvent tenté d'expliquer la chaleur, la patience, l'attention des femmes pour leur famille par leur instinct maternel, par une cause biologique et naturelle (Beauvois, Joule, Monteil, 2004). Les individus ne se contentent pas d'identifier leurs semblables, leur objectif est d'anticiper les comportements et d'organiser les interactions sociales.

En posant les catégories sociales comme naturelles, on enferme les personnes dans un système de représentations, portes ouvertes à tous les fantasmes. L'opération d'essentialisation est par ailleurs un procédé classique de la pensée raciste et en particulier à l'œuvre dans le rapport aux minorités migrantes coloniales (Sayad, 1993, 26-35).

Le fait de croire que des individus forment un groupe homogène amène à justifier et à accepter le sort qui leur est assigné et, comme nous le verrons plus loin, à ce que ces individus acceptent le sort assigné par l'identification à une catégorie (Goffman, 1989).

¹ H. Le Bras, reproche aux économistes et aux démographes d'oublier que « Les catégories sociales comme celle des 'Français de souche' ou celle 'des personnes de plus de 60 ans' sont des constructions arbitraires et de les transformer en réalités physiques inaltérables » H. Le Bras, Du bon usage de la démographie, *Sciences Humaines*, 107, 2000, 38-42.

Enfin, pour interpréter et expliquer les comportements de soi et d'autrui, il existe une tendance générale qui consiste à attribuer aux personnes des caractéristiques qui sont en fait des conséquences des contraintes sociales de son environnement, et, de ce fait, on sous-estime ces dernières au détriment des caractéristiques réelles des personnes (personnalité, courage, intelligence, etc.) (Croiset, Leyens, 2003). La catégorisation apparaît alors comme le résultat d'une interaction entre similitudes et différences objectives et théories subjectives : le groupe acquiert une définition "essentialiste".

Appliqué au contexte professionnel, cette forme de catégorisation revient à assimiler l'individu à l'objet de l'intervention professionnelle : patient, élève, etc. Dans ce type de connaissance de l'autre, nous pouvons parler d'un processus de réification, selon l'approche d'Honneth,

« où la conscience se perd de tout ce qui résulte de la participation et de la reconnaissance [...] la pensée réflexive [...] oublie son propre enracinement dans une expérience d'interaction qualitative » (Honneth, 2007, 78).

L'observation et l'objectivation deviennent une fin en elles-mêmes et se construisent sur un système idéologique qui contraint les acteurs à mettre à distance le processus des relations premières qui ont permis de construire leurs savoirs et leur rapport au monde.

2.1.2.3 Pour agir avec/sur autrui

On peut considérer l'étiquetage comme ce qui permettrait de se nommer et de nommer l'autre dans une situation d'interaction, à visée directe, d'agir ou d'intervenir sur autrui, notamment dans les métiers de la société, qui ont comme spécificité cette intervention sur autrui. Indirectement, l'étiquetage a une visée de communication pour rendre compte, évaluer, justifier cet agir et/ou cette intervention sur autrui.

Dans cette perspective, si le rôle primordial d'une construction catégorielle est de donner sens à l'environnement, l'étiquetage ouvre la possibilité d'agir avec ou sur autrui.

Pour agir, les acteurs en situation construisent du sens pour eux-mêmes, des significations pour et avec d'autres acteurs. Dès qu'il agit, l'acteur met en œuvre des procédures de compréhension et d'interprétation pour donner, en

permanence, un sens à ce qu'il fait dans ses activités les plus ordinaires (Berger, Luckmann, 2006).

Ainsi,

« lorsqu'un individu est mis en présence d'autres personnes, celles-ci cherchent à obtenir des informations à son sujet ou mobilisent des informations dont elles disposent déjà [...]. Cette information n'est pas recherchée seulement pour elle-même, mais aussi pour des raisons très pratiques : elle contribue à définir la situation, en permettant aux autres de prévoir ce que leur partenaire attend d'eux et corrélativement ce qu'ils peuvent en attendre. Ainsi informés, ils savent comment agir de façon à obtenir la réponse désirée » (Goffman, 1973, 11).

Dans le même temps, peuvent s'instaurer des règles de conduite individuelles socialement réglées qui permettent l'instauration de routines et limitent les situations d'incertitude et "d'embarras" social. Ces règles sont essentielles pour les interactions auxquelles elles apportent ordre, stabilité et prédictibilité. Elles se forment pour réduire l'incertitude et la confusion, tant au niveau des opinions que des comportements et des sentiments (Merton, 1949). Ces règles, régissant les façons de se conduire en société, délimitent des normes constitutives des traditions et des mœurs. Il ne s'agit pas d'une régularité statistique dans les comportements observés, mais d'un modèle culturel de conduite auquel chacun est censé, plus ou moins, se conformer.

Dans les métiers dits "d'intervention sur autrui", les professionnels utilisent des catégories en prétendant s'appuyer sur des savoirs légitimés. Par exemple, la catégorie "pauvres" ne se construit pas sur un seuil objectif de la pauvreté.

« Une approche théorique de cette notion équivoque est condamnée à figer et à valider des catégorisations qui, dans la réalité, sont toujours arbitraires et inévitablement fluctuantes... ces théories doivent préalablement désigner les pauvres et leur attribuer une distance aux normes de la société globale. Autrement dit, elles admettent d'emblée pour véritable et authentique un découpage de la réalité [...]. Au lieu d'analyser le processus qui conduit à la désignation et à l'étiquetage des populations défavorisées dans une société ou un environnement donné [...] elles ne font que légitimer sur le plan intellectuel des définitions et des interprétations du sens commun. » (Paugam, 2004).

Ces catégories servent à caractériser un sujet considéré comme un "cas" ; cas qui détermine et déclenche une série d'actions et d'activités à mettre en œuvre par le professionnel, le légitimant à agir.

Ainsi, Foucault, décrit les groupes des anormaux stigmatisés par les expertises médico-légales du XIX^{ème} siècle (Foucault, 1999, 311) : les

monstres, mi-homme, mi-bête, figures du moyen-âge revisitées dans l'acte monstrueux.

En résumé, parler de construction sociale de la réalité, c'est associer deux processus qui sont interdépendants (Corcuff, 1995, 79) : un travail mental de perception, de représentation et de typification et un travail de catégorisation, pour entrer en interrelation. Mais derrière ces deux processus, il y a un sujet acteur ne se réduisant pas aux seuls déterminismes historique et sociétal. Comme le dit Gaulejac,

« Nous sommes l'objet d'une histoire dont nous cherchons à devenir le sujet »
(Gaulejac 1999, 11).

Il existe une relation complexe entre les significations objectivées du monde et les visées intentionnelles du sujet. Pour Honneth, la pensée objective s'élabore à partir de nos expériences émotionnelles (Honneth, 2007, 61).

2. 2 EXPERIENCE DE L'ETIQUETAGE : ETRE VU COMME.

Nous nous intéressons maintenant à ce que l'on peut appeler l'expérience de l'étiquetage, c'est-à-dire ce qui se passe, non pas du côté de "l'étiqueteur", mais du côté de "l'étiqueté", en particulier, à tous les processus mentaux et psychiques liés à son expérience de l'étiquetage et participant à la construction des représentations qu'il a de lui-même. L'expérience peut-être définie comme

« l'ensemble des constructions de sens que le sujet construit à partir et autour de ses activités » (Barbier, 2000),

ce que chacun éprouve ou ressent en soi, par soi-même, et, ce qu'il advient comme des représentations de ce qui est vécu.

« L'expérience personnelle transforme un champ donné en un champ d'intention et d'action. » (Laing, 1972, 22).

Il faut noter que la plupart des références théoriques composant cette partie analysent toujours les processus d'étiquetage du côté de "l'étiqueteur" et qu'il nous a donc fallu, en quelque sorte, "retourner" l'argument pour retrouver ce qui influence l'expérience de la personne étiquetée.

À travers ce que les sujets appellent leur vécu et leur perception d'une réalité, nous sommes en présence de la manière dont se construit l'expérience, c'est-à-dire, la manière dont se construit le sens pour un sujet. En effet, comme le rappelle Laing,

« Nous pouvons observer le comportement des autres, mais non leur expérience. » (Laing, 1972, 17).

Paradoxalement, l'expérience qui est toujours singulière, s'inscrit aussi dans une participation à un "monde commun", en référence à la notion de culture partagée (Lahire, 2001), car ce qui a du sens pour soi, peut en avoir pour autrui et

« les traits spécifiques de l'expérience vécue peuvent s'inscrire dans un cadre transindividuel, un ensemble de représentations partagées, un monde commun » (Flahault, 2006, 80).

L'expérience s'inscrit dans l'intersubjectivité, car

« Nous agissons non seulement en fonction de notre expérience, mais en fonction de ce que nous croyons être l'expérience des autres, en fonction de ce que nous croyons qu'ils croient être la nôtre, et ainsi de suite, selon une spirale vertigineuse qui se déroule à l'infini. » (Laing, 1972, 58).

Ainsi la connaissance ordinaire est faite de la

« somme des innombrables données - diffuses ou formalisées - glanées on ne sait trop comment dans le flux de la vie sociale et renvoie à la collection indéterminée des indices qui orientent les conduites individuelles mais dont la mise en relation échappe généralement, au moment où cela se produit, à la perception ou à la conscience » (Ogien, 2007, 107).

L'immédiat expérientiel, le perçu, se réalise selon plusieurs prédicats culturels usuels.

Selon Laing, il existe diverses modalités de mise en travail du vécu, dont l'imaginaire, le rêve, la mémoire (Laing, 1972, 20), qui ne seront pas abordés dans ce travail, mais qui ont, sans doute, un impact réel sur la transformation du vécu immédiat en expérience. Attachons-nous à décrire trois caractéristiques immédiates de l'expérience de l'étiquetage.

2. 2. 1 Une situation d'exposition de soi

Le discrédit de la personne se construit à travers la problématique du regard : "être vu comme".

"Être vu comme", c'est le regard de l'autre sur soi, regard construit selon des cadres de pensée, porté sur ce que l'on est et ce que l'on fait. Le sujet étiqueté a tendance à se sentir en représentation,

« obligé de surveiller et de contrôler l'impression qu'il produit, avec une intensité et une étendue qui, suppose-t-il, ne s'imposent pas aux autres » (Goffman, 1989, 26).

"Être vu comme" c'est, par exemple, à partir du diagnostic réalisé par des professionnels ou des experts, se voir attribuer des pensées, des sentiments, des intentions et « perd(re) le droit à une certaine non-visibilité » (Benasayag, Schmit, 2006, 107).

L'étiqueté est soumis au regard des représentants de la société qui s'autorisent à "aller voir" dans l'espace pour lequel ils ont reçu un mandat social (Foucault, 1993). Différents professionnels (juge, assistant socio-éducatif, médecin, psychologue,...) ont de ce fait un droit de regard sur l'espace privé de celui qui est étiqueté (Goffman, 1989, 133).

« [Le sujet étiqueté négativement] risque d'avoir le sentiment que sa présence parmi les normaux l'expose sans protection à voir sa vie privée envahie [car les autres se sentent autorisés à engager des relations dans] ce qu'il prend pour une curiosité morbide à son égard, ou bien lui offrent une aide dont il n'a pas besoin ou envie. » (Goffman, 1989, 28).

Ainsi, les situations les plus banales contraignent l'individu étiqueté à une vigilance quant à ce qu'il pourrait "laisser voir" de lui. Goffman évoque le fait, que l'individu étiqueté négativement

« devient 'conscient de la situation', dans le temps où les normaux s'engagent spontanément dans cette situation, qui, par elle-même, n'est pour eux qu'un arrière-plan négligeable » (Goffman, 1989, 133).

Cette vigilance "ordinaire" se trouve renforcée dans des situations de menace du stéréotype, lorsque l'enjeu concerne « les aléas de son acceptation et de son éventuelle mise à nu » (Goffman, 1989, 133).

Les travaux concernant "la menace du stéréotype" (Croizet, Leyens et Désert, 2003, 119) montrent qu'il existe des situations qui rendent particulièrement fragiles les personnes craignant d'être jugées selon des stéréotypes. La situation de contrôle, de test de performance, qui sert à ces études, démontre que la charge mentale, le stress induit par la définition de la situation suffit à modifier les possibilités de réponse des sujets. La situation influence le comportement. Il ne s'agit pas de n'importe quelles situations, mais bien de celles qui sont vécues par la personne elle-même comme menaçantes pour son identité. Ces situations menacent l'équilibre, toujours instable, entre les différentes images et représentations de soi que la personne a construites antérieurement, sans doute, à partir de différents compromis, objets de rationalisations. En fait, cette menace n'est pas une réalité, c'est l'anticipation de ce qui peut arriver en situation. Aussi, peut-on penser que c'est parce qu'il y a eu expérience de situation d'étiquetage, que cet étiquetage est à nouveau perçu, et plus encore anticipé.

C'est donc dans la situation et ses déterminants que se construira la réaction à l'étiquetage. En effet, ce qui est ainsi observé dans ces situations, c'est la présence d'une réactivation de l'expérience d'étiquetage et celle d'une réaction à l'étiquetage, bien plus que les multiples formes prises par cette réaction et leurs effets, notamment sur les capacités et les performances des personnes. Ces constats vont à l'encontre d'une conception déterministe de l'identité, où les réactions des personnes étiquetées ne pourraient être comprises que comme la résultante de l'internalisation de leur réputation et du degré de leur anxiété à être confrontées à des stéréotypes.

2. 2. 2 Une confrontation aux normes qui s'imposent à soi

Canguilhem montre que chaque individu ou groupe humain obéit à des normes, mais de fait,

« le concept de norme est un concept original qui ne se laisse pas, en physiologie plus qu'ailleurs, réduire à un concept objectivement déterminable par des méthodes scientifiques... » (Canguilhem, 1991, 156).

Chacune de ces normes est relative et on peut dire qu'il existe des normalités multiples, plus ou moins majoritairement partagées.

Être vu, se voir, se donner à voir. Les dires de soi en situation d'étiquetage

Dans le même temps, les normes s'imposent à chacun, mais selon la place occupée dans la hiérarchie sociale, les sujets ont plus ou moins de latitude pour se les approprier, pour prendre de la distance quant à la nécessité de s'y conformer. Ainsi, les personnes étiquetées négativement se sentent plus facilement confrontées à des normes, constituées comme la normalité, "ce qui est naturellement attendu", qui s'impose à eux de l'extérieur.

Comme le montre Goffman, l'une des activités fondamentales dans la société consiste à effectuer

« le stéréotypage, le 'profilage' de nos attentes normatives quant à la conduite et au caractère d'autrui » (Goffman, 1975,129).

Les stéréotypes qui s'attachent aux personnes étiquetées négativement décrivent un écart à une norme attendue en termes d'anormalité ou de déviance, notamment par rapport aux attentes de rôle, c'est-à-dire, les comportements et les capacités qui leur sont "normalement" ou "naturellement" associés. Ainsi, plus les personnes sont jugées en conformité avec la norme, plus s'offre à elles la possibilité de se présenter de façon fantaisiste, dans un écart à la norme attendue, alors que les personnes étiquetées négativement ne peuvent se permettre cette fantaisie sans risque de confirmer leur étiquette et d'en subir les conséquences sociales (Bolognini, Prêteur, 1998, 160).

Il y a donc une impossibilité conceptuelle à considérer ce qui nous apparaît étrange comme anormal. A contrario, attribuer le terme normal à ce qui apparaît familier et naturel s'impose. L'attachement à un mode de vie - voulu ou subi - implique l'adhésion à un système de valeurs et renvoie à un impératif de devoir, ce qui est convenable car concevable. (Bégout, 2005).

« L'étrangeté et la familiarité ne se limitent pas au champ social mais représentent des catégories générales de notre interprétation du monde. » (Schütz, 2003, 38).

Une expérience particulièrement intéressante de confrontation aux normes est l'expérience de l'étranger. Dans le texte intitulé *L'étranger* (Schütz, 2003), l'auteur décrit, à partir de son histoire personnelle, notamment celle d'exilé aux États-Unis, les expériences de vécu de "décalages cognitifs" et les "détresses émotionnelles" de l'immigrant qui tente de s'intégrer face au regard des autochtones, pour qui, tout l'acquis est mobilisé sur le mode de l'évidence

(Zaccaï-Reyners, 2005). L'étranger, lui, n'ayant pas intégré les typifications qui permettent d'interpréter les attentes de comportement qui lui sont adressées, fait l'expérience d'une confrontation particulièrement inconfortable : ses propres modalités routinières d'orientation dans le monde s'avèrent inopérantes et il n'a pas d'autre moyen pour limiter ses échecs que d'enquêter sur les référents culturels du monde qu'il souhaite intégrer. Tout à la fois, de par ses hésitations et ses interrogations, l'étranger ne peut que se révéler "étrange" aux yeux des personnes nées dans le pays, bien que ces dernières ne soient pas à même de rendre explicite la logique de leur propre comportement.

L'étranger procède soit en tâtonnant, par essai/erreur, par un apprentissage expérientiel, soit par calcul rationnel, en essayant de dégager des règles et des logiques auxquelles se référer. Ces deux modalités d'appropriation d'un code de conduite à tenir s'avèrent extrêmement coûteuses psychologiquement et émotionnellement car

« L'étranger n'a pas accès à l'apprentissage par immersion mimétique de la socialisation primaire qui est déterminante dans l'incorporation des structures de typification de base » (Zaccaï-Reyners, 2005).

Goffman rappelle que la personne étiquetée et la personne qui étiquette partagent un même code dans une culture commune (Goffman, 1989, 118). C'est la réaction d'autrui qui impose des règles de conduite.

« Les normes sociales nous sont révélées par les attitudes d'approbation ou de désapprobation d'autrui envers notre conduite » (Pacherie, 2004, 181).

Il existe un processus d'apprentissage pour l'individu étiqueté négativement qui consiste à prendre conscience du point de vue des gens dits "normaux" et de comprendre qu'il n'y correspond pas. Enfin un deuxième apprentissage, distinct mais lié, que nous verrons plus loin, sera d'apprendre à faire face à la manière dont les autres traitent le groupe de personnes auquel il est assimilé (Goffman, 1989).

2. 2. 3 Un vécu de stigmatisation

Les auteurs de langue anglaise en psychologie sociale utilisent de façon systématique le terme stigmaté comme

« une caractéristique associée à des traits et stéréotypes négatifs qui font en sorte que ses possesseurs subiront une perte de statut et seront discriminés au point de faire partie d'un groupe particulier » (Croizet, Leyens, 2003, 14).

Le stigmaté peut être vu comme une conséquence de l'étiquetage négatif et désigne un discrédit de la personne, qui aboutit à compromettre son statut social et lui assigne une place sociale négative (Goffman, 1989, 13). Le discrédit de la personne étiquetée négativement heurte les attentes normatives, les routines, qui sont mises en œuvre dans les rencontres sociales dans une relation avec une autre personne

Le stigmaté fait aussi référence à une dimension imaginaire et symbolique dans la constitution des rapports sociaux. Le stigmaté est une marque, une marque d'opprobre, et il est donc question du regard porté sur l'autre, qui, quasi instantanément, rend visible sa différence de nature.

« Est normal ce qui n'accroche pas le regard [...], ce qui se donne à voir, ce qu'il faut voir et ce qu'il faut faire semblant de ne pas voir : tout cela détermine d'un point de vue anthropologique les principaux éléments de chaque culture, les limites à ne pas franchir. » (Benasayad, Schmit, 2006, 104).

Ce que donne à voir l'autre de lui-même est dérangeant, car il apparaît hors des codes habituels. Il y a un malaise qui renvoie à la question du tabou analysé par les anthropologues dans les relations intergroupes et à l'interdiction d'en parler.

« On ne nie pas l'existence du phénomène qui est l'objet du tabou : au contraire, on souligne son importance par cette connivence sociale absolue. » (Taylor, 2008, 3)

Cette part d'imaginaire est masquée dans la discrimination qui renvoie totalement à des relations sociales considérées comme des relations désacralisées, profanes.

« Etre discriminé négativement, c'est être assigné à un destin sur la base d'une caractéristique que l'on a pas choisie, mais que les autres vous renvoient sous la forme d'un stigmaté. » (Castel, 2007, 12).

Le sujet étiqueté, qui est stigmatisé, peut se trouver dans une situation où il n'existe pas ou n'existe pas autrement que comme porteur d'une étiquette négative qui l'exclut de la communauté des humains. Jodelet dans une enquête de terrain sur les familles d'accueil de malades mentaux, montre le mécanisme de dénégation consistant à ne pas remarquer ou ressentir de gêne à l'approche d'un autrui différent.

« Radicalisé, il peut conduire à annuler purement et simplement l'existence de celui qui gêne, dans le 'c'est bien simple, je ne le vois plus', ou dans la réfutation de sa qualité humaine. » (Jodelet, 2004, 95).

Cette façon de renvoyer l'autre à l'infra-humain, sous la notion de répudiation, est d'ailleurs bien connue lors des contacts entre cultures différentes. En appliquant un schéma dualiste nature/culture, la "société civilisée" juge la "société sauvage" comme inférieure, comme infra-humaine, et la perçoit comme un mode d'organisation quasi animal.

« Dans cette logique, les cultures dites "sauvages" sont destinées à être 'bonifiées' et 'valorisées' par le truchement de la domination. » (Esparza, 1987).

De fait, côtoyant voire cohabitant avec des malades mentaux, les personnes qui les accueillent se doivent de maintenir un principe de non- contagion entre ceux qui sont normaux et ceux qui ne le sont pas.

« D'où la rigueur et la vigilance de la nourricière pour qui rappeler le principe d'autorité et maintenir l'écart devient une fonction éducative aussi, sinon plus importante, qu'inculquer des habitudes. En ce sens, elle agit en représentante d'un ordre qu'il lui faut exprimer et faire respecter avec ses moyens propres. » (Jodelet, 2004, 185).

Ainsi on peut dire que les processus de stigmatisation induisent des manières d'agir visant à préserver les frontières entre les diverses catégories de personnes. Ces différentes manières d'agir recouvrent les multiples formes de la discrimination et de la mise en altérité,

« c'est-à-dire de la construction, voire de l'invention, symbolique et matérielle, par laquelle s'opère un basculement de la différence dans l'extériorité » (Jodelet, 2005, 26),

induisant en retour pour les personnes ainsi étiquetées un vécu d'exclusion. Le stigmatisme est une façon de voir l'autre qui justifie le regard dudit supérieur, contraint la personne à se considérer différemment et influence les représentations de son vécu d'elle-même ainsi que le vécu des situations auxquelles elle doit faire face.

C'est à partir de ce vécu et ces expériences de situation d'étiquetage que s'interprète le comportement des autres et de soi. Laing (1972) souligne que les expériences subjectives, la sienne comme celle d'autrui, sont difficilement communicables, ce sont des éprouvés.

C'est pourquoi nous allons maintenant étudier comment les sujets étiquetés construisent leur représentation de soi, en réaction à la perception qu'ils ont d'eux-mêmes dans la relation à autrui et vis-à-vis de l'étiquette qu'ils savent être la leur.

« Explicitement ou non, elle sait que la société attend d'elle une identification à son étiquette. » (Benasayag, Schmit, 2006, 109).

2. 3. LE TRAITEMENT DE L'ETIQUETTE PAR LES SUJETS ETIQUETES, SE VOIR COMME

La représentation que l'on a de soi est évaluative, investie d'affects, et s'effectue à partir des diverses expériences que l'on a pu réaliser, en lien avec les différentes activités ayant "forgé" ces expériences.

« Une permanence identificatoire, appelée couramment personnalité, est maintenue dans un processus continu de transformation, tant sur le plan cognitif qu'affectif, en lien avec l'évolution des expériences, des situations, des activités. » (Barbier, Galatanu, 2000, 64).

Faire l'expérience des situations que nous venons de caractériser contribue à construire des images de soi en situation et en réaction à ce qui a été perçu.

« [Car] le sujet est toujours 'un sujet en situation' et la situation intervient en tant que perçue et conçue par le sujet. » (Nuttin, 2005, 99).

C'est dans la succession des expériences en situation d'étiquetage et dans la diversité des réactions auxquelles elles sont associées, que se constituent des représentations de soi.

En effet, faire ces expériences, ce qui n'induit pas systématiquement une prise de conscience et une verbalisation des processus en cours, contraint à réagir. Toutefois, la représentation de soi dont il est question ici n'est pas de l'ordre d'un conditionnement mécanique, mais bien d'un processus incluant, sans s'y réduire, l'intégration du point de vue de l'autre sur soi, tout autant que les réactions initiées par le sujet dans cette situation. C'est ce processus expérientiel que nous appellerons "se voir comme".

Considérer les points de vue des acteurs - en tant que construit -, tant sur les situations, que sur soi et autrui, est un positionnement délibéré pour ce travail de recherche.

« Le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes, mais des points de vue. Ces points de vue sont socialement produits lors des contacts mixtes, en vertu des normes insatisfaites qui influent sur la rencontre. » (Goffman, 1989, 161).

Pour entrer en relation et pour pouvoir agir, le sujet émet des hypothèses d'une part sur qui est qui et, d'autre part, sur ce qu'il est pour celui avec qui il doit inter-agir. Nous nous intéressons ici aux diverses voies de la construction d'une représentation de soi et d'autrui dans ce processus de "se voir comme".

L'analyse va donc se centrer sur ce que Goffman appelle la modification des liens informationnels entre les personnes, propres à toute interaction sociale. Ces liens informationnels opèrent à deux niveaux l'inter-perception qui conditionne les manières de se voir et l'interaction, au sens strict d'agir avec, qui conditionne les manières d'interpréter les attentes respectives de rôles et l'ajustement nécessaire pour agir avec d'autres (Goffman, 1991). Ces liens informationnels ne sont d'ailleurs pas que des discours, ainsi dans la rencontre, pour chacun des partenaires d'une interaction,

« le corps de l'autre, ces gestes, son allure et l'expression de son visage sont immédiatement observables, pas seulement comme des choses ou des événements du monde extérieur mais [...] comme des symptômes des pensées de l'autre » (Schütz, 1987, 23).

Dans le processus d'un "se voir comme", nous avons établi un lien entre expériences et représentations, ce qui nous amène à nous intéresser à la possibilité d'émettre un jugement sur soi et autrui d'une part et à interroger l'engagement des acteurs dans l'action d'autre part. Cet engagement serait, en somme, dépendant de leur sentiment de compétence personnelle, mais aussi de leur manière d'interpréter des rôles sociaux et d' "endosser" leur étiquette. Enfin, nous intéressent les diverses modalités de représentations de soi attachées à un positionnement social qui se réalisent dans l'habilitation intersubjective, le sentiment d'appartenance à un groupe, et dans les rapports que ce groupe entretient avec les autres groupes présents dans la société.

2. 3. 1 S'inter-percevoir

Ce néologisme permet d'introduire ici une exploration d'un "se voir dans l'inter-perception", c'est-à-dire d'une perception de soi par autrui, à travers l'étiquette acquise, ce que nous désignons par "se voir", et d'une perception d'autrui par soi, ce que nous désignons par "voir autrui", en rapport avec la perception que l'on a de soi.

L'identité sociale s'offre sous forme d'une apparence, d'une image de soi, perçue et jugée par autrui, dont nous n'avons conscience qu'à travers le regard d'autrui, ou ce que nous percevons être son regard. Dans le même temps, la perception d'un moi intime est l'expérience subjective d'un aspect intime et privé de soi. Objet d'une valorisation, qualifiée souvent d'authentique, cette identité personnelle fait l'objet de la part du sujet de stratégies plus ou moins conscientes pour défendre ou protéger ce soi perçu comme intime, toutefois

« la barrière entre le social et l'intime est plus ou moins rigide ou perméable en fonction de la personnalité, de la nature de la relation et de la situation » (Marc, Picard, 2000, 79).

2.3.1.1 Se voir comme

"Se voir comme", fait référence au fait que les personnes étiquetées et stigmatisées sont conduites à se regarder à travers le prisme de l'étiquette acquise. Ainsi, pour les personnes étiquetées négativement, l'enjeu sera de ne

pas mettre en danger l'image qu'elles ont d'elles-mêmes. C'est par le contrôle des informations qu'elles donnent à autrui dans la relation que se joue la possibilité de préserver cette image et une bonne estime de soi (Croizet, Leyens, 2003).

En règle générale, pour tout sujet, la question du "sentiment de contrôle" est ressentie comme centrale dans la gestion des interactions entre sujets. Elle concerne son identité sociale, c'est-à-dire, à la fois l'image qu'il a ou qu'il donne de lui-même, et son identité personnelle mise en jeu dans le rôle qu'il tient en situation. Les sujets sont particulièrement vigilants à éviter les situations perçues comme non contrôlables, ou risquées en terme de sentiment de contrôle de leur identité. En général, les interactions se déroulant en privé, initiées par les sujets, impliquant des personnes ayant des attentes congruentes sont celles qui sont perçues comme les moins dangereuses pour l'image de soi et où le sentiment de contrôle est le plus fort (Croizet, Leyens, 2003, 72).

Pour les personnes étiquetées négativement, ce sentiment de contrôle est particulièrement mis à mal, notamment dans les contacts dits "mixtes, c'est-à-dire avec les dits "normaux", décrits par Goffman. Ainsi il existe plusieurs attitudes et stratégies visant à garder le contrôle de son identité sociale en situation de contacts car, dit-il :

« C'est bien souvent à ce moment-là que les deux parties se voient contraintes d'affronter directement les causes et les effets du stigmaté » (Goffman, 1989, 25).

Diverses recherches actuelles sur la question de la réaction de la personne à sa stigmatisation ont conduit à des hypothèses contrastées : d'un côté, les personnes stigmatisées déploieraient des stratégies comportementales tendant à confirmer le stéréotype, d'un autre côté elles rechercheraient activement des preuves de discrimination, afin de protéger leur estime d'elles-mêmes, menacée par un statut inférieur (Crocker, Major, 1989, 608). Ainsi l'intériorisation de ce qui est perçu comme le regard de l'autre sur soi (autrui singulier de la relation, ou autrui généralisé de la société), qui influence ce que l'on est et ce que l'on fait n'est pas la seule voie de constitution d'une représentation de soi.

2.3.1.2 Voir autrui

L'être humain expérimente son environnement en agissant et en interagissant, en fonction de ses intentions et de ses intérêts (Quéré, in Barbier, Durand, 2006, 22). Pour ce faire, il acquiert une faculté, spécifiquement humaine, qui est l'identification à l'autre et, de façon concomitante, en cherchant à prévoir la réaction de cet autre, l'essai de ressentir ce que l'autre ressent (Decety, Berthoz, Jorland, 2004, 53).

C'est à partir de la représentation de nos propres états mentaux que nous nous représentons les états mentaux d'autrui. Ce système d'inférence est l'empathie qui sert de guide dans les situations incertaines de la rencontre de l'autre, différent de soi, (Bachoud-Lévi, Degos, 2004, 90), elle renseigne chacun des sujets en interaction sur la conformité des comportements. En retour,

« [le sujet est] existentiellement impliqué ne prend pas simplement connaissance des états intérieurs vécus par les autres personnes, mais se trouve affecté par eux au sein du rapport qu'il a avec lui-même » (Honneth, 2007, 65).

Les sujets qui partagent une communauté d'appartenance sont partenaires impliqués et s'efforcent de construire un modèle typique des comportements de l'autre et/ou des autres, ainsi que des intentions sous-jacentes. Il s'agit d'une typification de l'autre dans laquelle certains aspects de la personnalité sont retenus comme pertinents. Les attendus liés au rôle social ont d'autant plus de chances d'être satisfaits que les relations sont standardisées ou institutionnalisées.

Lorsqu'il s'agit d'émettre un jugement sur qui est l'autre, la pertinence de l'information est largement déterminée par les multiples enjeux de l'acteur, dont, l'un des plus saillants est sa propre image. Il ne s'agit pas de formuler un jugement exact, mais de faire une évaluation appropriée d'un point de vue social et en congruence avec "ce que je pense être moi". C'est le postulat de la théorie de la "jugeabilité sociale" (Beauvois, Joule et Monteil, 2004) qui considère que les acteurs ont à l'esprit un ensemble de règles leur indiquant la démarche à suivre pour élaborer un jugement dans telle ou telle situation spécifique. L'objectif de ces règles n'est pas la formulation d'un jugement rapide et simplifié - de simples raccourcis mentaux permettant une économie

cognitive -, mais d'énoncer un jugement valide socialement et subjectivement. Cette perspective théorique permet d'interpréter l'effet de recombinaison des stéréotypes dans la formulation d'un jugement sur qui est autrui : les informations individualisantes issues de l'interaction ne réduisent pas l'impact des informations catégorielles en raison d'un phénomène de dilution (ou diminution de la ressemblance entre la cible et les attributs spécifiques de la catégorie d'appartenance), mais en raison d'une règle sociale qui prescrit de ne pas se limiter aux stéréotypes d'une catégorie sociale pour juger une personne en particulier. De même, en interaction, même si les informations catégorielles ont toujours priorité sur les informations individuelles, fournies en situation, dans la manière d'interpréter les rôles, il semblerait que les sujets se basent sur n'importe quel type d'informations (individuelles ou catégorielles) pourvu que le recours à cette information leur apparaisse comme pertinent au regard de la situation elle-même (Beauvois, Joule et Monteil, 2004) et au regard de la perception que l'acteur a de lui, des enjeux de préservation de l'image qu'il a de lui-même.

2. 3. 2 *Se voir dans l'interagir*

Dans l'agir en situation, "se voir comme" peut induire un doute sur soi, doute qui influence le sentiment de compétence que les personnes mobilisent pour agir. Lorsque l'enjeu identitaire est prédominant, il serait plus difficile de faire confiance à des routines, des séquences d'activités intériorisées (Barbier, 2000, 18), qui "allègeraient" l'engagement du sujet dans l'action, sachant

« qu'une évaluation négative par un acteur de sa propre action engendre une détérioration relative de l'image de soi, inhibitrice de projet » (Barbier, 2000, 37).

2.3.2.1 Le sentiment de compétence

Le sentiment d'incertitude, quant à ce que les autres pensent réellement d'elle, peut amener la personne stigmatisée à douter de ses propres compétences.

« [L'individu étiqueté négativement a] le sentiment qu'il ignore ce que les autres pensent 'vraiment' de lui » et sait que les autres peuvent continuer à le voir et le définir en fonction de stéréotypes (Goffman, 1989, 25-26).

La personne peut aussi avoir le sentiment que les schémas qui servent habituellement à interpréter les événements sont invalidés et que les jugements concernant ses capacités sont faussés. Ainsi, dans certains cas, à rebours des attitudes couramment admises, ses réussites les plus insignifiantes vont être magnifiées et ses échecs minorés. Si ses idées apparaissent incongrues elles seront identifiées uniquement comme la conséquence de son problème et/ou de sa différence.

Plusieurs attitudes sont alors possibles. L'une d'entre elles peut consister à accepter d'organiser sa vie à partir de son désavantage, à condition de se résigner, ainsi

« ceux qui sont en rapport avec lui [l'individu étiqueté négativement] manquent à lui accorder le respect et la considération que les aspects non contaminés de son identité sociale les avaient conduits à prévoir pour lui, et l'avaient conduit à prévoir pour lui-même ; il fait écho à ce refus en admettant que certains de ses attributs le justifient » (Goffman, 1989, 19).

Toutefois, il est aussi possible de s'opposer à une norme attestée ou supposée en revendiquant individuellement une autre norme (Pelletier, 2002). La personne n'accepte pas de se voir telle que l'autre la voit ou semble la voir (Duvoux, 2008, 16), ce qui donne lieu à deux attitudes pouvant paraître paradoxales : adopter des comportements plus stricts de conformité à cette norme, voir la revendiquer, pour en déjouer les attributions négatives, ou, plus fréquemment, être dans l'obligation de discréditer l'opinion et les normes imposées par ceux qui étiquettent (Goffman, 1989, 112-126), en développant, par exemple, des compétences sociales pour occuper des places stratégiques dans le jeu des rapports sociaux (Woodill, Davidson, 1989).

De plus, "se voir comme" fragilise le sentiment d'être un sujet autonome. Or, de façon générale, se sentir être l'auteur de ces actes, libre d'agir, en capacité de maîtriser par ses choix les situations, est l'un des fondements du sentiment d'exister (Joule, Beauvois, 2008). En effet, de même que les personnes étiquetées négativement sont confrontées aux normes dominantes, elles se voient assez souvent considérées comme ayant une capacité limitée à être

responsable de leurs actes et divers procédés de mise sous tutelle sont ainsi présentés comme nécessaires (Castel, 1976). Beauvois parle de "l'internalisation des normes" pour caractériser le phénomène qui consiste à considérer comme relevant de soi, un comportement résultant en fait de pressions externes (Beauvois, Joule, Monteil, 2004). Cette internalisation de la norme est considérée comme un attribut positif de l'individu, marquant sa capacité à être autonome et responsable. Ainsi est valorisée l'attitude des sujets capables de s'attribuer à eux-mêmes, selon une cause interne, leurs échecs, dans le même temps qu'ils attribuent leurs succès à une cause externe. Or, les sujets qui privilégient les explications internes sont ceux qui, de par leur condition sociale, ont le plus grand accès aux conditions de pouvoir et aux avantages socioéconomiques et, de ce fait, peuvent d'avantage que les autres exercer un contrôle effectif sur les événements de leur vie quotidienne (Dubois, 1991, 84).

2.3.2.2 L'adoption de rôle

Il y a bien interaction entre la construction de la situation et la manifestation de l'identité. Mead (1963) envisage l'individu comme endossant un rôle et chacun de ces rôles est socialement défini : jouer des rôles multiples et comprendre la diversité des situations signent la socialisation. Goffman décrit les composantes de la notion de rôle (Goffman, 1974). Pour lui, le rôle se joue toujours en situation dans un système d'activité située. C'est donc un ensemble de règles pratiques, mais il ne faut pas l'entendre comme une codification stricte de la conduite à adopter, car dans l'interaction, l'interprétant (au sens théâtral) doit se conformer à ce qu'il croit être les attentes de rôle d'autrui. Il s'agit donc d'une connaissance en acte des règles qui régissent le rôle qu'on interprète, mais qui doit s'accompagner d'une connaissance des rôles complémentaires ou concurrents. L'interprétation de rôle se fait sous le regard et le contrôle d'autrui. En effet, le respect des prérogatives des uns et des autres fait l'objet de jugement d'autrui sur la qualité de l'interprétation du rôle. Chaque rôle intègre sa réciproque : "on" connaît les deux rôles, par exemple, le médecin *versus* le malade. (Goffman, 1989, 156).

D'autre part, la notion de rôle, et son analogie avec le théâtre, ne doit pas induire l'idée qu'il existe une distance, consciente, entre l'interprétant et son rôle.

Tout un chacun est en capacité d'éprouver dans le flux incessant des transactions sociales ce que sont les rôles sociaux.

« Les rôles apparaissent dès qu'un stock commun de connaissances contenant des typifications réciproques de conduite est en train de se former selon un processus [...] endémique à l'interaction sociale. » (Berger, Luckmann, 2006, 145).

Les inférences pratiques construites en situation d'interaction permettent à l'acteur d'interpréter les intentions des partenaires de l'interaction et de s'ajuster à ce qu'il interprète de l'intention qu'il suppose être celle qui anime ses partenaires.

Goffman définit la situation comme un cadre typique, une structure, permettant d'organiser le genre d'action qui peut s'y dérouler. La situation d'interaction établit un système de contraintes pour que l'interaction se déroule de façon satisfaisante. Cette structure de contraintes guide l'engagement dans l'action et les interprétations qu'il est possible d'élaborer sur les faits et gestes des partenaires de l'interaction avec ses multiples réajustements en cours d'action. Pourtant, si la situation fixe les limites à l'intérieur desquelles une activité prend forme, il ne s'agit pas de déterminisme car à l'intérieur de ce cadre contraint, l'acteur impose son style et ses façons de faire.

Enfin, le sujet construit des représentations de lui-même, notamment comme tenant sa place dans ce système complémentaire des rôles, dans le même temps où il se donne à voir dans un rôle. Toutefois, la valeur sociale attribuée au sujet va dépendre du statut et du prestige attribué au rôle qu'il tient.

« Les personnes et les groupes sociaux défendent, autant qu'ils le peuvent, ce prestige et cette valeur. » (Roelens, 1998, 124).

2.3.2.3 Du rôle à l'étiquette

La notion de rôle vise à décrire la jonction entre individus et structures sociales.

« La manière dont le 'social' se retrouve en tant qu'opérateur de conduites au sein des individus » (Martucelli, 2002, 211).

Les travaux de l'interactionnisme symbolique invitent à penser que toute prise de rôle suppose l'anticipation de la conduite de l'autre au sein d'une situation d'une part, et, que le rapport de la personne au rôle est interprétatif d'autre part. Si l'entrée dans le rôle est une première phase d'intériorisation de celui-ci, jusqu'à ce que les schèmes opératoires soient incorporés (ce qu'on appelle le "naturel"), une deuxième phase est constituée d'une gestion par le sujet de ses rapports au rôle, en somme, lorsque le rôle est renvoyé dans "l'extériorité". On peut parler d'une prise de distance au rôle. Ainsi de façon, en apparence, paradoxale « Plus on 'est son rôle, plus on finit par le jouer de façon particulière » (Martucelli, 2002, 211). La notion de réflexivité en sociologie prend en compte le fait que

« L'individu entre en travail avec des cadres de socialisation qui ne sont ni radicalement extérieurs, ni véritablement incorporés » (Kaufmann, 2001, 200).

Ainsi se constitue une mémoire sociale intériorisée qui structure nos modes d'appréhension des situations à partir d'un certain type de "gestion" des rôles, mais, aussi, en fonction de la multiplicité de schèmes opératoires incorporés et rappelés en situation d'interaction.

« La mémoire sociale est donc transmise ici sous forme beaucoup plus aléatoire que par le rôle [...]. Sa réactivation passe par le filtre des jeux d'interaction. » (Kaufmann, 2001, 205).

Avec la notion d'étiquette, nous abordons la contrainte la plus externe des manières d'habiter un rôle et de l'interpréter. L'étiquette fonctionne comme un attendu des manières d'être et de faire. Dans le cas des sujets n'ayant pas une situation sociale facilitant l'identification de leur personne à un rôle social positif, il s'agit d'un rôle imposé qu'il convient d'endosser dans des situations sociales bien spécifiques. Dans ce cas, être contraint d'endosser une étiquette est un marqueur social de dépendance, source de stigmatisation,

au regard d'une société « où l'individuation prend davantage la forme d'une distance au rôle » (Martucelli, 2002, 219).

Endosser l'étiquette, c'est dans certaines situations, qui concernent soit une évaluation de soi, soit l'obtention d'une aide, la contrainte qui s'impose aux personnes de s'identifier à leurs étiquettes. En situation d'évaluation de soi, les acteurs vont montrer des comportements, des aptitudes ou au contraire des incapacités selon le versant de leur identité qui est rendu saillant, actifs/réactifs dans la situation. Peut-être faut-il considérer ces situations comme aliénantes au sens d'une "perte de soi dans l'autre" - la notion de *Entfremdung* selon Hegel - et ainsi de devenir étranger pour soi (Ferréol, 2003). En situation de demande d'aide, pour recevoir une aide de services spécialisés, notamment pour objectivement améliorer sa situation économique et/ou avoir accès à une protection sociale, la personne doit nécessairement adhérer à une étiquette, et ce

« pas de manière récalcitrante parce qu'alors on ne pourrait 'l'aider' » (Benasayag, Schmit, 2006, 109),

En effet,

« pour qu'une désignation ait un sens pour les désignants et les désignés, il faut que les conséquences pratiques associées à cette désignation se manifestent » (Paugam, 2004, 27).

Plus les aides s'éternisent et sont nombreuses, plus elles étiquettent l'individu comme personnellement incapable de s'en sortir et

« plus celui-ci se révèle dépendant, tant du point de vue de ses ressources, que pour le maintien d'une image positive de lui-même » (Duvoux, 2008, 14).

À partir de la notion de label et des processus de labellisation (Becker, 1985), la déviance peut être vue comme une transaction, une manière d'endosser l'étiquette. Sont qualifiés de déviants, au sens de cette approche sociologique, les comportements qui transgressent les normes acceptées par tel groupe ou telle institution. La déviance est alors décrite comme un construit social, produit d'une transaction réciproque effectuée entre un groupe social et une personne (et/ou un groupe de personnes), jugée déviante par ce groupe pour avoir, selon lui, transgressé une norme. Mais le caractère déviant ou non d'un acte va dépendre de la manière dont d'autres membres de

la société réagissent, le qualifient et traitent en conséquence son (et/ou ses) auteur(s).

« Le déviant est celui auquel cette étiquette a été appliquée avec succès [...]. Je considérerai la déviance comme le produit d'une transaction effectuée entre un groupe social et un individu qui, aux yeux du groupe, a transgressé une norme. » (Becker, 1985, 33).

Cette théorie a permis d'attirer l'attention sur les effets de l'étiquetage. Becker décrit des personnes développant un sentiment d'identité fortement valorisé et cohérent bien que socialement réprouvé. Son analyse très pragmatique décrit les réactions des personnes étiquetées, notamment sous le concept de carrière, en référence à l'étude des professions où celui-ci a d'abord été utilisé.

Becker propose un modèle séquentiel, en utilisant le terme de "carrière déviante" qui prend en compte chaque phase de changement, de passage d'une position à une autre.

« [Cette notion de carrière] désigne les facteurs dont dépend la mobilité d'une position à une autre, c'est-à-dire aussi bien les faits objectifs relevant de la structure sociale que les changements dans les perspectives, les motivations et les désirs de l'individu. » (Becker, 1985, 47).

Becker distingue ainsi quatre étapes de la carrière déviante : la première étape est la transgression de la norme. Celle-ci ne suffit pas à désigner le sujet comme déviant. Il faut que cette transgression ne soit pas qu'occasionnelle. La deuxième étape qui nous intéresse plus particulièrement ici est celle de l'engagement, qui survient lorsque la transgression est plus régulière. Elle implique l'entrée dans un mode de vie et un changement d'identité. L'engagement n'est possible que si les individus

« apprennent à participer à une sous culture organisée autour d'une activité déviante particulière » (Becker, 1985, 54).

C'est le moment de la socialisation de la déviance. La troisième phase, une des plus cruciales, est la désignation publique. Être reconnu publiquement comme déviant à des

« conséquences importantes sur la participation ultérieure à la vie sociale et sur l'évolution de l'image de soi de l'individu » (Becker, 1985, 203),

dans le sens où l'identité change aux yeux des autres, où l'individu acquiert un nouveau statut. L'identité déviante est perçue comme la caractéristique

principale, sur laquelle les autres se basent pour définir l'intégralité de la personne déviante. C'est en quelque sorte une prédiction auto-réalisatrice.

« La manière dont on traite les déviants équivaut à leur refuser les moyens ordinaires d'accomplir les activités routinières de leur vie quotidienne. En raison de ce refus, le déviant doit mettre en œuvre des pratiques routinières illégitimes. » (Becker, 1985, 58).

La dernière étape de la carrière déviante est l'adhésion à un groupe déviant, qui entraîne deux types de conséquences : les groupes déviants élaborant des rationalisations dans le but de légitimer l'identité déviante, il devient possible de penser positivement sa différence et de mettre en congruence ses valeurs et l'image de soi. De plus, l'appartenance à un groupe déviant facilite la perpétuation des pratiques déviantes à travers le développement d'une sous-culture déviante possédant un stock de savoir-faire et d'expériences collectives concernant les manières de garder secrètes les pratiques déviantes.

« Ce ne sont pas les motivations déviantes qui conduisent au comportement déviant mais à l'inverse c'est le comportement déviant qui produit au fil du temps la motivation déviante » (Becker, 1985, 64).

Nous pouvons faire l'hypothèse que les processus décrits par Becker pour les personnes étiquetées déviantes s'appliquent à toutes les formes d'étiquetage, Goffman parle d'ailleurs de "carrière du malade mental" (Goffman, 1972).

Ce sont bien les usages de l'étiquetage, le contrôle de leurs conséquences et de leur impact sur la manière dont la personne se considère ou est considérée, dont il est question dans le vécu et la perception de l'étiquetage.

Ainsi, l'alternative se joue de façon schématique entre accepter la définition de soi donnée par l'étiquetage, voire la confirmer et se présenter en prenant le contre-pied, se démarquer.

2. 3. 3 Se situer dans des rapports interindividuels et sociaux

De multiples transactions sont nécessaires à la reconnaissance de soi avec les autres dans les relations intersubjectives de la vie quotidienne (Dubar, 1991). "Se voir comme" influence les processus par lesquels les sujets gèrent leur place dans la société, qualifient leurs rapports aux autres. Il s'agit donc aussi de processus de reconnaissance mutuelle intersubjective (Honneth, 2002, 87),

pas seulement une confrontation individuelle en face à face, mais aussi de reconnaissance dans des groupes d'appartenance et dans ses relations avec divers groupes sociaux.

2.3.3.1 L'habilitation intersubjective

On peut parler "d'habilitation intersubjective" (Roelens, in Freynet, Blanc, Pineau, 1998, 129) dans les transactions sociales, processus dynamiques, ayant pour enjeu une place sociale, prennent explicitement la forme de situation de négociation. La transaction est un jeu social qui suppose que les situations ne soient pas définies à l'avance, mais structurées par des tensions sur lesquelles il reste possible d'agir. L'issue de l'interaction est partiellement indéterminée et découle d'une conjoncture de facteurs (Freynet, Blanc, Pineau, 1998). Dans l'habilitation intersubjective, les négociations visent la capacité et la légitimité des individus à tenir un rôle social, mais

« l'acte d'habilitation n'a de pouvoir instituant que s'il se fait 'au nom' d'une communauté de référence » (Roelens, 1998, 130).

Ce travail d'habilitation intersubjective est défavorable aux personnes dont « l'attractivité présumée négative » (Roelens, 1998, 133) peut faire craindre de dévaluer le prestige social attaché à un rôle. Ainsi selon les contextes, seront dévalués les rôles tenus par des femmes, des immigrés, des pauvres, des personnes handicapées.

Les transformations des représentations de soi et d'autrui, ne peut se faire sans transaction avec le groupe dit des "étiqueteurs", d'une part, et le groupe dit des "étiquetés", d'autre part. Ainsi la "conscience du stigmaté" (Pinel, 1999) ou de la discrimination impliquerait toujours une perception groupale.

2.3.3.2 Le sentiment d'appartenance à un groupe

Dans la théorie de l'identité sociale et celle de l'auto-catégorisation, qui la complète (Licata, 2007, 22), les catégories structurent à la fois l'identité personnelle, ce qui permet de comprendre les phénomènes d'auto-catégorisation des sujets et l'identité sociale, liée à l'appartenance à un

groupe, dans lequel se manifestent les comportements dans et entre les groupes.

« La catégorisation sociale s'accompagne d'un phénomène de dépersonnalisation. Il s'agit d'une redéfinition cognitive du soi qui ne se définit plus à partir d'attributs uniques et de différences individuelles mais bien en fonction des appartenances sociales partagées et des stéréotypes qui y sont associés. » (Licata, 2007, 30).

Dans la référence à une l'identité personnelle, l'individu se définit en tant que personnalité unique par rapport à d'autres individualités. Dans le rapport à autrui, il est donc impliqué dans des rapports interpersonnels, tout en se représentant comme membre d'un groupe et participant à des rapports intragroupes et intergroupes. Chaque individu se situe donc par rapport à autrui, à titre interpersonnel, mais également dans un espace social, par rapport à des groupes et des normes. De ce fait, la nature interactive des groupes nécessite l'analyse de l'influence mutuelle des facteurs interpersonnels et groupaux. En effet, différents niveaux de définition de soi (individuel, groupal et sociétal) peuvent être activés en même temps, par exemple lorsqu'il s'agit de prendre position.

« Prendre position sur un enjeu social [...] revient à prendre position conjointement par rapport à autrui, le groupe d'appartenance et les normes sociales partagées saillantes dans le contexte. » (Gianettoni, 2007, 70).

On parle "d'auto-catégorisation" (Gianettoni, 2007, 70) pour caractériser les rapports d'un individu à un groupe d'appartenance. Selon la théorie de l'auto-catégorisation, différentes "images de soi" sont possibles en référence à un groupe d'appartenance et celles qui seront rendues saillantes le seront du fait de la situation spécifique dans laquelle l'individu se trouve.

« Ainsi, l'identité masculine d'un individu peut être activée s'il se trouve dans une situation qui requiert une comparaison avec des femmes. » (Licata, 2007, 28).

Une appartenance groupale est "saillante" lorsqu'elle exerce une fonction psychologique qui tend à accorder plus d'influence aux jugements du groupe qu'à ses propres évaluations, sur ce qu'on pense être soi et ses comportements, ou ce qu'est autrui et ces comportements. (Licata, 2007, 33).

Ainsi, lorsque les sujets sont engagés dans une action collective un travail de mise en représentations est nécessaire et suppose « la mise en rapport d'acteurs et la production de représentations partagées » (Barbier, 2000, 33).

Lorsque les individus fonctionnent en tant que membres d'un groupe, ils vont se percevoir comme des membres interchangeables de ce groupe et s'attribuer les traits et normes qui le définissent, en opposition à d'autres groupes. Selon ces mêmes approches théoriques, les individus recherchent une distinction positive par et pour le groupe d'appartenance, surtout lorsqu'ils sont fortement identifiés au groupe, afin de promouvoir une bonne estime d'eux-mêmes. Ce même processus se retrouve à l'échelle de l'individu, qui se compare aux membres d'autres catégories sociales.

S'il est possible d'appartenir à plusieurs groupes présents dans la société, Goffman souligne le fait que les personnes stigmatisées sont toujours et en même temps renvoyées à une appartenance au groupe, en quelque sorte virtuel, des personnes présentant le même stigmate. Les personnes étiquetées sont, aussi, amenées à considérer qu'il existe un lien entre elles-mêmes et un groupe : ceux qui partagent le même étiquetage.

« [Se crée un possible groupe d'appartenance prêt] à partager avec eux le sentiment qu'ils sont des êtres humains et 'essentiellement' normaux, malgré les apparences et quoiqu'ils doutent d'eux-mêmes. » (Goffman, 1989, 32).

Aussi, les personnes stigmatisées sont-elles contraintes à se positionner par rapport au groupe, même si aucun contact ne se réalise dans les faits et/ou qu'elles souhaitent rejeter toute appartenance.

« Une catégorie peut avoir pour fonction d'inciter ceux qui la composent à former entre eux des groupes et des relations, mais la totalité de ses membres n'en constitue pas pour autant un groupe [...]. Le rapport de l'individu stigmatisé à la communauté informelle des gens de son espèce ainsi qu'à leurs organisations constituées est donc crucial. » (Goffman, 1989, 36 et 53).

Plusieurs positionnements vis-à-vis du groupe d'appartenance sont possibles : s'en différencier, le rejeter ou au contraire se solidariser avec ce groupe (Goffman, 1989, 127-148). Ce sont ces types de stratégies qu'il nous intéresse d'analyser et de rendre intelligibles dans cette recherche.

2.3.3.3 Les attributions réciproques entre groupes sociaux

La question de l'étiquetage engage la réflexion sur la définition des rôles reconnus à chacun, et ne peut se comprendre, sans aborder les rapports d'influence, d'autorité et de pouvoir à travers ce qui se joue notamment en situation de négociation. Les relations humaines prennent forme sur fond de rapport social, c'est pourquoi il est important d'analyser ces relations sociales dans leur rapport au pouvoir et sa distribution dans une société donnée (Crozier, 1977). Plus précisément, une relation de pouvoir peut consister à contrôler la possibilité d'être et d'agir d'autrui,

« [voire] à enfermer l'autre dans un comportement prévisible tout en conservant son propre comportement imprévisible pour faire payer à l'autre le prix de son bon vouloir » (Barbier, 2006, 204).

Dans les jeux de pouvoir et d'autorité inscrits dans les rapports sociaux, les processus impliqués par l'acte de classer recouvrent non seulement une fonction descriptive mais aussi une évaluation sociale. Le concept de "lutte des classements" introduit par Bourdieu permet de comprendre en quoi la question des limites des catégories, des référents symboliques et représentations qui y sont relatives, sont au centre d'enjeux sociaux (Bourdieu, 2001, 303). Dès lors, toute référence à une catégorie de classement mobilise un ensemble de pratiques, de normes, de règles et de savoirs sociaux qui ont des conséquences réelles et bien concrètes sur les institutions et les individus concernés. Ces luttes de classement, bien que relevant d'un ordre symbolique, n'en sont pas moins réelles.

« Le pouvoir symbolique, pouvoir subordonné, est une forme transformée, c'est-à-dire méconnaissable, transfigurée et légitimée, des autres formes de pouvoir. » (Bourdieu, 2001, 211).

Ainsi les rites d'institution peuvent être des nominations officielles, mais aussi tous les gestes et énoncés quotidiens au travers desquels on indique à l'autre ce qu'il est, la position qu'il occupe dans l'espace social et comment il doit se tenir à la place assignée.

Il s'agit de processus de reconnaissance mutuelle intersubjective (Honneth, 2002, 87), en face-à-face et entre groupes sociaux, comme le suggérait Memmi à propos des rapports créés par la colonisation.

« Le lien entre colonisateur et colonisé est ainsi créateur et destructeur. Il détruit et recrée les deux partenaires de la colonisation en colonisateur et colonisé [...] de même que le colonisateur est tenté de s'accepter comme colonisateur, le colonisé est obligé, pour vivre, de s'accepter comme colonisé » (Memmi, 1956, 110).

Dans les relations intergroupes, les psychosociologues (Croizet, Leyens 2003) ont mis en lumière des processus récurrents de pensée qui sont : la distinction positive de son groupe d'appartenance ; l'attitude visant à le favoriser ; la variabilité des perceptions qui entraîne des jugements attributifs de compétences, de complexité, de richesse, attachés aux membres de son groupe, en distinguant celui-ci des autres groupes.

En anthropologie, Lévi-Strauss rappelle un phénomène récurrent l'opposition entre ceux qui sont appelés "les hommes", constitués des individus de son propre noyau ethnique et ceux qui sont extérieurs au groupe qui ne peuvent être que les primitifs, qualifiés de "méchants", de "mauvais", de "singes de terre" ou d' "œufs de pou", incarnation du mal et de la laideur (Lévi-Strauss, 1953). De telles expressions révèlent d'ailleurs le caractère ambivalent de cet ethnocentrisme, puisqu'elles manifestent à la fois la certitude d'une supériorité et un complexe d'infériorité, révélant une sorte de terreur ou de crainte en face de l'autre, perçu comme menace pour l'intégrité du groupe (Roze, 2005). On peut parler d'infra humanisation de l'autre.

« Ces personnes doivent attribuer une essence supérieure à leur propre groupe qu'aux autres groupes. Ils sont humains et les autres sont infrahumains. » (Désert, 2003, 248).

Il semble toutefois

« qu'une 'dose' d'ethno centrage est nécessaire à l'équilibre d'une communauté, car elle renforce son 'auto-perception', c'est-à-dire qu'elle dignifie l'image que la communauté se fait d'elle-même » (Esparza, 1987).

Mais lorsque cet ethno centrage s'intensifie, surgissent alors des manifestations d'hétérophobie, de haine de l'autre, de haine à l'égard de tout ce qui est différent. Les membres des groupes stigmatisés n'échappent pas à ce processus.

En règle générale, se cache derrière l'hétérophobie non un complexe de supériorité mais bien plutôt, une insatisfaction d'ordre culturel, provoquée par

la perte de cette auto-perception qu'éprouve une communauté ethnique donnée, ce qui équivaut à une déviation ou une insuffisance d'ethno centrage. Les manifestations d'hétérophobie sont, au fond, au nombre de deux : la répudiation et l'assimilation (Esparza, 1987).

Goffman rappelle que les processus d'étiquetage possèdent des fonctions supplémentaires qui varient selon le type du stigmaté.

« Il est clair que la stigmatisation des individus au dossier moral chargé peut servir de moyen de contrôle social officiel ; celle des membres de certains groupes minoritaires, raciaux, religieux ou ethniques, a eu apparemment pour fonction de les écarter des voies de la compétition ; et la dépréciation des personnes affligées d'une difformité a peut-être contribué à une limitation nécessaire des choix amoureux. » (Goffman, 1989, 162).

Le processus d'étiquetage met en avant des différences qui justifient les inégalités et accompagnent des discours de domination.

« Ce faisant, les dominants ou majoritaires imposent des contraintes et des prescriptions qui limitent la marge de manœuvre des personnes et des populations ainsi 'altérisées'. » (Cossée, Lada, Rigoni, 2004, 15).

Pourtant, la distinction entre eux et nous peut aussi concerner les relations entre groupes "stigmatisés" ou "dominés" délimitant ainsi une autre hiérarchisation où il n'est pas rare de reprendre l'usage des stéréotypes dominants vis-à-vis du groupe dont on veut se différencier (Cossée, Lada, Rigoni, 2004, 89-90).

On peut dire que du côté de l'auto-désignation sont à l'œuvre, dans les rapports interpersonnels, aussi bien que dans les rapports intergroupes, des processus d'assimilation et/ou de répudiation visant à maintenir une bonne estime de soi en disqualifiant l'autre (ou les autres). L'hypothèse selon laquelle le stéréotype serait le fruit de l'ignorance, et que la mise en contact, l'interconnaissance, entre individus ou membres de groupes, suffirait à modifier les représentations est contestable (Amossy, Herschberg, Pierrot, 2007, 41).

2.4 LA COMMUNICATION SUR SOI, SE DONNER A VOIR COMME

Bandura (2002) montre que l'individu s'engage dans une action, parce qu'il est convaincu de pouvoir influencer son environnement et ses semblables. Il semble bien que les actes de communication, dont ceux servant à communiquer sur soi, n'échappent pas à cette motivation.

Si l'on s'abstrait des catégories morales pour reconnaître que l'acte de communiquer vise à influencer autrui, influencer revient à agir sur les contextes de la situation de communication. Différents contextes sont ainsi répertoriés (Paicheler, 1992) : le contexte normatif, c'est-à-dire, le contexte culturel en référence aux normes et règles collectivement partagées ; le contexte des positionnements des acteurs entre eux, c'est-à-dire, la place et rôle social qui les légitiment ; le contexte des stratégies identitaires, c'est ce que l'on sait des intentions, des enjeux des acteurs ; le contexte relationnel, c'est-à-dire, la qualité de la relation créée, elle-même en lien avec l'ensemble du système institutionnel et/ou du contexte social dans lequel elle se déroule.

Ainsi les phénomènes d'influence ne sont pas seulement dus à la force et à l'impact de la parole, ni au contenu intelligible des échanges, mais bien, au sens premier, à la manipulation d'objets cognitifs de nature diverse (relationnels, normatifs, identitaires, physiques ou idéels) qui vont intervenir dans la situation de communication.

De plus, comme le souligne Watzlawick, dans la communication, dans les échanges instaurés, il s'agit aussi d'entrer en relation, de s'y engager et d'en signifier la nature.

« Cette conscience que l'homme a de lui-même [est] essentiellement conscience de fonctions, de relations dans lesquelles il est engagé. » (Watzlawick, Helmick-Beavin et Jackson 1985, 22).

En effet,

« la langue comporte, à titre irréductible, tout un catalogue de rapports interhumains, toute une panoplie de rôles que le locuteur peut se choisir pour lui-même et imposer au destinataire » (Ducrot, 1972, 4).

2. 4. 1 Communiquer

Communiquer ne vise pas seulement à transmettre de l'information, mais à convaincre. Ducrot et Anscombe (Ducrot, 1972) ont mis en relief l'argumentation comme une des fonctions essentielles du langage. Au moment de leur survenance, les échanges peuvent être considérés comme des processus d'influence réciproque entre deux ou plusieurs sujets.

Quatre notions nous permettent notamment de rendre compte de ces processus d'influence réciproques caractérisant la communication : la notion d'intention d'influence ; la notion de sens et de signification ; la notion d'adresse ; la notion de polyphonie.

2.4.1.1 La notion d'intention d'influence

Pour Sperber et Wilson, la communication verbale met en jeu à la fois des processus de codage et des processus inférentiels. Selon le modèle inférentiel, « communiquer, c'est produire et interpréter des indices » (Sperber, Wilson, 1989, 13). La communication peut s'appréhender « comme un processus inférentiel de reconnaissance des intentions du locuteur » (Sperber, Wilson, 1989, 21).

Ainsi l'attribution d'intentions à autrui est une spécificité de l'interaction humaine.

« On réalise le plus souvent son intention d'informer quelqu'un de quelque chose en lui donnant les moyens de reconnaître cette intention. » (Sperber, Wilson, 1989, 40).

Un acte de communication "ostensive-inférentielle" participe du processus inférentiel pour rendre mutuellement manifeste une intention informative et attirer l'attention des destinataires d'un message (Sperber, Wilson, 1989, 231). Ces *stimuli* ostensifs dirigent l'attention des destinataires sur les intentions du communicateur. Ils peuvent être des énoncés ou des gestes. Selon cette définition, il y a communication ostensive-inférentielle, pas seulement lorsque l'on produit un énoncé pour transmettre une information, mais chaque fois que l'on communique quelque chose et que l'intention de communiquer est claire.

Dans cette optique, la qualité de la pertinence d'un acte de communication serait la suivante : moins un acte de communication demande d'effort pour son interprétation, plus cet acte est pertinent. Plus un acte de communication fournit d'effets, plus cet acte est pertinent. C'est cette communication pertinente que Sperber et Wilson qualifient d'ostensive-inférentielle.

L'une des intentions prédominante du communicateur est bien l'intention d'influence, c'est-à-dire :

« une intention de modifier directement non pas les pensées mais l'environnement cognitif du destinataire » (Sperber, Wilson, 1989, 93).

L'environnement cognitif d'un individu est défini comme un ensemble de faits qui lui sont manifestes, donc qu'il peut percevoir ou inférer : une hypothèse est donc manifeste dans un environnement cognitif si l'environnement fournit suffisamment d'indices en faveur de son adoption. C'est parfois une hypothèse fautive, car un fait peut être manifeste sans faire partie de notre savoir. Lorsque plusieurs personnes partagent un environnement cognitif, cela ne veut pas dire qu'elles font les mêmes hypothèses mais qu'elles sont capables de faire les mêmes hypothèses, on peut parler d'hypothèses mutuellement manifestes.

Les caractéristiques dynamiques de la situation de communication et les éléments du discours qui visent à influencer l'environnement cognitif du destinataire sont liés.

2.4.1.2 La notion de sens et de signification

Barbier définit les actes de communication

« comme des activités de mobilisation de signes dans une intention d'influence sur autrui » (Barbier, 2000, 64).

Il propose une distinction entre sens et signification qui permette de clarifier ce qui peut être référé à des phénomènes mentaux et ce qui relève de phénomènes discursifs (Barbier, 2000, 63).

Le sens est une activité mentale où le sujet met en lien des représentations issues de plusieurs moments de son itinéraire.

« Le sens est donc une construction mentale spécifique qui s'effectue chez le sujet à l'occasion d'une expérience, par rapprochement entre cette expérience et des expériences antérieures. » (Barbier, Galatanu, 2000, 69).

Tandis que la signification est réservée aux activités de communication, qui vont impliquer l'échange avec l'autre ou d'autres.

« Les significations ne peuvent donc être appréciées que dans des contextes d'interaction. » (Barbier, Galatanu, 2000, 72).

Barbier caractérise les activités de pensées comme des activités de transformation par les sujets de leurs propres représentations, entités présentes dans l'esprit du sujet et qui peuvent être absentes de l'environnement, et les activités de communication qui mobilisent des signes, c'est-à-dire, des objets, des actes, des énoncés (Barbier, Galatanu, 2000, 64).

Il existe une relation liant les sphères d'activités de construction de sens et celle de la production de significations. Si comme nous l'avons vu, un acte de communication a une intention d'influence, il vise directement à modifier les constructions de sens chez autrui. Ainsi, la production de signification par un sujet contribue directement à la construction de sens chez d'autres sujets, y compris lui-même. Barbier qualifie les relations entre pensée et langage de relations d'investissement réciproque, en référence à Vigotski (1986) (Barbier, Galatanu, 2000, 64).

Ainsi, dans le champ des activités de communication, les images identitaires proposées sont bien des offres de signification faites à autrui pour influencer, voire modifier, les représentations de ce ou ces destinataires, donc ses constructions de sens, mais dans le même temps, ces mêmes images identitaires produisent des effets de construction de sens pour le sujet concerné (Barbier, Bourgeois, Villers, Kadouri, 2006, 27).

Les situations d'interaction propres à la vie sociale donnent à voir

« un jeu d'offres d'images identitaires entre partenaires de la communication : images de soi proposées à autrui, représentations qu'autrui se fait de soi » (Barbier, Galatanu, 2000, 75).

Les offres de signification que les sujets font en situation d'interaction sont liées aux constructions de sens qu'ils ont produit au cours de leurs expériences de vie et à l'occasion de situations d'interaction. Tout autant, les constructions de sens que les sujets opèrent autour de leurs activités et sur

eux-mêmes dans l'activité sont intimement dépendantes des offres de significations faites par autrui dans ces situations d'interaction. (Barbier, Bourgeois, Villers, Kadouri, 2006, 30).

Nous nous sommes particulièrement intéressés, à partir des travaux de Barbier, à l'apparition chez le sujet de représentations sur les représentations qu'autrui se fait de lui-même (Barbier, Galatanu, 1998), c'est-à-dire aux jugements sur lui-même que le sujet attribue à autrui et qui ont une incidence sur l'image que ce sujet aura et donnera de lui-même, influençant, sans doute, en retour, les représentations qu'autrui peut se faire de ce sujet.

2.4.1.3 La notion d'adresse

La communication est toujours un discours adressé. Chaque signe du discours est déterminé

« tout autant par le fait qu'il semble procéder de quelqu'un que par le fait qu'il est adressé à quelqu'un » (Jacques, 1979, 62).

Traditionnellement, on identifie une double adresse réciproque prenant forme dans un dialogue entre un locuteur/émetteur et un destinataire/récepteur. Cette conception est revue et enrichie par Hymes (1991), Goffman (1987, chap3), Kerbrat-Orecchioni (2002) au profit de la notion de récepteurs multiples qui permet de rendre compte de tous les acteurs engagés dans la communication. Ces récepteurs multiples peuvent être auditeurs autorisés à participer ou pas, destinataires de la communication (addressed en anglais) ou pas, et le locuteur lui-même (Kerbrat-Orecchioni in Siess, Valency, 2002, 20).

Nous sommes en présence dans notre matériau à une multiplicité des adresses. Ainsi, les participants à la situation de communication nous confrontent à différentes manières de construire le destinataire de cet enregistrement. De fait les principaux destinataires sont constitués des soignants et du grand public. Or, ces deux destinataires sont très spécifiques. Les soignants sont des personnes partageant une culture commune avec les acteurs de cette communication, ce sont des personnes qu'ils connaissent directement à ce titre, avec lesquels ils ont des relations interpersonnelles, ou, indirectement, mais dont ils peuvent, toutefois, inférer les réactions. Le grand public est un

ensemble anonyme à qui est attribuée une représentation des malades psychiatriques constituée essentiellement de stéréotypes. La situation de communication est celle d'un échange entre pairs confrontés à des enjeux d'appartenance à un groupe stigmatisé et aux rapports de ce groupe avec d'autres groupes ainsi qu'avec l'ensemble de la société. De plus, cet enregistrement sera vu par d'autres membres de ce groupe et donc, chacun des acteurs pourra être jugé par "les siens". Enfin chacun des participants construit du sens pour lui-même dans un enjeu de présentation de soi et de préservation de son estime de soi :

« travail de l'acteur sur lui-même, afin de se doter d'un degré de cohérence, différent selon les individus et leur investissement subjectif dans ce travail sur soi » (Martucelli, 2002, 366).

Aussi, nous sommes-nous particulièrement intéressés à quatre types d'adresses : À un autrui généralisé : le grand public, aux fins de changer les stéréotypes que le locuteur lui attribue ; à un autrui partageant une proximité : les soignants, pour convaincre, influencer les constructions de sens, modifier le rapport de place, s'imposer dans la situation, se faire reconnaître et exister dans la situation ; à un autrui partageant le même discrédit et le même étiquetage : les pairs, pour consolider l'appartenance à un groupe, être reconnu par ses pairs ; au locuteur lui-même : il s'agit de "se" convaincre, de construire du sens, de s'affirmer, d'exister dans la situation.

2.4.1.4 La notion de polyphonie

Quelle que soit l'adresse, à l'intérieur du discours, on constate la présence de différents points de vue "endossés" par le locuteur, le responsable de l'énonciation, à travers différentes images de lui-même. Pour en rendre compte la notion de polyphonie sera utile. Elle permet, en effet, de mettre à jour les diverses mises en scène des différents points de vue que le locuteur crée pour faire partie de ce jeu en tant qu'être discursif.

La structure polyphonique est un fait de langue qui s'observe dans des configurations.

« Elle se définit comme la présence de points de vue constituant la signification des unités de la langue. Dans l'énoncé, la polyphonie se manifeste comme un débat de points de vue. » (Ducrot, 1983, 166).

Une partie de ce jeu se construit à partir de la prise en compte, dans son élaboration, d'un co-énonciateur destinataire, dont le locuteur imagine et prévoit le cheminement cognitif et les réactions. Tout discours est structuré (et modifié au fur et à mesure) en fonction de cette co-construction (Vion, 2002).

À partir de la notion de modalité, définie comme ce qui modifie un fait énoncé par une proposition en le présentant comme nécessaire, possible ou vrai de fait, Vion, analyse l'expression de l'attitude du locuteur par rapport au contenu propositionnel de son énoncé.

« [Il signale, aussi, que] le recours à la modalisation permet au locuteur, de manière non consciente, de se construire l'image d'un sujet distancié par rapport à son dire entraînant non seulement l'opacification du sémantisme de ses énoncés mais également le brouillage des places à partir desquelles il parle. » (Vion, 2002, 209).

Les événements conversationnels ne cessent de remodeler les données de la situation, sans cesse redéfinies par les caractéristiques intrinsèques au contenu des échanges et de leur dynamique.

2. 4. 2 Communiquer sur soi

Les transactions qui ont lieu dans les pratiques ayant comme objectif l'intervention sur d'autres êtres humains peuvent aboutir à des formes de compromis (consensus, convergence, consentement, "compliance"), plus ou moins stables, selon qu'il y a négociation ou imposition, et influencent les représentations des possibilités d'être et d'agir des acteurs engagés dans ces transactions.

La négociation nous intéresse ici particulièrement car elle se réalise dans le cadre d'une situation de communication dont l'enjeu est, pour les protagonistes, d'exister, être soi, dans une place sociale. En effet, une négociation met en jeu l'image de soi donnée à autrui. Cette image est le plus souvent le fruit d'une représentation d'un idéal de soi valorisé.

« Il est possible probablement d'établir un lien entre communications sur ses propres activités, et notamment sur les valeurs qui sont censées les inspirer et les démarches d'affirmation de soi par rapport à autrui. » (Barbier, 2004, 140).

Ainsi, comme nous l'avons vu, le parcours de l'identité se déroule toujours, et dans le même temps, avec celui de l'altérité dans les actions réciproques. Il est alors, en quelque sorte, impératif de contrôler les éléments de cette identité personnelle et sociale donnés à voir à autrui, notamment dans les situations de présentation de soi.

« La présentation d'une personne relève autant de la communication maîtrisée que de l'ensemble des signes exprimés involontairement. Cette faiblesse inhérente à tout acteur implique que la personne va alors au moins essayer de maîtriser les impressions qu'elle peut donner à son public. » (Gardella, 2007, 21).

En somme, les constructions identitaires sont des successions de négociations de places identitaires, en lien avec les offres de significations existantes, qui se retrouvent figées dans des figures sociales. Ces négociations se jouent dans des situations de transactions où les rapports de pouvoir et d'influence, sont liés aux rapports sociaux au sens large. Ainsi, l'exclusion est intériorisée par les personnes comme une façon de parler de soi, d'exprimer le vécu des effets de la discrimination et de la stigmatisation (Lenoir, 1976).

2.4.2.1 Les présentations de soi dans la communication

Dans les faits, beaucoup d'actes sont des actes explicites de communication sur soi, tandis que d'autres actes de communication, centrés apparemment sur des contenus très diversifiés, fonctionnent comme des "présentations de soi en acte".

« L'attention est attirée sur le fait que n'importe quel acte de communication, qu'il ait directement trait ou non à la définition de soi, comporte un enjeu de présentation de soi, d'expression de soi, d'image de soi ou de représentation de soi données à autrui. » (Barbier, 2006, 26).

La présentation de soi se joue dans toute interaction et dans toute situation de communication où il y a à la fois offre de significations et offre d'images identitaires entre les partenaires de l'échange.

L'un des risques majeurs de la mise en jeu de soi dans l'échange est l'écart perçu entre l'image qu'on a de soi et celle qu'on donne ou pense donner à autrui ou celle qu'on pense qu'autrui a de soi. Dans chaque présentation explicite de soi, le sujet se propose donc de créer une cohérence entre les

images de soi idéalisées, les actes posés et ce qu'il dit être sa personnalité. Il y a recherche d'une représentation positive de soi, d'où le fait que « la présentation de soi est un acte non pas neutre mais intentionnel » (Kaddouri, 2005, 13).

Mais dans tout échange communicationnel, les personnes transmettent des informations sur elles-mêmes à autrui et la plupart de ces informations échappent au sujet quant à l'interprétation qu'autrui en fera.

« Les acteurs ne peuvent agir que sur les interprétations qu'ils font des signes émis par les autres. Pour parvenir à réduire l'incertitude et accéder à un consensus temporaire sur la situation, ils mobilisent plus ou moins consciemment des stratégies » (Gardella, 2007, 42).

Si avec Mead (1963), on considère que « Le moi et le je sont les deux phases qui se combinent dans le soi » (Mead, 2006, 260), dans la présentation de soi, on peut parler d'affirmation identitaire.

Le moi est façonné par l'organisation sociale et les interactions sociales qui se déroulent en situation, l'affirmation identitaire n'est autre qu'un "je" qui agit, réagit pour assumer et endosser ses expériences.

Une capacité de réflexivité, "je me parle à moi-même", est selon Bandura (2002) une compétence qui rend le sujet capable d'évaluer son propre fonctionnement cognitif, affectif et comportemental. Chemin faisant, un "je" se constitue ainsi comme un "moi" à jamais existant avec autrui. Le moi est construit dans l'interaction, il n'a donc aucune essence a priori, pourtant le moi n'est pas intégralement re-déterminé dans chaque situation.

« Il est aussi doté d'une réflexivité, que Goffman nomme le quant-à-soi, une idée, que nous nous faisons de nous-mêmes avant une situation donnée, née d'une série d'interactions antérieures. Le Moi se construit donc dans la mise à l'épreuve situationnelle de cette idée. » (Gardella, 2007, 21-42).

C'est dans les actes de communication que le "je" se donne à voir comme porteur d'une identité, d'une "face" disait Goffman (1974), qui demande une certaine "mise en scène de soi". Cette nécessité de garder la face passe par des rites d'interactions - tels que le savoir-vivre, le tact ou la diplomatie - décrits par Goffman comme conditions de possibilité de toute interaction en garantissant qu'aucun des interactants ne perdra la face. (Goffman, 1974).

Les dérogations à ce "jeu" de conformité réciproque entraînent des effets: mesures compensatrices ou réparatrices, tolérance ou approbation et/ou sanctions, allant jusqu'à l'exclusion du "déviant" (Goffman, 1972, 150). Satisfaire à des normes d'échange, même mineures, maintient les possibilités d'entrer en communication interactive. Mettre en question ces normes d'échange a un versant perçu positivement, par exemple l'humour (Carel, 2002, 77) et un versant perçu négativement provoquant de la gêne, de l'insatisfaction, et quelquefois du dégoût, qui aboutit généralement à la mise hors-jeu de "l'inconvenant" (Goffman, 1972, 151) dans les situations sociales les plus ordinaires.

L'"apparence" prend alors plusieurs formes allant de la présentation de soi sur la scène publique (maintien social et/ou vestimentaire), jusqu'à l'expression corporelle (aspect physique, gestes, mimiques), sans oublier les traits spécifiques des éléments du discours (vocabulaire, syntaxe, ton de la voix).

Les actes de langage mis en œuvre dans la communication particularisent le rapport de la personne à ce qu'elle énonce, selon les intentions qui sont les siennes et les types d'univers qu'elle choisit d'évoquer. Tout un chacun peut être qualifié selon l'expression de Fiske et Taylor (1991) de "Tacticien motivé" (Moscovici, 2006, 190). Ainsi selon les objectifs poursuivis, les convictions, les croyances, les certitudes, certains référents sont privilégiés par le sujet et mis en acte dans le langage et constituent le style de chacun, signant ce qu'on dit être sa personnalité. L'affirmation de soi suppose donc un processus réflexif sur ses expériences et son rapport à autrui.

La situation de communication expose l'individu aux regards d'autrui et on peut faire l'hypothèse que l'affirmation de soi est une forme d'anticipation des réactions d'autrui visant à protéger l'image de soi contre les risques d'atteinte à l'estime de soi et de son sentiment d'identité (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2001).

Laing (1972) nomme "actes d'attributions réciproques" le processus interprétatif mis en œuvre dans toute relation impliquant une inter-perception des acteurs. Sous la notion de "complémentarité", il décrit l'enjeu de toute relation qui implique une confrontation entre une définition de soi par l'autre et de l'autre par soi. Dans l'épreuve de "confirmation", Laing décrit les

actions mises en œuvre pour faire confirmer par autrui certaines caractéristiques que soi s'attribue, au risque de voir advenir son contraire dans le "rejet" ou le "déli" qui remettent en cause la personne dans la définition qu'elle souhaitait donner d'elle-même (Laing, 1972, 21).

"Se voir comme" induit une issue plus aléatoire des épreuves de confirmation de soi, qui sont fréquemment vécues comme des situations de discordance où ce que je suis pour moi ne correspond pas à ce que je suis pour autrui, mettant en danger le sentiment même de soi.

« Nous désirons être reconnus par les autres, parce que nous désirons que ce que nous sommes pour eux corresponde à ce que nous sommes pour nous-mêmes. » (Flahault, 2006, 260).

La présentation de soi prend ici la forme d'ostension de soi. La notion d'ostension définie par Sperber et Wilson comme étant la présence des *stimuli* ostensifs qui imposent une mobilisation de l'attention de l'interlocuteur qui s'attend "naturellement" à ce que ce qu'on veut lui communiquer vaille la peine qu'il laisse ainsi attirer son attention sur un objet qu'il n'aurait pas nécessairement choisi (Sperber, Wilson, 1989). C'est une notion qui se prête à généralisation pour aborder les mises en scène de soi des acteurs dans leur présentation à autrui.

Ainsi, nous définissons l'ostension comme une modalité de présentation de soi, à la fois comme une affirmation de soi dans des discours et des énoncés et comme une mise en scène de soi à travers des postures, des gestes et des actes.

2.4.2.2 Les stratégies de présentation de soi

L'image que le sujet se fait de lui-même est dépendante de la représentation qu'autrui se fait de lui.

« L'image de soi par soi et pour soi est donc dans les interactions, notamment verbales, 'menacée' par des élaborations cognitives et discursives d'autrui sur soi et qui peuvent avoir pour enjeu la détermination des positions sociales. » (Barbier, Galatanu, 1998, 58).

Aussi pouvons-nous parler, en nous référant à Barbier, de co-construction sous-tendant des stratégies de proposition d'une image de soi, notamment dans les situations spécifiques de présentation de soi.

Les stratégies d'ostension de soi que nous avons repérées, sont des formes d'affirmation identitaire développées par les personnes étiquetées lorsqu'elles parlent d'elles et de leurs expériences, dans l'espoir de rendre possible auprès d'autrui une reconnaissance de soi, tout au moins, pour donner à autrui une image de soi plus valorisée.

« Les stratégies identitaires sont donc des constructions représentationnelles et discursives relatives à ce qu'un sujet souhaite pour lui-même. » (Barbier, Bourgeois, De Villiers, Kaddouri, 2006, 50).

La communication s'effectue dans le cadre de rapports sociaux préalables. Aussi, dans la mesure où la construction et l'affirmation des sujets se fait largement dans l'ordre du discours, les négociations de place dans le discours fonctionnent également comme des négociations de places sociales. À travers la communication, chacun vise une certaine place et assigne aux autres interlocuteurs « une place corrélative qui complète, renforce et justifie la sienne » (Marc, Picard, 2000, 33).

Chacun perçoit et évalue qui est qui, la relation et la zone de pouvoir qu'il négocie en situation (Crozier, Friedberg, 1977) à partir du point de vue qui est le sien.

Le rapport de place devient source de tensions, créant malaise ou souffrance, lorsque qu'il ne permet plus de conserver à ses propres yeux et de défendre aux yeux des autres une image valorisée de soi.

Les référents théoriques que nous avons exposés dans ce chapitre éclairent ainsi la manière de se présenter en réaction à ce qu'on a perçu d'un processus d'étiquetage dans son expérience, d'une part, et, à l'étiquette qu'on perçoit être la sienne, cristallisée dans les figures sociales véhiculées dans la société par les stéréotypes, d'autre part.

CHAPITRE III PARLER DE SOI

MATÉRIAU ET DÉMARCHE DE RECHERCHE

3.1 PARLER DE SOI EN SITUATION DE COMMUNICATION PUBLIQUE

Une présentation générale des éléments de la situation et un repérage du cadre de production de cette vidéo sont nécessaires pour comprendre la nature du matériau et sa validité pour rendre compte des mises en scène de soi dans un objectif de communication publique. Le contexte de production des énoncés qui vont être analysés détermine en partie les choix discursifs fait par les locuteurs, notamment les thèmes. Mais, dans l'interaction, il s'agit bien des représentations que les interlocuteurs ont du contexte que chacun interprète à sa manière. Définie d'entrée, la situation est sans cesse redéfinie par l'ensemble des événements conversationnels.

« Le discours est une activité tout à la fois conditionnée (par le contexte) et transformative (de ce même contexte). » (Kerbrat-Orecchioni, 1996, 22).

Pour décrire et analyser de façon adéquate ce qui se passe dans l'interaction, en particulier lorsqu'il s'agit de comprendre l'implicite d'un discours ou d'inférer des intentions à partir d'énoncés, il est indispensable de disposer d'informations pertinentes sur cette situation, certains éléments étant, directement ou indirectement, accessibles dans les énoncés eux-mêmes sous formes d'indices de "contextualisation" (Gumperz, 1989). Nous avons enrichi notre compréhension du contexte en collectant des informations auprès des participants-réalisateurs de cette vidéo, notamment sur l'itinéraire des interactants, leur engagement associatif, ainsi que sur le projet et sa mise en œuvre.

3. 1. 1 Objectifs et contexte de la production

Cet enregistrement a été réalisé dans le cadre d'un atelier vidéo d'une association Moderniser Sans Exclure à Caen, dont l'objectif est de transformer les pratiques professionnelles du champ médico-social afin de prendre en compte le point de vue des personnes prises en charge pour mieux les accompagner vers l'autonomie.

Pour l'association Moderniser Sans Exclure, le projet est pédagogique puisque chaque participant, professionnel ou patient, devrait apprendre l'un de l'autre afin d'améliorer leur mode d'interaction.

Pour les personnes impliquées dans cet atelier vidéo, il s'agit plutôt d'une entreprise visant à la formation et destinée principalement à ceux qui sont ou se destinent à la profession de soignants. Ces professionnels confirmés ou ces élèves (infirmier(e)s, éducateur(rice)s, médecins) sont invités à prendre connaissance du point de vue des usagers, patients et ex-patients des services de psychiatrie¹. L'association Moderniser Sans Exclure se propose de filmer les réactions de ces soignants après la projection de cette cassette pour qu'un retour puisse être fait aux usagers réalisateurs. Le projet est en cours, mais à ce jour seule la première phase est réalisée et, en attendant qu'une deuxième prise de vue livre la réaction des dits soignants, la cassette circule déjà dans plusieurs colloques. Elle est jugée tout à fait favorablement par les membres des associations d'usagers qui disent se reconnaître dans les propos tenus.

L'enjeu de la communication est constamment prégnant, d'une part, dans la façon de fixer l'objectif de la caméra, ils s'adressent à un interlocuteur absent mais présent, d'autre part dans les thèmes abordés et le contenu des propos que nous avons analysés. Il y a une volonté d'expliquer et d'être compris. L'un des "acteurs", Marc, apparaît, à la première écoute, particulièrement investi dans ce rôle puisqu'il adopte un ton idoine, docte et posé, ignorant les

¹ A propos de ces désignations : avec la modification des conceptions de l'offre de santé dans nos sociétés libérales, cet acteur, le patient de la psychiatrie, est invité à devenir "usager de la psychiatrie" et de "la santé mentale" décloisonnant les systèmes historiquement cristallisés en deux entités séparées, le sanitaire et le social cf. Marcel Jaeger, *L'articulation du sanitaire et du social*, Dunod, Paris, 2000. Ces dénominations font partie du vocabulaire des acteurs de ce champ de pratiques.

remarques faites par les autres intervenants pour ne pas perdre le fil d'un propos qu'on sent, pour lui, construit.

L'autre enjeu important, qu'on pourrait qualifier de représentation, est à la fois celui d'une présentation de soi individuelle, donnant à voir sa propre personne, et celui d'une présentation collective, mettant en scène un groupe d'appartenance fortement stigmatisé. Trois des quatre personnes sont concernées directement par la psychiatrie en tant que patients de la psychiatrie et leur parcours institutionnel et personnel est semblable à celui que connaissent la majorité des personnes dites "malades mentales". Elles appartiennent à une association d'usagers¹ signalée dans l'enregistrement. Elles se sentent responsables de l'image qu'elles vont transmettre et se sentent investies d'une "mission" de valorisation des membres de ce groupe d'appartenance, puisqu'elles sont membres actifs, administrateurs de cette association dont l'un des objectifs est la défense des droits de cette catégorie d'usagers. Le quatrième, Julien, est en position d'allié, puisque salarié au service de cette association d'usagers.

3. 1. 2 Acteurs

Le caméraman, animateur de l'association Moderniser Sans Exclure est lui-même de formation animateur de quartier. Il n'a pas de connaissance, ni d'expérience dans le milieu socio-professionnel de la psychiatrie et se réclame d'un regard distancié. Il est sollicité par le regard des acteurs de la scène car il personnifie le public à qui ces acteurs s'adressent de façon quasi-constante. Il n'intervient qu'à la fin de l'enregistrement (où l'on entend sa voix) dans un moment de déconcentration, annonçant la fin des échanges et en faisant un commentaire, se mêlant aux rires ambiants.

Julien est animateur à l'Espace Convivial et Citoyen situé à Caen², lieu non médicalisé, où les membres de l'association AUSER à Caen et diverses personnes ayant un problème psychologique essaient de développer, par

1 AUSER : Association des usagers solidaires et réagissant située à CAEN

2 Association Advocacy-France, association d'usagers en santé mentale, a développé ces lieux autogérés dans diverses régions de France, www.advocacyfrance.com

l'entraide, une vie autonome. Julien est salarié depuis plus d'un an au moment du tournage.

Marc, Caroline et Thierry sont membres de l'association AUSER. Ils ont occupé ou occupent des responsabilités dans le bureau de cette association. Caroline est présidente lors du tournage et Marc lui succédera dans ce poste. Thierry a été secrétaire, puis trésorier. Marc au moment du tournage est le dernier arrivé, le plus ancien membre étant Thierry. Ils sont tous les trois suivis par un service de psychiatrie. Marc est suivi par un psychiatre, de façon ambulatoire¹, au centre médico-psychologique (CMP) ; Caroline, outre ce même suivi ambulatoire, suit une psychothérapie, elle participe à des ateliers d'art psychothérapeutique ; Thierry est suivi par une équipe infirmière dans un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) quelques jours par semaine et il est sous curatelle. Tous les trois participent de façon très active à l'animation de l'Espace Convivial et Citoyen de Caen. Tous les trois ont été, à un moment ou un autre, pour une période plus ou moins longue, hospitalisés contre leur gré (Hospitalisation d'Office ou à la demande d'un tiers) et aujourd'hui, ils acceptent un suivi médical. Ils sont considérés comme stabilisés.

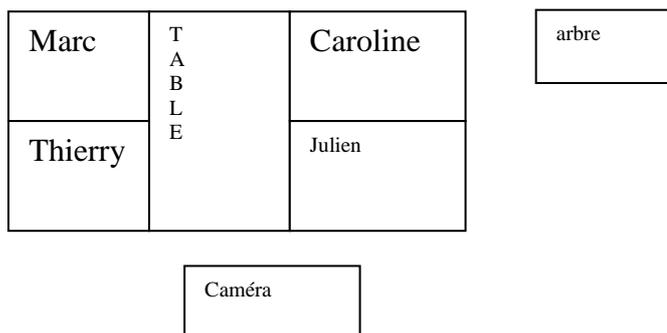
Par la diversité de leur personnalité, de leur parcours de vie et de leur suivi, ils partagent l'expérience des personnes prises en charge en psychiatrie.

3. 1. 3 Réalisation du tournage

La vidéo, ici, est un outil au service d'un objectif de communication, aussi les manipulations techniques sont-elles réduites le plus possible, en faisant le choix de préparer en amont les acteurs à cet exercice, puis de filmer en continu sur un seul après-midi.

Les quatre acteurs sont assis de chaque côté d'une table en bois munie de bancs, table destinée au pique-nique puisque la scène se déroule dans un parc.

¹ Le suivi ambulatoire, pratiqué hors de l'hôpital, consiste à se rendre au centre médico-psychologique de son secteur pour rencontrer régulièrement un psychiatre et prendre un traitement médicamenteux.



La caméra dont les mouvements sont limités se focalise sur les visages, les mains et le haut du corps, ainsi que sur les propos tenus. Le film est donc composé de plans pour la plupart fixes.

Sur chaque plan filmé apparaît la personne qui parle et la personne qui est assise à ses côtés. La personne assise en vis-à-vis n'est pas filmée, on entend sa voix si elle intervient. La caméra se déplace lentement sur celui qui parle. Au moment des interactions, la caméra capte ensemble les quatre acteurs, puis les deux personnes en interaction qui sont assises l'une en face de l'autre. Un seul gros plan (Caroline) est proposé soulignant l'intensité des propos tenus et l'intensité affective de cette séquence. Une seule coupure est marquée par un effet technique, intervenant à l'intérieur de la séquence la plus longue (séquence intitulée : "quid des médicaments !") ; les autres coupures sont simplement repérables par la non-continuité des images qui se succèdent.

La préparation a consisté dans un premier temps à établir la confiance entre l'animateur de l'association Moderniser Sans Exclure et les acteurs de la vidéo, à valider l'intérêt du projet, et enfin dans ses aspects plus techniques, pour chaque acteur, à apprivoiser son image et sa voix sur le support vidéo. Dans un deuxième temps, il a été nécessaire de clarifier l'objectif pour savoir ce qu'il était possible et souhaitable de dire au public visé. La prise de vue ne s'est réalisée que lorsque l'animateur et les acteurs se sont sentis prêts à se mettre en scène avec un tournage d'une seule. Les acteurs ont participé au montage, ce qui a donné lieu à d'âpres discussions, au dire de l'animateur de Moderniser Sans Exclure dont nous avons recueilli les impressions. Les coupes effectuées représentent environ quinze minutes de film. Sans doute, ce travail de montage, la sélection opérée dans les séquences auraient fourni un

matériau intéressant pour la chercheuse, mais les usagers réalisateurs ne l'ont pas souhaité. Une fois le montage réalisé, la cassette a été visionnée à nouveau par les acteurs qui ont approuvé le travail réalisé.

Le tournage s'est donc déroulé en continu, en extérieur, dans un parc de la ville de Caen. Ces conditions de tournage affectent peu le déroulement de la prise de vues, bien qu'on puisse voir quelques signes de fatigue et les effets du froid sur les quatre acteurs. La dernière séquence, qui fait place à l'humour, peut se comprendre comme une nécessité de se relâcher pour les personnes qui sont restées concentrées sur des propos difficiles, assises durant plusieurs heures, et commençant à avoir froid.

Aucun des acteurs n'est en responsabilité de conduire les débats, la décision ayant été prise de gérer collectivement les échanges. Nous verrons dans les faits ce qu'il en est de cette prise de parole et le contrôle des débats pour chacun des intervenants.

3. 1. 4 Montage

Le découpage en 7 séquences et le choix du titre de chacune de ses séquences a été fait par l'animateur de l'association Moderniser Sans Exclure, sauf un titre (séquence 6) qui est la reprise directe d'une des phrases prononcées, par un des acteurs, dans la séquence enregistrée. Le temps de chaque séquence varie. La plus longue, la séquence 3, qui s'intitule "Quid des médicaments !", est aussi celle où se déroule une longue discussion entre les acteurs à propos de l'incurabilité de la maladie mentale où ils semblent oublier, de façon très momentanée, la caméra. On constate que les interventions donnent lieu à peu d'interruptions et de débats et ceux-ci ne durent que quelques minutes.

Le titre général de cet enregistrement est "De l'hospitalisation à l'hospitalité". Il a été choisi après coup, au montage, par l'animateur de l'association Moderniser Sans Exclure.

Présentation schématique des éléments de la situation de communication¹ concrète qui constitue le contexte dans lequel les énoncés, objet de l'analyse, sont actualisés:

1. Le site (setting) : cadre spatio-temporel

- Lieu ouvert et public - dans un parc au centre de Caen - non institutionnel, peu de contraintes du cadre hors les aspects peu confortables (table et bancs, froid).
- Disposition des participants (face à face et côte à côte).
- Proches (peu de distance entre les participants).
- Le cadre temporel (un après-midi, filmé en continu).

2. Le but (purpose)

- But extérieur préexistant à visée d'influence des représentations.
- Buts ponctuels : du groupe "patients/usagers", de chacun des participants.
- Le contrat de réalisation.

3. Les participants (actants)

- Nombre et qualité statuts : 3 usagers/patients et un professionnel se positionnant en facilitateur.
- Caractéristiques (sexe, âge, expériences, interprétations de rôle dans l'échange).
- Relations mutuelles (appartenance à un même milieu de prise en charge institutionnelle).
- Histoire conversationnelle (rencontres antérieures).
- Connaissances partagées (expériences et projets communs).

3. 2 L'OBJET : LES DIRES DE SOI EN SITUATION D'ÉTIQUETAGE

De la même façon que l'action sur le monde physique implique des actes de nomination, dans le monde des interactions sociales, les sujets procèdent à une identification et à une catégorisation reposant sur leur expérience cognitive et sociale préalable. L'étiquetage fonctionne comme une grille d'interprétation des rapports entre sujets dans les situations, catégorisation

¹ Modèle proposé par P. Brown et C. Fraser (1979), par I. Vinatier, La figure du « Praticien réflexif » dans des entretiens de conseil ; analyse de la dynamique interactionnelle entre conseillers et enseignants en formation et/ou débutants, Journée d'étude, 9 mars 2006, *Usages sociaux de la notion de « Compétences » : quels savoirs ? Quels individus ?*, CNAM- MRPP, Paris ; voir aussi C. Kerbrat-Orecchioni, 1996.

d'autrui cohérente avec la place et le rôle que le sujet qui étiquette se donne lui-même et la manière dont il voit sa propre action. Les pratiques d'étiquetage sont particulièrement visibles dans ce qu'il est convenu d'appeler les institutions. Les institutions ont, en effet, pour caractéristique de constituer les outils par lesquelles une société agit sur elle-même, ou sur une partie de ses membres. On les voit particulièrement en œuvre par exemple dans l'enseignement, l'action sociale, l'action publique autour de l'emploi, bref d'une manière générale dans les fonctions sociales de l'État et des collectivités, donnant lieu à autant de métiers d' "intervention sur autrui"¹.

Ce qui nous intéresse dans ce travail est la manière dont cette assignation sociale est reçue, perçue, par les publics concernés eux-mêmes et les stratégies qu'ils peuvent développer à cet égard. Particulièrement centrés dans le champ de la psychiatrie, nous pouvons penser raisonnablement que les processus analysés dans ce champ concernent l'ensemble des personnes étiquetées. Nous avons été amenés à constater que, d'une part, dans un certain nombre de cas, la perception de cet étiquetage pouvait entraîner une forme de souffrance sociale, exprimée par les intéressés eux-mêmes ; et que, d'autre part, dans les interactions au quotidien, comme avec les représentants de l'action publique, ils pouvaient être amenés à déployer des comportements d'affirmation identitaire individuelle et collective.

Dans ces cas précis, nous pouvons qualifier ces comportements d'"ostension de soi", que nous avons défini à la fois comme une affirmation de soi dans des discours et des énoncés et comme une mise en scène de soi à travers des postures, des gestes et des actes ².

Enfin, dans les présentations de soi visant à transformer les représentations d'autrui, en lien avec notre objet de recherche, il y a aussi à prendre en compte au moins deux enjeux pour les sujets étiquetés. Le premier est un enjeu de présentation de soi, les images et les représentations publiques de soi données à autrui. Il s'agit pour les acteurs de leur propre affirmation identitaire publique (ostension), en vue d'influencer, voire de changer les représentations du destinataire. Le deuxième est un enjeu de représentation d'un collectif, que nous appelons groupe d'appartenance. Il n'est pas à

1 Voir chapitre I.

2 Voir chapitre II.

négliger à l'intérieur de ce collectif de personnes étiquetées des enjeux de place à négocier pour être reconnu par ses pairs au sein du groupe.

3. 3 HYPOTHESES : LIENS ENTRE ETIQUETAGE, VECU DE L'ETIQUETAGE ET PRESENTATION DE SOI

Nous disposons d'un matériau de recherche se présentant sous forme de débat dont l'objectif vise explicitement la transformation des représentations d'un public de personnes concernées, les professionnels du champ sanitaire et social, et d'un public plus large, les personnes non directement concernées, membres de la société au sens large. S'y montre précisément, et intentionnellement, un désir d'affirmation identitaire, reposant pour partie sur la perception d'un étiquetage social. Ce matériau nous a semblé très riche pour examiner la manière dont des patients perçoivent comment ils sont perçus, et la variété des stratégies qu'ils peuvent développer à cet égard, compte tenu de leur histoire individuelle, sociale et de leur histoire de patients.

La fonction d'étiquetage est, en somme, une manière de réguler les contacts entre groupes. Nous avons déjà vu que les acteurs sociaux ne la remettent pas en cause : il ne s'agit donc pas de diaboliser la fonction, mais de la comprendre au regard des enjeux de négociation de place dans des rapports sociaux. À partir du constat que les personnes étiquetantes et les personnes étiquetées partagent une culture et des repères communs, nous pouvons faire une première hypothèse, assez générale, sur le fait qu'ils "rejouent" dans les situations d'interaction ces enjeux de place. Comme nous l'avons vu, c'est en considérant que les catégories auraient pour fondement des entités "naturelles", les étiquettes deviennent pour les sujets des attributs de leur identité. Quelles places, quels rôles sont-ils dévolus aux sujets dans ce processus d'étiquetage ? Comment endossent-ils leur étiquette ? Si la manière dont on se voit est tributaire de la manière dont on est vu, ou plus précisément, de la manière dont on croit être vu, cette représentation de soi affleure-t-elle dans la situation de communication dans les façons choisies par l'acteur pour maintenir ce qu'il pense être une "bonne" image de soi dans

des enjeux de place et de reconnaissance, tant vis-à-vis des pairs, que des soignants et du grand public ?

Chaque fois qu'il s'agit de parler de soi, de se présenter comme sujets, les personnes étiquetées ne règlent-elles pas des comptes avec cette perception d'elles passée pour convaincre et se convaincre de ce qu'elles sont au présent ? N'existe-t-il pas une réactivation de l'étiquetage perçu lorsque la personne se présente, exprime un dire de soi, dans la manière même de construire ces mises en scène de soi ?

L'étiquetage, donnant lieu à une assignation, serait aussi des situations vécues et perçues comme "étiquetantes". Il se constituerait une expérience de l'étiquetage. Cette expérience influencerait les catégories mentales mobilisées pour interpréter de nouvelles situations mettant en jeu l'image qu'on a de soi. La situation de présentation de soi dans la communication est-elle une situation de réactivation dans le présent de l'interaction de ce qui a été vécu comme un étiquetage ? De fait, l'interprétation de cette situation de communication ne s'effectue-t-elle pas, elle-même, en fonction de cette expérience et des cadres de pensée élaborés dans cette expérience ?

La dimension d'habilitation réciproque des places de chacun des acteurs d'une société, nous permet de penser que, peut-être, les situations d'interaction, des plus banales et quotidiennes à celles qui mettent en confrontation la personne et les institutions au sens large, sont des moments où se joue une "crédibilité" identitaire, d'où les engagements dans des stratégies d'ostension de soi.

Ces stratégies tiennent compte des hypothèses faites sur l'environnement cognitif des destinataires, qui peuvent être vu comme des acteurs de l'étiquetage. Il existerait alors un rapport étroit entre le construit des arguments destinés à autrui, ce qu'on choisit de mettre en œuvre pour le convaincre et l'influencer, et l'étiquetage tel qu'il a été perçu et vécu. L'ostension de soi serait elle-même à mettre en lien avec l'expérience d'étiquetage.

Les "dires de soi", qui sont des dires sur soi, ne sont-elles pas des mises en scène de soi pour soi et pour autrui ? Quand on argumente pour autrui, n'argumente-t-on pas aussi pour soi, pour se convaincre, se rassurer, s'estimer, exister ? Le sens construit pour soi et les significations adressées à

autrui dans la communication sont-ils liés à des représentations de soi solidaires et co-occurentes ?

À l'occasion de la situation de communication, des interactions entre pairs montrent une activité collective de contrôle d'une figure sociale du malade mental, qui soit compatible à la fois avec l'image de soi de chacun des acteurs et l'image du rôle qu'ils veulent tenir comme représentants de ce groupe d'appartenance.

Nous nous intéresserons donc dans l'acte de communication, ici une communication publique, à la perception qu'ils ont des images sociales qui leur sont relatives (les stéréotypes), ainsi qu'aux discours et nouvelles significations qu'ils proposent pour influencer les représentations des destinataires, et enfin, aux liens qu'entretiennent ces perceptions et ces énoncés avec leur expérience, passée et présente et leur vécu des situations sociales et des situations de soin.

3.4 CHOIX DES OUTILS METHODOLOGIQUES

L'analyse des discours et de l'énonciation rend compte de ce qui nouent énoncés et contexte socio-historique de leur production à travers un dispositif d'énonciation spécifique. Cette production d'énoncés relève à la fois du verbal et du dispositif de la situation de communication.

« Penser les lieux indépendamment des paroles qu'ils autorisent, ou penser les paroles indépendamment des lieux dont elles sont partie prenante ce serait rester en deçà des exigences qui fondent l'analyse du discours. » (Maingueneau, 2005).

Le type d'échange constituant nos données peut-être considéré comme mêlant à la fois une forme particulière de conversation (Kerbrat-Orecchioni, 2001, 111), celle qui se déroule entre pairs (contemporains de la discussion en cours) et un discours adressé à un auditeur extérieur par chacun des acteurs.

L'analyse exhaustive de toutes les composantes des communications (tant verbales que non verbales) directement accessibles et explicites dans le

discours des acteurs (discours manifeste), a été menée en se référant aux apports de la sémantique argumentative (Galatanu in Barbier, 2000, 25) et interprétative (Rastier, 2004) et, précisément, ceux de Kerbrat-Orecchioni, pour l'étude des échanges dans l'interaction.

Si on s'intéresse à l'aspect de la conversation, on peut repérer des processus d'ajustement mutuel (Wintin, 1981 in Kerbrat-Orecchioni, 2001, 160-190) tendant à instaurer une forme d'harmonie qui se définit par l'adoption d'un comportement synchrone marquant des formes d'estime entre les partenaires. Ces marqueurs d'ajustement mutuel ou "signes phatiques", dont use le parleur pour s'assurer de l'écoute de son destinataire, montrent aussi que les différents partenaires s'engagent dans l'échange et se reconnaissent comme interlocuteurs valables. Ces marqueurs se trouvent présents dans les échanges sous deux formes : la reformulation coopérative qui implique une négociation entre les participants et/ou celles qui se font au bénéfice du parleur et les régulateurs de l'échange (signaux d'écoute, de renforcement), réparateurs qui visent à restaurer le bon fonctionnement de l'échange ; notamment pour retenir de l'attention.

Nous avons aussi cherché à mieux comprendre le lien de corrélation réciproque entre les gestes, les expressions, et les paroles.

« [...] Les mains jouent un rôle primordial dans la transcription du sens, l'ensemble des attitudes et mouvements - expression du visage, posture du corps » (Pasquinelli, 2006, 6).

Pour cela, les travaux des auteurs de l'école de Palo Alto (Bateson, 1981), partageant un même modèle de la communication interpersonnelle, ont semblé pertinents. Enfin, en complément de l'analyse des énoncés discursifs, nous nous sommes inspirés des études sur les gestes du dialogue (Cosnier, 1989) qui permettent de construire des indicateurs précieux pour décoder les images qui forment une grande part des données de notre matériau de recherche. Ainsi les gestes ont été pris en compte selon plusieurs de leurs fonctions. Les gestes déictiques qui désignent, les gestes illustratifs relatifs à l'espace (spatio-graphiques), ceux relatifs au mouvement (kiné-mimiques), les gestes emblématiques qui redoublent la parole, les gestes relatifs aux émotions

(expressifs), ceux qui régulent la conversation et maintiennent l'attention (régulateurs phatiques) et, enfin, les gestes qui sont du registre personnel du locuteur (extra-communicationnels).

« Les gestes sont des démonstratifs qui durent souvent plus longtemps que les propositions qui les accompagnent. » (Birdwhistell, Bateson et al 1981, 169).

Nous postulons une interdépendance entre structures linguistiques et kinésiques.

« Lorsqu'un canal offre une distinction qui n'est pas faite dans l'autre l'intégration des deux canaux offre une signification 'réelle', prend une signification particulière » (Birdwhistell, Bateson et al 1981, 184).

Les gestes et postures physiques sont à considérer sous l'angle de leur multifonctionnalité. Une importante dimension relevant de l'idiosyncrasie est présente à laquelle se superposent des modalisations culturelles. La plupart des chercheurs contemporains ont été amenés à proposer des classifications de types fonctionnels, c'est-à-dire basées sur le rapport du geste avec les énoncés verbaux concomitants et sur la valeur pragmatique qui en résulte (Cosnier, 1996).

Il nous a semblé tout aussi nécessaire de mettre à jour les manières de penser des locuteurs par une analyse structurale des énoncés et pour cela nous sommes librement inspirés des travaux de Piret, Nizet et Bourgeois (1996). Contrairement à l'analyse du contenu manifeste, il s'agit d'une analyse de second degré qui fait apparaître un sens implicite, non accessible sans un travail méthodologique, pour en dégager une structure sémantique qui lie les éléments d'un discours. Le postulat est que les éléments d'un discours ne prennent sens que dans et par leurs interrelations, les relations qu'ils entretiennent ensemble.

« Cette technique repose sur un postulat de binarité selon lequel tout discours peut être reconstruit au moyen d'une boîte à outils dont l'instrument minimal est une relation entre deux termes. Cette relation fondamentale porte le nom de relation de disjonction » (Piret, Nizet, Bourgeois, 1996, 15).

Nous avons utilisé cette méthode comme une stimulation heuristique (Piret, Nizet, Bourgeois, 1996, 89). Cette exploration a été particulièrement féconde pour mettre en lien la configuration du discours et la configuration explicite

ou latente des stratégies d'affirmation identitaire construites par les locuteurs.

Enfin, pour comprendre ce qu'est une situation de communication et aborder les stratégies déployées par les acteurs au cours de cette situation de communication, nous nous sommes référés aux travaux de l'école de Palo Alto et à une approche de type interactionniste en psychologie (Bateson, 1981), notamment le lien entre le contenu des énoncés et leurs adresses, et à ceux de Sperber et Wilson : modèle inférentiel de la communication, intentionnalité des locuteurs, environnements cognitifs et hypothèses mutuellement manifestes (Sperber, Wilson, 1989).

Un énoncé a des propriétés extra linguistique liées au contexte, c'est-à-dire : le moment/le lieu de l'énonciation, l'identité et l'intention du locuteur. D'une part, un contexte est une construction psychologique, un sous-ensemble des hypothèses de l'auditeur sur le monde (non l'état réel du monde).

« Ainsi défini, un contexte ne contient pas seulement de l'information sur l'environnement physique immédiat ou sur les énoncés précédents : des prévisions, des hypothèses scientifiques, des croyances religieuses, des souvenirs, des préjugés culturels, des suppositions sur l'état mental du locuteur sont susceptibles de jouer un rôle dans l'interprétation. » (Sperber, Wilson, 1989, 31).

D'autre part,

« L'interaction humaine est en grande partie déterminée par la conceptualisation du comportement en termes d'intentions plutôt que de propriétés physiques [...] la communication met en jeu la manifestation et la reconnaissance d'intentions [et] d'un point de vue psychologique, une intention est une représentation mentale susceptible de se réaliser sous forme d'action. » (Sperber, Wilson, 1989, 42 et 53).

Ces approches ont été privilégiées pour rendre compte des présentations de soi des acteurs.

3. 4. 1 Traitement du matériau

Le travail de Kerbrat-Orecchioni porte essentiellement sur l'interaction et sur une forme particulière de l'échange : la conversation (Kerbrat-Orecchioni, 2001, 111). Si la situation de communication constituant notre matériau est

bien une situation d'interaction où les différents participants exercent les uns sur les autres un réseau d'influences mutuelles, l'échange conversationnel, proprement dit, ne constitue qu'une partie de nos données. L'essentiel de la situation est une adresse publique à un destinataire non présent. À côté des quatre participants de cet échange, ceux qui font officiellement partie du groupe conversationnel, ainsi qu'en témoigne l'arrangement physique de ce groupe - leur possibilité de s'entre-influencer par un contact visuel, de s'exprimer par un comportement non verbal - la caméra (et le cameraman) peut être vue comme un récepteur en surplus. Les interactants sont conscients de sa présence et l'interpellent comme un destinataire direct. Nous relèverons les indices d'allocation, de nature verbale ou non verbale, permettant d'accréditer cette hypothèse. Kerbrat-Orecchioni parle ainsi de "trope communicationnel" pour décrire le fait qu'un allocutaire puisse en cacher un autre : il arrive que l'allocutaire visé ne soit pas celui qui semble l'être "naturellement". Ici, les participants qui se parlent entre eux ont explicitement comme but d'influencer des auditeurs (Kerbrat-Orecchioni, 1996).

Toute communication est constituée par des actes de langage ayant une architecture formée d'unités emboîtées les unes dans les autres selon certaines règles d'organisation. La présence de constantes nous incite à effectuer, dans notre matériau, un découpage permettant de faire l'inventaire de tous les types d'interventions; ensuite de rechercher dans ces unités la logique interne des paroles de chaque locuteur, et enfin, la logique des échanges entre les intervenants successifs.

Dans un premier temps, chaque séquence a été déconstruite/reconstruite pour faire apparaître les éléments discursifs, interactifs, sonores et gestuels, selon le schéma suivant :

Titre de la séquence et numérotation du plan.

Identification des acteurs et de leur place respective : dans l'exemple suivant Marc et Thierry dans le même plan, Thierry au premier plan, présenté dans l'encadré.

Description des attitudes des actants et types d'adresse : regards à la caméra, regards échangés entre interlocuteurs ou regards "en l'air".

Dans un cadre correspondant le contenu des propos échangés.

Enfin, les flèches symbolisent le ton général de l'énonciation. (Voix égale, →
voix montante ↗ ou descendante ↘) indiquant les tonalités des échanges.

Nous avons une transcription de ce type¹ :

Séquence : 2 l'association AUSER	L'Association AUSER	
Plan 1	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">M</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">T</div>	M : Permet de retrouver des initiatives de reprendre goût, de retrouver des envies ce que n'ont
Marc ton posé, calme regarde en l'air (suit son idée dans sa tête). Mains	plus les gens qui sont dépressifs	→
croisées, puis fixe caméra	J : d'établir de l'entraide aussi pour certains	→
T fume	M : et de retrouver du plaisir à vivre	↗
Voix de julien, M continue en regardant J	...et de l'entraide etc.	→

Dans un deuxième temps, nous avons choisi de réorganiser les séquences selon la logique de la recherche, c'est-à-dire, en fonction d'unités signifiantes par rapport à l'objet. Il ne s'agit plus de celle qui a été choisie par les acteurs/réalisateurs de la vidéo.

3. 4. 2. Construction d'indicateurs de perception de l'étiquetage

Les approches de la sémantique argumentative et interprétative nous ont permis de faire une hypothèse de travail concernant la présence d'attributions de valeurs dans les processus d'affirmation identitaire. L'affirmation identitaire pourrait se comprendre comme une assertion de soi alternative, voire opposée à une définition de soi "perçu" et qui rivalise dans le même univers culturel que l'étiquetage "perçu". Le déplacement des valeurs et de la norme dans une contre-évaluation serait à l'œuvre selon le principe que pour dévaluer un jugement de valeur, il est nécessaire de s'appuyer sur un autre système de valeurs. C'est ainsi que nous avons recherché des traces, des

¹ voir Annexe 1

marques d'une perception de cet étiquetage négatif dans les aspects interactifs de l'image qu'ils vont donner d'eux à autrui.

D'une part, nous avons cherché les indices de la perception de ce qu'ils pensent qu'autrui à d'eux à partir, de ce que chaque acteur donne à voir de lui-même, à partir de l'image qu'ils se font des destinataires potentiels, des membres de leurs groupes d'appartenance (les malades, les "handicapés"), et enfin, les représentations qu'ils se font de la maladie.

D'autre part, nous cherchons les traces d'affirmation de soi et d'ostension identitaires visant à influencer les représentations d'un autrui, perçues comme ayant construit une situation jugée non satisfaisante et dont les personnes espèrent la transformation.

Nous recherchons les effets de déconstruction de l'assignation prescrite à partir de l'expérience d'étiquetage dans l'adresse à un public, l'autre social, dans une adresse à soi-même, dans une adresse à ses pairs en interactions.

Devant la difficulté d'accès aux constructions de sens des sujets dans notre matériau, nous avons privilégié les approches rendant compte des processus propres à la constitution de l'identité sociale en situation de communication. Toutefois, nous pouvons inférer la présence de processus interne de représentation de soi construite par les sujets, à partir de l'expression de sentiments évaluatifs, de chacun des participants à l'interaction, émis sur eux-mêmes et sur leurs activités présentes ou futures. Nous nous référons alors, à une modélisation, le *self-digest*, élaborée par Higgins, pour rendre compte de possible processus d'équilibrage entre oppositions ou contradictions identitaires. Cet auteur fait l'hypothèse que le sujet a comme motivation principale, lors de tensions identitaires, de réduire l'écart entre les différentes images de soi qui lui fait problème et engendre une vulnérabilité émotionnelle, sous forme d'émotions négatives (Higgins, Tykocinski, 1992, 527-535). Les écarts perçus par le sujet entre ce qu'il perçoit comme son soi actuel et le soi idéalisé (par lui ou un autrui significatif) génèrent de la déception, de l'insatisfaction. Se développe, alors, un sentiment de honte avec la croyance de perdre l'estime ou l'amour de l'autre et d'échouer à

réaliser ses propres espoirs. Les écarts perçus par le sujet entre soi actuel et soi normatif, c'est-à-dire, ce qui est attendu habituellement, sera source de honte ou de culpabilité et associé à la peur d'être puni et/ou menacé. L'inquiétude se développe lorsque le sujet croit avoir ainsi transgressé une norme morale acceptée par lui, à laquelle est associé un sentiment d'indignité ou de faiblesse morale (Barbier, Bourgeois, De Villiers et Kaddouri, 2006, 79). Cette grille d'analyse, bien que ces distinctions, notamment entre soi normatif et soi idéal, ne soient pas toujours faciles à établir, comme le souligne Bourgeois (Barbier, Bourgeois, De Villiers et Kaddouri, 2006, 81), recouvre assez largement les jugements évaluatifs portés sur soi par les personnes. Ainsi, cette grille d'analyse peut permettre de caractériser les sentiments négatifs notamment dans les processus de réponses identitaires à l'étiquetage perçus par les personnes stigmatisées.

3. 4. 3 Construction des adresses

Cette partie de l'analyse est apparue comme un constat inattendu de la recherche. En effet, ce sont les éléments précédemment recueillis et analysés sur le discours tenu par les acteurs en situation de communication, qui ont permis de mettre en évidence que les affirmations de soi et les arguments développés par ces acteurs étaient en fait des discours "adressés". C'est en fonction de ce destinataire à qui ils s'adressaient qu'ils "choisissaient" leurs arguments. La deuxième découverte était aussi qu'une partie de cette argumentation pouvait contribuer à leurs propres "constructions de sens". En somme, qu'ils se parlaient aussi à eux-mêmes, et qu'ils construisaient du sens pour eux-mêmes, sur eux-mêmes, dans le même temps où ils cherchaient à se montrer à d'autres.

Ainsi en activité de communication et d'interaction avec leurs pairs, les constructions de sens que les acteurs opèrent dans cette activité ne sont pas en fait isolables des offres de significations faites par autrui dans ces situations d'interaction, ni des offres de signification qu'en contrepartie les sujets eux-mêmes font dans ces mêmes situations. Nous avons alors essayé de construire par inférence une typologie regroupant les caractéristiques dominantes de ces discours adressés. Un premier type d'adresse est mis à jour

en mettant en lien les éléments du discours qui visent à influencer les constructions de sens des destinataires, à partir des hypothèses sur les représentations de ces destinataires directement impliqués dans l'étiquetage (les personnes partageant les mêmes repères) et de ceux non impliqués (le grand public, les autres membres de la société) faites par la personne étiquetée, à partir de son expérience, passée et présente et de son vécu de la situation. Le deuxième type lie les énoncés du locuteur se parlant à lui-même et ses constructions de sens. Le troisième type relève de l'ajustement mutuel des acteurs en interaction. En effet, dans le matériau nous trouvons quatre types d'adresses : à un autrui généralisé (non impliqué dans le soin et la santé mentale) ; à un autrui concerné (identifié comme destinataires dans le projet de cette vidéo), au groupe d'appartenance (patients et usagers de la psychiatrie), et enfin à soi-même.

Ces adresses sont à mettre en lien avec les attitudes des acteurs (regards, ton, gestes, mimiques) lors de leur prise de parole et qui en fait échappent, pour partie, à l'intention officielle du discours. Nous les avons caractérisées en nous référant aux travaux réalisés autour de Bateson et al (Birdwhistell, 1981, 160-190) qui s'attachent à décrire l'acte de communication comme une série d'actes démonstratifs impliquant le corps, les objets, la coordination rythmique entre partenaires de l'échange, tout autant que le contenu linguistique ; ces actes démonstratifs constituent, dans le même temps, une communication sur la nature de l'interaction en cours de réalisation. Birdwhistell utilise le concept de méta-interaction en référence au concept de méta communication de Bateson (Birdwhistell, 1981, 160-190).

Sachant que le discours comprend des adresses assez souvent imbriquées, dans notre méthodologie de recherche, nous avons identifié des indicateurs présents dans le discours et le comportement des acteurs permettant de caractériser une série d'adresses dominantes.

« L'identification du ou des adressés renvoie, pour l'analyste comme pour les participants eux-mêmes, au problème des marqueurs de l'adressage. On a rarement affaire à des signaux explicites [...], mais le plus souvent à des indices subtils et graduels, comme le contenu d'un énoncé, [...] ou des indices vocaux ou kinésiques. » (Kerbrat-Orecchioni, in Siess, Valency, 2002, 22).

La direction du regard est un marqueur essentiel de l'adresse. Goffman définit l'allocutaire comme « celui vers qui le locuteur dirige son attention visuelle » (Kerbrat-Orecchioni, 1996, 18).

Nous avons donc retenu le regard pour construire nos typologies d'adresses : regards face caméra (adresse à autrui) ; regards dans le vague ou fixant un objet qui est alors souvent manipulé (adresses pour soi) ; échanges de regards dans l'interaction (adresses au membre du groupe d'appartenance).

Il s'agit bien sûr de caractériser une adresse "dominante", car l'énoncé n'en reste pas moins accessible, audible et visible, à l'ensemble des participants directement ou virtuellement, via la caméra, présent en situation d'interaction.

Nous avons regroupé sous la notion de dire à soi l'ensemble des énoncés destinés à soi, lorsque la personne semble se parler à elle-même, alors que les dire sur soi s'adressent directement à autrui. Ces deux types d'adresses sont des composantes des dire de soi, ce que nous appelons habituellement notre moi. Mis en perspective, le dire sur soi à soi et le dire sur soi à autrui, permettent de faire une inférence sur l'étiquetage perçu par les personnes étiquetées négativement, en partie objet de notre investigation, qui influence les situations interactives et de communication où sans cesse se jouent, se rejouent, les enjeux identitaires et les enjeux de place.

Cette communication se déroule dans un cadre contraint d'une part par l'intention de convaincre, avec objectif de transformation des représentations d'un public, d'autre part, par la nécessité ressentie par les acteurs de donner une image qu'ils jugent bonne d'eux-mêmes et de leur groupe d'appartenance. Ainsi elle permet de mettre à jour, pour chacun des acteurs, les attendus des représentations des destinataires et les hypothèses qu'ils se font de l'image que ces destinataires, proches (les soignants) ou lointain (le grand public) auraient d'eux-mêmes et du groupe. Nous avons alors accès à l'impact de ces hypothèses sur la manière de se présenter, aussi bien en actes (mimiques, ton, etc.), qu'en argumentation. Mais parce que la situation, bien qu' "organisée", est interactive, il ne s'agit pas pour eux d'un jeu de rôle pré-écrit, mais d'une façon spécifique d'endosser l'étiquette pour mener leurs propres buts, d'où la

nécessité à la fois de "s'ajuster" avec ses pairs et de "négocier" avec eux-mêmes. La présentation de soi se fait sous le regard des autres, mais les images données de soi échappent au contrôle de l'acteur. Ce qui est choisi par les acteurs comme signifiant (par exemple le choix des scènes gardées au montage) est révélateur aussi bien d'un "se voir comme", que d'un "se donner à voir comme", deux composantes des "dires de soi en situation d'étiquetage" objets de cette recherche.

CHAPITRE IV DIRES DE SOI, IMAGES DONNEES ET ADRESSES

ANALYSE DES MATÉRIAUX RECUEILLIS

Dans ce chapitre, il s'agit d'analyser les caractéristiques de cet enregistrement, de découper les séquences de communication pour mettre en évidence le contenu manifeste des énoncés présents et, à travers ce qui est dit, la manière de le mettre en scène, les images données par chacun des acteurs en situation de communication.

4. 1 CARACTERISTIQUES DES SEQUENCES ET DES ENONCIATIONS PAR DES ACTEURS

Nous parlerons d'"actes de communication" pour qualifier les énoncés et la manière de les mettre en scène. Sont ainsi pris en compte l'intonation de la voix, les attitudes dans leur contexte d'énonciation en relation avec les intentions des acteurs.

4. 1. 1 Le temps de parole des intervenants

La caractéristique principale de cet enregistrement est qu'il contient peu de temps de réels débats entre les protagonistes puisqu'ils représentent environ 2 à 3 minutes sur les 26 minutes de prise de parole. Cette caractéristique est à mettre en lien avec l'objectif de cet enregistrement qui vise à communiquer à un public extérieur le témoignage de personnes ayant l'expérience de la maladie mentale. Cela signifie qu'il y a des silences qui doivent être pris en compte non pas comme des espaces vides mais comme des révélateurs de la qualité d'écoute et/ou de manifestations non verbalisées qu'il faut prendre en compte.

C'est Marc qui parle le plus longtemps, plus de 55% de la totalité de l'enregistrement. Il parle de façon posée et presque professorale, mais sans manquer de rechercher des effets soit d'humour, soit, dit-il, de provocation. Il réclame la parole pour exprimer un point de vue différent. Il coupe la parole

aux autres, notamment à Thierry qui s'en plaint. Caroline et Julien parlent à peu près durant un temps égal. Caroline recherche plus souvent l'interaction en regardant les autres. Elle fixe moins la caméra et lorsqu'elle est très impliquée dans ses propos elle regarde dans le vague.

C'est Thierry qui parle le moins, il est plus fréquemment tourné vers les autres. Il les balaie du regard et s'adresse à la caméra, laissant passer par des mimiques ses réactions face aux propos, notamment ceux tenus par Marc, qu'il appelle d'ailleurs par son nom précédé de Monsieur, alors que les prénoms sont utilisés par tous. Il pose des questions, interpelle, interrompt et provoque le rire de la dernière séquence, rire, dont nous essaierons de comprendre la signification. Il faut savoir que Thierry est un passionné de vidéo. Il a déjà réalisé plusieurs interviews à l'Espace Convivial et Citoyen. Il participe activement à l'animation d'une émission, intitulée "Osez être fou", diffusée tous les quinze jours sur une radio locale. Il est plus à l'aise dans ce rôle d'intervieweur. C'est ce rôle qu'il tente de retrouver en posant des questions plus ou moins provocatrices. On peut penser qu'il ne trouve pas sa place dans cet exercice et dans le contrôle qu'exercent les autres, notamment Marc, et se plairait mieux dans un rôle d'interviewer, qu'il sait déjà exploiter pour se valoriser. Notre première impression, qui devra être confirmée ou infirmée par l'analyse, est que pour les autres acteurs, Thierry représente les aspects les moins contrôlables de la maladie. Ils se méfient de ses interventions et ont tendance à ne pas lui laisser la parole ou de négliger ses tentatives de prise de parole. L'image que lui renvoie le groupe peut le pousser à incarner le stéréotype du malade mental. Incidemment, l'animateur de Moderniser Sans Exclure nous explique que la revendication du permis de conduire, qu'il n'a jamais obtenu, est une revendication récurrente chez Thierry. Ce discours tenu lors du tournage (dernière séquence du film) est donc révélateur d'une position occupée par Thierry : le provocateur, accueilli généralement par le rire, laquelle lui donne une place finalement assez positive dans le groupe. Dans cette séquence du film, on perçoit toutefois pour lui un bref instant d'incertitude. C'est une situation inédite, avec un enjeu fort, il y a un risque que son intervention ne provoque pas la réaction habituelle, nous voyons les indices de cette incertitude et sa résolution.

Ci-dessous, est restitué le tableau récapitulatif du temps de parole de chaque intervenant par séquence.

Le temps de parole des intervenants par séquence (en minutes)

Séquences	Caroline	Julien	Marc	Thierry	Total
1 Présentation	1.09	2.26	2.26	0.49	6.1
2 L'assos auser	0	0,01	1, 05	0	1.06
3 Médicaments	2.58	0.46	8.09	0.59	12.02
4 Les soignants	0.39	0	1.42	0.01	2.22
5 Retravailler	0.31	0.26	1.73	0.03	2.33
6 Les fous	0.09	1.37	0.33	0	1.09
7 Pour rire	0	0.04	0.17	0.14	0.35
Total	4.46	4.4	15.05	1.26	25.17
Pourcentage	18.80	18.45	56.00	6.75	100

4. 1. 2 Le découpage séquentiel de la situation de communication et les marques de locution

La durée totale de l'enregistrement est d'environ 30 minutes, dont 5 minutes environ pour les plans fixes où s'inscrivent les titres. Comme nous l'avons signalé, les séquences sont d'inégales grandeurs. Nous les avons regroupées dans des unités signifiantes par rapport à l'objet. Il ne s'agit plus de celles choisies par les acteurs/réalisateurs de la vidéo. Dans ces séquences, en nous référant aux actes de langage, nous avons mis en évidence une mise en scène énonciative de soi où chaque acteur se donne à voir. En effet, bien qu'il soit aussi et en même temps toujours un sujet assujetti à des contraintes (psychologiques, idéologiques, culturelles, sociales), conditionnant ses réflexes discursifs, il y a bien un sujet de l'énonciation et le contenu de cette énonciation peut être appréhendé par des formes linguistiques.

« L'énonciataire - destinataire du message - motive et oriente le message, mais c'est bien l'énonciateur qui le produit, et qui détient, en premier et en dernier ressort, l'initiative discursive. [L'agencement d'un énoncé est donc toujours "singulier"] La subjectivité est partout. » (Kerbrat-Orecchioni, 1996, 179 et 189).

C'est pourquoi, nous avons analysé notre corpus à travers les marques de locution, en référence aux actes locutoires¹, ceux sans lesquels il n'y aurait aucune mise en œuvre du langage : élocutives (je - sujet de la langue) ; allocutives (l'autre à qui l'on parle, ou de qui on parle) ; dénotatives (procédés de mise à distance). Nous avons recherché les marques les plus directes : les noms, les pronoms et les formes verbales.

SEQUENCE 1 - PRESENTATION DES ACTEURS ET DE L'ASSOCIATION

Initialement, la première séquence n'avait pas de titre mais elle est une introduction du propos. Chacun se présente et Julien rappelle l'objectif de l'atelier vidéo. Elle dure environ 6 minutes. Julien et Marc se partagent la majorité du temps de parole. Quatre plans successifs nous permettent de faire connaissance avec les acteurs. La caméra est aussi incluse puisque Caroline s'inquiète de savoir si « Ça tourne ? ». L'attitude de chacun est déjà tout entière dans cette séquence et un certain nombre d'indices permettent de décrire ainsi l'attitude des acteurs : Thierry est agité et intervient en posant des questions, dont l'une provocante fait rire ; Marc est tendu, docte et suit sa pensée ; Caroline est dans le registre émotionnel et intense ; Julien est respectueux et prudent.

La présentation de l'association AUSER est brève, moins de 2 minutes et présentée par Marc, marquant la place qu'il prend dans l'échange, à partir de cette séquence.

Dans ces séquences de présentation, la forme élocutive marque l'engagement des acteurs dans leur discours. Ils parlent d'eux et assument leur discours, revendiquent une légitimité propre à mobiliser l'attention de l'auditeur/spectateur. Seul Julien fait référence à un "eux" extérieur puisqu'il n'appartient pas à la catégorie "patient/usagers". Le "nous" qu'il emploie, et dans lequel il s'inclut, se réfère aux personnes qui n'ont pas de problème de souffrance psychique.

¹ Les actes locutoires sont définis ainsi par Austin : Il s'agit des formes multiples que prend l'activité langagière, la seconde catégorie est celle des "actes illocutoires", c'est-à-dire des actes contenus dans le langage : décrire, interroger, répondre, ordonner, juger, promettre, prêter serment, certifier, parier, s'excuser, pardonner, condamner, féliciter, blâmer, remercier, saluer, inviter, insulter, menacer, argumenter, conclure, avouer, présenter, etc.

SEQUENCE 2 - LA MALADIE

Elle regroupe plusieurs thèmes importants pour les patients/usagers et le seul débat de l'enregistrement s'y déroule, nourri de nombreuses interactions. Les regards entre personnes sont plus nombreux (soit comme visant un interlocuteur, soit dans une recherche d'approbation). La prise de parole est plus difficile, notamment pour Thierry qui essaie de contribuer plusieurs fois au débat, sans y parvenir.

Les formes allocutives sont plus nombreuses lorsqu'une discussion a lieu entre les acteurs, notamment entre Marc et Caroline. Les personnes sont impliquées personnellement dans la discussion qui porte sur la question de savoir si la maladie mentale est une maladie curable et/ou incurable.

SEQUENCE 3 - CONSEQUENCES ET VECU DE LA MALADIE ET SEQUENCE 4 - ORIGINE DE LA MALADIE

Julien est en soutien du discours des personnes parlant d'expérience. Thierry et Caroline sont du côté de l'implication du sujet et dans l'expression de l'émotion, de façon plus marquée pour Caroline. À l'opposé, Marc est dans un énoncé de forme dénotative (de mise à distance) et utilise le pronom indéfini "on" pour désigner les soignants en général. Pour Caroline et Thierry, "on" fait référence aux personnes qui sont comme elles, équivalant à un nous. Par deux fois, lors de la discussion sur la maladie, Thierry utilise encore "on". Dans ce cas, ce "on" désigne de manière générique les membres de l'institution psychiatrique.

SEQUENCE 5 - ORGANISATION DE L'HOSPITALISATION ET LA QUESTION DU MELANGE DES PERSONNES

C'est encore Marc qui développe un discours informatif sous une forme dénotative.

Julien pris à parti par Thierry tient, en réponse, un discours argumentatif qui l'implique (forme élocutive).

SEQUENCE 6 - VECU DE L'HOSPITALISATION ET PROPOS DE CAROLINE SUR PRIVE/PUBLIC

Il y a interaction entre Marc et Caroline d'où l'engagement des "je" et la participation des deux autres acteurs en soutien ou relance.

SEQUENCE 7 - LE DEVENIR DES MALADES

Cette séquence est centrée sur Caroline qui montre son émotion. C'est le seul gros plan du film. Il est à remarquer que l'une des formes allocutives utilisées par Caroline est le pronom "tu" et se réfère à un discours adressé à soi, autant qu'aux autres ; une façon de parler de soi en se jugeant de façon négative par rapport à ce qui est perçu comme la norme, par exemple, «*t'es pas*».

SEQUENCE 8 - N'IMPORTE QUI, UN JOUR OU L'AUTRE, PEUT PETER LES PLOMBS

Les styles et rôles de Marc et Caroline se confirment : l'émotion et l'information.

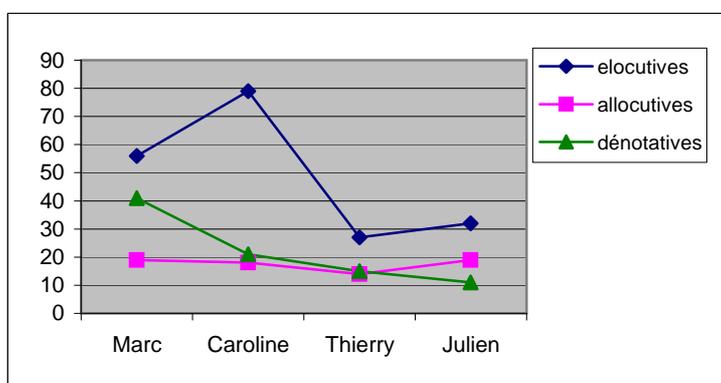
SEQUENCE 9 : RETRAVAILLER ET SEQUENCE 10 : STEREOTYPES ET PREJUGES

Marc et Caroline sont à distance, alors que Julien s'implique dans ce thème avec un discours autocritique adressé à lui-même et aux autres – qui sont donc les non patients/non usagers (derrière la caméra).

SEQUENCE 11 - LE PERMIS

La dernière séquence -de moins d'une minute- où visiblement tous se relâchent, est celle de Thierry, qui occupe l'écran, avec, après le doute de la validité du contenu de son intervention, un certain contentement devant les effets que ses propos provoquent (rire). Marc est pris à parti par Thierry donc répond directement et Julien modère le propos de Thierry.

Fréquences des marques locutoires de chaque acteur



	Élocutives	Allocutives	Dénotatives
Marc	56	19	41
Caroline	79	18	21
Thierry	27	14	15
Julien	32	19	11
TOTAL	194	70	88

Contrairement à l'impression première, les marques élocutives marquant l'implication des personnes sont les plus nombreuses. Il s'agit donc bien d'une mise en scène de soi-même, même lorsque l'objectif qui semble être recherché est de donner une information sur l'institution psychiatrique. La mise à distance n'est que superficiellement réalisée. Par contre, les acteurs font des choix différents dans la manière de se présenter : Caroline utilise le registre de l'émotion, Marc utilise plus facilement le registre de l'information et Thierry celui de l'interrogation.

Dans l'analyse lexicale, nous constatons une utilisation des mots servant à parler de soi et des personnes du groupe d'appartenance, un peu différente, selon les acteurs, avec toutefois une constante forte du choix de désignation non spécifique (les personnes), voire l'usage d'un "on" passe partout, ni "eux", ni "nous", ni "je" et pourtant tout cela à la fois (45 fois sur les 68 désignations présentes dans les énoncés, environ les 3/4).

La désignation de "Patients", "Malades" avec ses déclinaisons - Entrants, chroniques, ceux qui sont hospitalisés - est utilisée 11 fois – par Marc principalement, puis Thierry, une seule fois par Julien.

Thierry est le seul à parler, par deux fois, de "Handicapé".

La désignation "Fous" est utilisée 2 fois, par Caroline et Marc.

Une seule fois le terme d'"Usager" est employé par Marc.

Toutes les autres désignations le sont 14 fois : "Les gens", "les personnes", "l'individu" et se réduisent généralement à l'utilisation du "on", au total 35 fois, particulièrement par Caroline.

4. 1. 3 Attitudes des acteurs

Pour mener une analyse de cette situation de communication et permettre de mettre en lien les articulations entre offre de signification à autrui et construction de sens pour soi, nous avons choisi de repérer dans le déroulé des séquences, et ce de façon exhaustive, les indicateurs d'adresse (à qui ?), les indicateurs d'image de soi (marque d'enjeux pour les acteurs), les indicateurs de coopération (entre-eux co-construction d'un collectif) et indicateurs de négociation (entre-soi et les autres, soignants, institution, "normaux"). Les marqueurs retenus pour chaque indicateur pouvant être à la fois gestuels, comportementaux ou verbaux (ton, type d'énoncés, vocabulaire ou forme grammaticale).

Nous trouvons, ici, dans l'interaction les traces de cette coopération entre acteurs : des comportements corporels "proxémiques" (se pencher vers l'autre, se chercher du regard) ; inter synchronisation vocale (peu de rupture de ton) et verbale (réponses et questions s'enchaînent) ; les états émotionnels des partenaires en présence qui tentent de se mettre au diapason (accordage affectif) ; les jugements qui tendent à une certaine harmonisation (dynamique de consensus).

L'interaction semble être le lieu d'une activité collective pour produire un discours qui soit compatible à la fois avec l'image de soi de chacun des acteurs et l'image du rôle à tenir comme représentants d'un collectif : les patients/usagers.

Si nous analysons la gestuelle des acteurs en coupant volontairement le son, nous avons une première indication de l'implication des participants. On y voit des personnes sérieuses, concentrées, à l'écoute, attentives, le regard suspendu quand ils parlent, entièrement préoccupées par le fil de leur propre pensée qu'ils vont énoncer. Dans certains propos, rechercher le regard de l'autre permet de solliciter une approbation, comme c'est souvent le cas entre Caroline et Marc. Pour les patients/usagers, et dans une moindre part pour

Julien qui a une fonction de support de ces personnes, le fait d'être impliqué dans l'exercice de représenter un groupe d'appartenance génère une construction collective d'un discours identitaire de groupe, qui donne du sens à leur engagement. L'échange de regards et la recherche d'approbation fait sans doute partie de cette élaboration du discours collectif qui se déploie sous contrôle des autres.

En référence aux travaux Cosnier (1989), nous avons recherché les gestes de communication. Nous pouvons dire que la plupart du temps les acteurs, sauf Thierry, ont les bras ou les mains croisés, cachés parfois sous la table, sans doute faut-il mettre en lien ce peu d'expansivité avec l'enjeu et l'objectif de cette communication. Les visages vont être de loin les éléments les plus expressifs. Il y a peu de gestes de type illustratifs : spatio-graphiques (se référant à l'espace), kiné-mimiques (relatif au mouvement), emblématiques qui doublent la parole. Ces quelques gestes n'apparaissent qu'au moment bref où une discussion s'engage entre les acteurs (à propos principalement de l'hospitalisation et des médicaments). Ils sont aussi plus largement utilisés par Caroline lorsqu'elle s'exprime sur ce qui la choque. Elle mime le rejet, le fait d'être poussée violemment. De plus, dans la description de sa vie, son doigt mime un rythme circulaire, elle hausse les épaules signifiant incompréhension et impuissance devant ce qu'elle perçoit être sa vie. Les expressions du visage et les quelques gestes sont donc liés aux émotions ou sont simplement des régulateurs phatiques pour maintenir l'attention, réguler la conversation.

Il n'y a pas de mouvement puisque les acteurs sont assis. Pourtant les mouvements des corps disent l'émotion : agitation des doigts, posture raide de Marc tout au long des séquences, sauf à la séquence 6 où l'on peut percevoir le relâchement où il fume plus ouvertement. Thierry est agité quasiment en permanence, alors que Caroline est plus figée, seules ses mains, en bougeant, en se crispant sur son mouchoir, révèlent son implication. Peu à peu, le froid est plus sensible, on remarque surtout ses effets sur Caroline et Julien. La fatigue peut se lire quand Caroline baille, éprouve le besoin de se lever et d'aller fumer. En baillant puis se levant, Caroline donne un message fort au groupe et sans erreur d'interprétation possible, elle marque la

nécessité de se mettre hors jeu durant un moment, voire de terminer le tournage.

Julien est souvent en position de tiers et de soutien de la réflexion des personnes, notamment de Caroline. Perçoit-il la difficulté d'interrompre Marc ? Caroline, la seule femme, est située à côté de lui. Julien est en position minoritaire puisqu'il n'est pas usager. Il adopte assez vite une position d'aidant et de facilitateur dans ce groupe. C'est d'ailleurs sa fonction dans l'emploi qu'il occupe à l'Espace Convivial Citoyen. Il est particulièrement dans un rapport de proximité corporelle avec sa voisine, Caroline, et assez souvent se penche vers elle, tête inclinée. Pourtant, cette position d'aidant n'est pas tenue jusqu'au bout puisqu'il intervient très peu pour aider Thierry à prendre la parole. Ce dernier lui faisant face, peut-on penser que l'agitation que Thierry donne à voir le dérange ou, pour le moins, empêche l'établissement de cette relation de soutien ? Le type de stratégies déployé par Caroline et Thierry que nous allons caractériser est, sans doute, à mettre en relation avec cette possibilité ou non, offerte à l'interlocuteur de développer une relation de soutien.

Il est important de souligner que les personnes présentes se connaissent toutes très bien. Chacun est connu dans ses réactions, mais aussi dans ses préoccupations. Ainsi l'épisode du permis de conduire séquence 7 est une préoccupation récurrente de Thierry et chacun le sait. Il est alors plus simple de prendre le parti d'en rire. Thierry, qui est d'abord gêné, avec des gestes significatifs (comme rechercher quelque chose de minuscule sur la table) se montre au final assez content de lui. Serait-ce, pour lui, une façon de s'inclure dans le groupe ? En effet, tout au long de l'enregistrement, il apparaît le plus en difficulté pour prendre la parole, faire entendre ses opinions et les défendre, rester dans le débat. Il est très agité, pourtant il est à l'écoute, très concentré. C'est par le jeu des mimiques de son visage que l'on perçoit ses réserves, son approbation. Il est celui qui intervient pour poser des questions quelquefois provocantes souvent désamorçées par le rire ou le sourire des autres. Caroline intervient sur un mode très personnel et émotionnel fort qui impose l'attention et l'écoute et force le respect. Marc apparaît très sensible au fait qu'elle approuve ses affirmations, dans un échange de regards. C'est tout le contraire de son attitude avec Thierry,

notamment lorsqu'il s'autorise à interrompre celui-ci, pour montrer la fausseté de son raisonnement.

Les gestes sont aussi des marqueurs d'appartenance sociale.

« En étant familier avec certains gestes, on devient familier avec des individus ou des groupes. » (Wulf, 2007, 44).

Même si les messages signifiés par les gestes, ils s'interprètent à partir d'un savoir pratique acquis au cours de la socialisation. Ainsi certains gestes peuvent être liés à des espaces sociaux ou des institutions dans lesquels ils ont acquis un codage particulier.

« En exigeant l'accomplissement de gestes spécifiques, les institutions imposent leur pouvoir et inscrivent les valeurs et les normes qui sont les leurs dans le corps de ceux qui en font partie ou de ceux à qui elles s'adressent. » (Wulf, 2007, 45).

Dans ce que nous qualifions ici l'agitation corporelle de Thierry qu'est-ce qui appartient au sujet, à son appartenance sociale, à son histoire et aux effets de sa problématique et/ou au traitement neuroleptique et qu'est-ce qui relève de l'institution psychiatrique ? Cette agitation est omniprésente à l'écran et elle peut être désignée comme une attitude "normale" par les professionnels qui disent avoir l'habitude de rencontrer cette agitation chez les personnes dont ils ont la charge. Nous avons pu confirmer cette opinion dans la réaction des professionnels, en général soignants en psychiatrie, observée lors du visionnage de cette vidéo. Qu'est-ce qui relève du mimétisme entre malades dont Marc nous dit redouter les effets lors des hospitalisations ? Nous sommes ici au cœur de la difficulté de l'analyse du matériau et aux limites de son interprétation.

4. 1. 4 Les graduations vocales

Nous nous sommes intéressés au ton général des échanges et à la tonalité de chaque acteur. Le ton est d'abord perceptible dans les modulations des voix : haute, basse, audible/inaudible ; dans le rythme posé/accéléré et dans les effets "collectifs", tels que le brouhaha ou le rire.

Dans les phrases interrogatives, l'intonation monte, Dans les phrases affirmatives, l'intonation baisse en fin de propos (le marquage du point dans la lecture orale). Les écarts à cette norme de modulations de l'intonation peuvent être analysés comme ayant du sens.

C'est ainsi qu'on remarque, dans un premier temps, que le rythme de l'ensemble des propos est assez lent, posé. Le caractère démonstratif, voire le ton parfois professoral, de l'ensemble de la discussion est marqué par de longues interventions où certains propos sont appuyés pour "faire comprendre". Caroline et Marc plus nettement encore sont dans ce registre de propos appuyés. Les interventions de Thierry sont le plus souvent réactives, soit sur un ton montant (question ou essai de prise de parole) soit bas ou descendant pour exprimer un commentaire. Certaines des interventions de Thierry sont peu audibles. Quant à Julien, le ton de sa voix suit un schéma assez classique, montant pour interroger, pour répondre et prendre la parole, plus bas lorsqu'il cherche à intervenir sur le débat de fond où il se sent moins en légitimité, posé et soutenu lorsqu'il s'adresse aux soignants. En règle générale, lorsque les interactions concernent des ajustements entre les acteurs les variations de ton sont plus importantes et le rythme des tours de parole s'emballe. On ne constate toutefois pas de réels chevauchements des tours de parole, sauf pour Thierry qui n'arrive pas à s'imposer, mais plutôt des moments de brouhaha ou de brouillage, des rires qui signent un accordage et une connivence des acteurs. Ainsi le recours à l'humour qui quelquefois signe une impertinence, voire une provocation, notamment de la part de Marc, sert à instaurer du bien être entre les acteurs et marque leur coopération.

Lorsqu'il est question d'un ressenti personnel, l'évocation d'une souffrance ou d'une difficulté, le ton devient plus grave, la voix plus sourde, on tend l'oreille. C'est Caroline qui est le plus souvent dans ce registre et qui mobilise l'attention du spectateur par l'émotion, le caméraman fait d'ailleurs un gros plan sur son visage dont l'expression "grave" complète l'impression donnée par le ton de la voix.

4.2 LES IMAGES DONNEES

Nous nous sommes ensuite intéressés à l'image que les personnes donnent d'elles-mêmes, l'image qu'elles donnent des destinataires potentiels, de la maladie et du groupe d'appartenance. Ces images ont été recherchées à partir des inférences faites sur les énoncés des acteurs. En adéquation avec l'analyse de notre objet, nous avons utilisé une première grille d'analyse autour de ces images en les codifiant comme suit :

I A : Image que l'acteur donne de lui-même.

I B : Image que l'acteur donne du destinataire (les soignants).

I C : Image que l'acteur donne du groupe d'appartenance (usagers, patients).

I D : Image que l'acteur donne de la maladie (causes, conséquences, solutions).

Une première lecture nous permet de regrouper les éléments de l'observation dans la grille ci-après.

Images données repérées dans les discours des participants à l'interaction				
	De soi	Du soignant	Du groupe d'appartenance	De la maladie
MARC	Père de famille Durée d'expérience de la 'prise en charge' psychiatrique Responsable de son état de santé. Malade incurable Handicapé dans relations familiales Incompris, ne supportant plus personne Il faut admettre les malades psy comme les gens normaux Force (incurable comme la vie) Ressource par le travail	Soignants dont on peut se passer Psychiatrie non dynamique Envoyer par médecin et AS Manque de moyen fonctionnarisé	Perte d'autonomie Handicap Apprendre à vivre sans travail Plus de goût Plus d'initiative Faute de raisonnement Pas de plaisir à vivre Pas d'entraide Image négative des chroniques On est plus soi-même Pas même droits	Mélange donc mimétisme Maladie grave incurable Traitement à vie Psychiatrie dynamique Pas opposition publique/ privé Stéréotypes Bête noire de la médecine Maladie apparaît vers 18 ans avant normal choc ou adolescence difficile
CAROLINE	Psychiatrie colle à la peau, seconde peau Nombre d'ans en psy Réagir ou se complaire S'en sortir se décourager Mettre un pied dedans Relation de soi à soi difficile Pesanteur du quotidien Passer à côté de sa vie La vie se déroule mal Pas inclus (mari enfant) Vrai boulot protégé Évoluer	Les soignants n'aiment pas leur boulot Problème de motivation Rigidité des soins Faute sanction violence	Exclusion Perdre sa vie Découragement Condamnation	Psychiatrie non dynamique Les petites structures mieux Personnels chaleureux Motivés Aide de la psychothérapie
THIERRY	Nombre d'an en psy Pareille que moi Handicap Exclusion Le permis de conduire (pas moi) Malades mentaux différents des handicapés mentaux Le vieillissement Du patient c'est difficile	Veut communiquer Ses expériences mon psy me l'a confirmé	Vision plus positive des chroniques Vivre et être hors des institutions : il faut sortir des endroits pour pers inadaptées	Le symptôme implique traitement qui rend malade ; AAH, empêche travail en milieu ordinaire ; La psychiatrie comme cercle vicieux : C'est la psy qui rend les relations familiales difficiles
JULIEN	Présentation par sa fonction d'animateur Apprendre des autres Faire évoluer ses représentations	Celui qui doit apprendre des soignés	La difficulté de mélanger les pathologies	Quelque chose qui se réveille

4. 2. 1 Images que l'acteur donne de lui-même

Marc, Caroline et Thierry se présentent tous les trois par le nombre d'années de psychiatrie. La qualité d'usager étant une auto-désignation, le nombre d'années en psychiatrie est sans doute l'élément qui montre la qualité de l'expérience, voire de leur expertise et les légitime comme usagers/patients et plus encore ici comme porte-parole du groupe. La psychiatrie apparaît comme étant toute leur vie, les mots et les images sont forts.

Être vu, se voir, se donner à voir. Les dires de soi en situation d'étiquetage

« J'ai une maladie, une maladie mentale grave et incurable » (Marc). « Dès qu'on touche au psy on met un pied quelque part on peut plus le retirer jusqu'à la tombe » (Caroline). « La psychiatrie c'est un cercle vicieux » (Thierry).

La confusion est faite entre maladie, soins et psychiatrie. Toutefois, Marc dit bien « avoir » une maladie. Pour Caroline le terme « psy » ne semble pas renvoyer à la maladie, mais plutôt le soin et l'institution. Quant à Thierry, il semble qu'il y ait amalgame entre le malade et le système dans lequel il est pris en charge.

Pour Marc les éléments positifs de son image sont : son statut de père de famille, sa capacité de contrôler sa maladie.

« Il faut les admettre comme des gens normaux parce que si on regarde sur la tête des gens ce n'est pas écrit malade mental » (séquence 7).

La maladie mentale est incurable comme la vie (constat positif). Marc espère augmenter ses ressources par le travail. Ce contrôle possible de la maladie par un traitement lui permet d'avoir une image positive de lui-même et de son avenir.

Le négatif pour Marc, c'est être handicapé dans ses relations familiales, pendant la crise. « On est incompris et on ne supporte plus personne [...] on n'est plus soi ».

Cette perte de contrôle pendant la crise est négative et sans doute redoutée.

Pour Caroline la problématique est réagir ou se complaire, s'en sortir ou se décourager. La psychiatrie est présentée comme une seconde peau. Elle prend modèle et espoir sur des personnes qui s'en sont sorties. Les points négatifs : la relation à soi est difficile, la pesanteur du quotidien, la vie se déroule mal. Elle a le sentiment d'être décalée, « T'es toujours derrière tu suis pas [...] pas inclus [pas de mari ni d'enfants] il n'existe pas de vrai boulot protégé ».

Thierry se présente en fonction de Caroline qui annonce ses années de psychiatrie, « Pareil que moi », comme si cela le rassurait. Il propose une distinction entre malade mental et handicapé mental, qui n'est pas reprise dans la discussion par les autres. Est-ce que cela leur semble une évidence ? Sa présentation positive passe par ses expériences qu'il énumère et une

volonté : « Il faut sortir au maximum des endroits pour personnes inadaptées ».

Le négatif, pour Thierry, c'est le sentiment d'exclusion (le permis de conduire), il se compare avec les malades comme lui qui l'auraient sans se faire contrôler, alors que lui ne peut l'obtenir. Il est donc dans le groupe de personnes exclues, « Encore plus exclu ». Il évoque aussi à propos de lui-même le problème du vieillissement : « J'ai l'impression que le patient *vieillit* assez mal ». C'est un problème personnel qu'il formule comme un problème généralisable à la catégorie de malade.

Julien se présente par sa fonction et par les éléments positifs : apprendre des autres, vaincre ses préjugés. Au cours des débats, il montre parfois une difficulté à tenir cette délicate place de soutien.

L'axe du temps apparaît une dimension à prendre en compte dans l'image que l'acteur se fait de lui-même. Ainsi chaque acteur nous donne dans son discours des indices sur là où il se place dans son rapport au temps, ses interrogations sur son présent et son avenir.

4. 2. 2 Images que l'acteur donne des soignants, destinataires

Les soignants sont ceux que l'on connaît.

« Ça m'a été recommandé par mon médecin et mon assistante sociale » (Marc). « Mon psychiatre me l'a confirmé » (Thierry). « Ce sont des personnes, pour moi en tout cas, qui m'aident à analyser mes problèmes » (Caroline).

Les soignants, ce sont aussi ceux dont on peut se passer :

« On peut enfin passer à une psychiatrie dynamique sans psychiatre et sans soignant [...] mais tout ça c'est médicalisé c'est un peu fonctionnarisé [...] ça manque considérablement de moyens et de dynamique » (Marc). « Les gens qui travaillent là n'aiment pas ce qu'ils font [...] dans les hôpitaux psychiatriques j'appelle pas ça du soin [...] il y a ce côté fonctionnaire » (Caroline).

Caroline oppose à ces soignants un personnel chaleureux et motivé, elle pense le trouver dans une petite structure. Les soins sont qualifiés de rigides, l'hospitalisation est vécue comme une sanction, la faute étant la maladie ; l'hospitalisation laisse des séquelles qui empêchent de revenir à l'hôpital même pour une activité.

« J'ai l'impression d'avoir commis une faute, qu'on est là pour être remis dans les rails mais allègrement, c'est-à-dire sans prendre de pincettes, sans faire trop attention, je trouve, on est poussé violemment c'est pas toujours agréable, c'est-à-dire il s'ensuit toujours des séquelles psychologiques ».

Pour Thierry, il y a volonté de parler de ses expériences qu'il énumère. Il s'exprime de façon très générale sur la psychiatrie et jamais directement sur les soignants, d'ailleurs dans la séquence intitulée "De l'utilité des soignants", alors que Caroline s'exprime sur la relation thérapeutique, il dit vouloir changer de sujet.

Pour Julien, les soignants doivent évoluer dans leurs préjugés et apprendre des soignés.

Marc se fait un devoir de donner des informations destinées au public sur l'organisation de la psychiatrie. C'est lui qui tient un discours sur les stéréotypes et les droits des usagers.

4. 2. 3 Images que l'acteur donne du groupe d'appartenance

Dans les énoncés de Thierry, psychiatrie et exclusion sont intrinsèquement liées. « Donc j'ai pensé à un sujet à propos donc de l'exclusion dans la société, aussi du malade exclu dans la société exclu à cause du symptôme qu'il a donc du médicament ». Il cherche des solutions non discriminantes. « Il faut au maximum sortir des endroits pour personnes inadaptées quoi au maximum à l'extérieur comme l'ECC [Espace Convivial Citoyen] ces endroits là car on peut parler d'exclusion partout à ce niveau là ».

Thierry est le seul à avoir une vision moins négative des personnes dites chroniques. Il essaie d'évoquer la situation d'une personne, Mary, qui est pour lui un contre-exemple des propos tenus. Mais il n'est pas entendu.

Marc adopte une classification médicale des patients : les personnes en crise et « les gens qui n'ont pratiquement aucune espérance d'en sortir et qui sont je veux pas dire végétatifs mais qui vraiment sont de grands malades ».

Les patients sont vus comme n'étant plus eux-mêmes au moment de la crise, en perte d'autonomie, de goût de vivre, d'initiative, de plaisir de vivre après l'hospitalisation. Il y a handicap notamment dans les relations familiales, pour beaucoup d'entre eux, dit-il, il faut apprendre à vivre de ses indemnités sans travailler. Ils n'ont pas les mêmes droits. Marc s'oppose à Thierry qui, selon lui, fait un mauvais raisonnement comme la plupart des malades : « La plupart des malades disent c'est à cause des médicaments, c'est à cause du traitement, etc. non ! ».

Julien se "protège" en quelque sorte, se démarque du groupe des étiqueteurs, en évitant de faire une catégorisation : « Des gens que je sais toujours pas comment les qualifier et eux non plus d'ailleurs aussi ne savent pas comment s'appeler [rire] ». Pourtant, lorsqu'il est interpellé par Thierry sur la question du mélange des chroniques et des entrants, il utilise une catégorisation où les patients chroniques sont vus de façon négative. Lorsqu'il est en présence des personnes étiquetées, en relation directe avec celles-ci, la prudence s'impose, mais cette vigilance se relâche lorsqu'il tient un discours plus général. La prudence de Julien, quant à la catégorisation des personnes, en situation et dans la relation, met à jour le fait que cette question de l'étiquetage est bien un élément actif de la problématique des personnes présentes, "quelque chose" qui les fait réagir.

Caroline parle de son expérience personnelle, de son vécu qu'elle peut penser partager par d'autres, du "je" au "tu" voire quelques fois au "on" ; elle reste prudente dans cette généralisation : « C'est peut-être personnel je ne suis pas la seule à le dire ». Elle réagit lorsque Marc parle des fous pour mettre en doute cette assimilation avec elle-même.

4. 2. 4 Images que l'acteur donne de la maladie

Pour Marc la maladie, grave, incurable, nécessite un traitement à vie, elle apparaît vers 15, 18 ou 25 ans. Avant les personnes sont normales, la maladie est due à un choc ou à une adolescence difficile ; la maladie génère un handicap. Julien abonde dans ce sens en parlant de « quelque chose qui se réveille ». Pour Julien et pour Marc la fréquentation de malades plus lourds peut être néfaste, Marc parle de mimétisme. Marc adopte le discours savant, tenu habituellement par les médecins. La psychiatrie, qu'elle soit publique ou privée, manque de moyen et de dynamisme. Il faut combattre les stéréotypes, avoir les mêmes droits.

« Il est regrettable que cette part de la médecine soit un peu la bête noire pour le grand public et que même aller à l'hôpital voir un malade c'est quelque chose de pratiquement impossible ».

Il emploie, le premier, le terme de "fou" qui fait réagir Caroline.

Caroline assimile souvent psychiatrie et maladie, c'est le point de vue du "sachant", celui qui sait par expérience. La maladie est décrite comme la perturbation de la relation de soi à soi. Elle essaie de la combattre. Sortir de la psychiatrie et sortir de la maladie sont considérés comme un même combat, long et souvent décourageant. Il faut de l'aide, l'institution psychiatrique n'en est pas toujours une.

Pour Thierry, il y a un lien de causalité entre le symptôme et son traitement, comme si l'un se substituait à l'autre. La psychiatrie est un cercle vicieux.

« Pour moi il a la bougeotte, on [les psychiatres ?] dit ceci cela, on peut pas travailler dans le monde du travail ordinaire parce que vous êtes ceci cela vous avez une allocation d'adulte handicapé ».

Pour lui c'est la faute aux médicaments donc « La psychiatrie rend malade ». C'est cette explication qui est refusée par Marc.

Il y a plusieurs stratégies développées par les acteurs. Celle qui consiste à se comparer à son groupe d'appartenance, victime de stigmatisation, pour s'en démarquer et ainsi garder une bonne estime de soi. Celle qui consiste, pour parler de la stigmatisation de son groupe d'appartenance, à adopter un point

de vue intergroupe, c'est-à-dire ici, de montrer la responsabilité des soignants et de la société, via l'institution psychiatrique, dans les difficultés des personnes malades. Il y a un intérêt personnel à conserver une bonne image de soi et un intérêt social à lutter contre la discrimination dont est victime le groupe auquel ils appartiennent. Ces deux perspectives sont donc présentes dans les énoncés, elles ne sont pas antinomiques puisqu'elles ne sont pas sur le même plan de réalité pour les personnes.

Marc est motivé par l'intérêt social à lutter contre la stigmatisation, « Puisqu'un jour tout le monde peut péter un plomb », tout en se démarquant d'une partie de ce groupe, les grands malades. Il développe dans ce sens le plus d'écart entre l'énoncé de ce qu'il est et les caractéristiques de ce groupe d'appartenance. Thierry est le plus enclin à penser ses difficultés sur le mode d'une causalité située à l'extérieur de lui, rejetant la responsabilité de ce qu'il est sur l'institution. Il se reconnaît toutefois dans la catégorie de malade mental. Caroline est dans une position intermédiaire cherchant à contrôler ses difficultés par elle-même, avec l'aide des soignants, tout en ressentant les limites de l'institution qu'elle dénonce. Elle met en doute la catégorie, puisque « Les fous ne sont pas toujours ceux qu'on croit », dit-elle, tout en s'appuyant sur les ressources collectives de ce groupe d'appartenance.

Au terme de l'analyse des contenus des énoncés, nous constatons que les locuteurs se reconnaissent bien comme malades, patients, usagers et évoluent dans le même univers de significations, de références que les soignants, auxquels ils s'adressent. Ils ont partie liée dans une culture partagée. La fonction sociale de l'étiquetage est donc à l'œuvre. L'étiquetage permet aux soignants de légitimer leur intervention, mais dans le même temps aux patients/malades d'accéder à ce même univers de significations.

Même si les usagers sont prudents dans l'énoncé de savoirs théoriques, notamment l'étiologie et le diagnostic de la maladie (Marc : « À l'origine un choc quelconque, une adolescence difficile, je ne sais pas quoi... »), ils ont un savoir pratique des "arcanes" de l'institution hospitalière : l'organisation et logique des lieux et des temps de prise en charge, les codes de conduites (symptômes et les comportements repérés, à éviter ou à adopter), les fonctions et rapports de pouvoir, et ce qu'ils peuvent repérer des marges de

manœuvres possibles dans ce système (Caroline : « On est là pour être remis sur les rails... »). Être malade est à la fois un statut social et une expérience concrète dont les personnes peuvent se dire expertes¹.

Pour la chercheuse, sur fonds de figures sociales stéréotypées, - stéréotypes du fou dans la société attribués au grand public, l'étiquetage semble bien avoir été perçu par les acteurs : interprétation de ce qu'ils sont aux yeux des soignants et de l'institution - reconnaissance (à des degrés divers) en tant que membres d'un groupe d'appartenance -, accès à une culture spécifique et partagée - mise en œuvre de désignations et attributions de qualificatifs associés à ces désignations.

Ces acteurs développent en réponse des manières de se présenter. Bien que partageant une même expérience évaluée en nombre d'années, chacun met en scène différents "styles" de soi. Ces manières de se présenter sont repérables dans le ton employé, le positionnement choisi - l'affirmation, l'interpellation ou l'interrogation - et l'utilisation d'opérateurs de déstabilisation des représentations inférées à ce destinataire pour influencer ses représentations - provocation, humour, émotions, compétences rationnelles - pour l'obliger à "entendre" quelque chose qu'ils pensent inhabituel.

L'exploration des images données par les patients induisent déjà un rapport aux soignants et au groupe des pairs, que nous pouvons identifier dans trois grandes catégories : la contrainte du soin et de la maladie intériorisée, une "normalisation" contrariée par la maladie et le soin, le refus de la maladie et l'externalisation de la contrainte.

Nous proposons de présenter - sous forme de tableau - les caractéristiques des positionnements des acteurs envers les professionnels (indice de confiance), envers les pairs (indice de solidarité), le registre dominant dans lequel ils choisissent de présenter leur argumentation en les mettant en lien avec les différentes façons de qualifier les expériences vécues en tant que patients.

¹ L'expertise par l'expérience est une revendication du Réseau Européen des Usagers et Survivants de la Psychiatrie (ENUPS).

Confiance envers les professionnels	Solidarité envers les Pairs	Registre d'argumentation	Expérience de patient
Adhésion au discours institutionnel critique de la société	+/-Se distinguer, +/- Méfiance identification dans la stigmatisation	Affirmation (expertise)	<i>La contrainte du soin et de la maladie intériorisés</i>
Recherche d'une relation personnelle, critique institution	Solidarités identification dans la stigmatisation	Interpellation (convaincre/se convaincre que l'on peut s'en sortir)	<i>Une 'normalisation' contrariée par la maladie et le soin</i>
- / +ambivalence affective critique institution et société	Identification au groupe d'appartenance	Interrogation (destabilisation)	<i>Le refus de la maladie et l'externalisation de la contrainte</i>

Le travail de recherche s'oriente alors sur la mise à jour des différentes façons de rendre "ostensible" ce que chaque acteur se sent être. Les stratégies d'affirmation de soi laissent apparaître, plus ou moins selon ces acteurs, de nouvelles significations pour se donner à voir comme un "être soi singulier", non réductible à la figure sociale et/ou au groupe d'appartenance tel que chacun d'eux l'a perçu dans son propre vécu de l'étiquetage.

4. 3 L'ADRESSE DES ACTES DE COMMUNICATION

Les éléments précédemment recueillis et analysés sur le discours tenu par les acteurs en situation de communication ont permis de mettre en évidence les arguments développés par ces acteurs, mais est apparue la question du lien entre type d'argument et type de discours en fonction du destinataire. Nous avons alors essayé de construire une typologie de la dominante caractérisant ces discours adressés. Il s'agit de mettre en lien les caractéristiques de la situation de communication et les éléments du discours qui visent à influencer les constructions de sens du destinataire. Les stratégies choisies par les acteurs pour influencer le destinataire vont se construire à partir des hypothèses sur les représentations de ces destinataires faites, par inférence, par la personne étiquetée, à partir de son expérience, passée et présente et de son vécu de la situation. Ces représentations concernent des destinataires directement impliqués dans l'étiquetage (les personnes partageant les mêmes

repères) et des destinataires non impliqués (le grand public, les autres membres de la société). Dans le même temps, la construction d'une argumentation vers ces destinataires n'exclut pas un travail de fait des acteurs sur leurs propres constructions de sens.

Dans le matériau, nous avons donc recherché et analysé quatre adresses dominantes : à un autrui généralisé (non directement impliqué dans le soin et la santé mentale), à un autrui concerné (identifié comme destinataires dans le projet de cette vidéo), au groupe d'appartenance (patients et usagers de la psychiatrie), à soi-même.

Nous avons cherché à identifier ces adresses par l'attitude des acteurs (regards, ton, gestes, mimiques) lors de leur prise de parole : face caméra (à autrui), regards dans le vague ou fixant un objet (pour soi), échanges de regards dans l'interaction (avec les autres acteurs présents).

Nous avons trié nos données selon un tableau construit à partir d'indicateurs de communication et d'une hypothèse d'adresse de la communication : au grand public et soignants, à soi ou au groupe en interaction¹.

Indicateurs de communication	Regard en direction de la caméra, ton soutenu, gestuelle soulignant les énoncés	Regard en direction de la caméra, interpellations directes, références à une culture de « milieu », ton provocateur ou critique (certains mots appuyés)	Regard non dirigé vers un autrui destinataire, tonalité plus grave, éventuellement murmure	Regard vers les membres du groupe, interpellations des personnes physiquement présentes, ton d'échange conversationnel.
	Caméra -	Caméra		
Hypothèse d'adresse de la communication	Grand public	soignants	Soi	Groupe

Nous avons alors pu classer, pour chaque acteur, les énoncés en fonction de leurs thèmes dans ces adresses dominantes : énoncés sur soi, énoncés sur la maladie, énoncés sur les soins et sur l'hospitalisation, énoncés sur les espaces

¹ Voir ANNEXE 2

de vie sociale, énoncés sur les espaces de travail, énoncés sur les droits humains, énoncés sur l'association d'usagers.

Enfin, ce tableau a été lui-même décomposé en plusieurs sous tableaux pour comparer le type d'adresse associé à un type d'énoncé pour chacun des acteurs.

4. 3. 1 Analyse des adresses

Les manières de réagir de Julien vont être précieuses pour notre analyse. En effet, en tant que salarié, il occupe une place que l'on peut qualifier d'allié en se présentant comme « Accompagnant » du groupe d'usagers, mais n'ayant jamais occupé un rôle de soignant. Son attitude s'énonce de façon à s'inclure dans le groupe : apprendre « de la part de chacun d'entre nous », ce qui montre bien un positionnement en égalité. Aussi, Julien ne s'adresse jamais aux soignants, car il n'a pas d'expérience d'usager et il n'a pas développé de relation personnelle avec des soignants.

Ces réactions peuvent constituer un repère distancié par rapport aux choix d'ostension de soi des usagers que nous cherchons à caractériser.

Dans son adresse au grand public, Julien se présente en fonction de l'objectif du travail de production de cette vidéo. La partie plus personnelle de sa présentation de soi, celui qui « travaille avec des gens que je sais toujours pas comment on peut les qualifier », s'adresse à lui-même (non dirigée vers autrui), avant d'être négociée dans une adresse au groupe.

Dans son adresse au grand public, Julien « trouve que c'est une bonne chose de montrer son visage ». Il est question de montrer, de se montrer, ce qui va dans le sens de notre hypothèse de l'importance du poids des étiquettes. Il s'autorise à émettre son opinions par deux fois sur des propositions de changement de pratiques concernant l'hospitalisation et le travail. La première est sollicitée par une interpellation directe de Thierry. Julien argumente au nom de son expérience qui l'amène à recueillir des constats et des demandes de personnes hospitalisées. La seconde est aussi une proposition, celle d'instaurer un travail protégé et vient en support des

constats faits par Caroline. L'interpellation au grand public qu'il s'autorise directement concerne ce que nous avons qualifié d'énoncé sur les droits humains. Il utilise un "on" qui généralise son propos et dans lequel vraisemblablement il s'inclut lui-même. C'est le "on" de l'opinion et des comportements généralement répandus : « On a des comportements [...] un peu excluants ». Cette autocritique sur ses propres comportements est exprimée dans une adresse à lui-même où il sait qu'il va entendre de la part des usagers des propos « Pas forcément agréables » pour ceux qui comme lui n'ont pas connu la psychiatrie.

Julien ne s'autorise pas à interpeller ou à émettre une opinion sur la vie sociale, sans doute parce qu'il n'en a pas l'expérience en tant qu'utilisateur et qu'il juge inutile d'appuyer les propos des autres, dont celui de Caroline, qui apparaît très fort.

Tous les autres énoncés de Julien sont adressés au groupe pour soutenir son expression, sous forme d'interrogations ou d'apports de précisions.

Si les énoncés et leurs adresses faits par Julien nous servent de repères nous pouvons caractériser chacun des énoncés des autres acteurs en présence selon le type d'adresses.

4. 3. 2. Les énoncés adressés au "grand public"

Dans les énoncés adressés au "grand public" nous trouvons principalement : des présentations objectivantes de soi, des informations objectivantes, des constats ouvrant sur des revendications ou des propositions, des expressions de refus, de désaccord, de dénonciations, des énoncés sur les droits humains.

Des présentations objectivantes de soi, permettent d'introduire une légitimité dans l'énoncé : « Je suis » (Caroline), « J'ai et je suis » (Marc), « Si je parle » (Thierry). C'est principalement l'énoncé de la durée de leur expérience en psychiatrie, sauf pour Marc qui décline une identité sociale plus traditionnelle de type âge, statut familial, occupation - ici âge, père avec enfant, membre de l'association -, avant de parler de ses vingt-deux ans de soins. Cette présentation objectivante est mêlée à une présentation "pour soi", la tonalité plus grave l'indique, là où ce "je social" donne à voir une réflexion sur soi-même. Des informations objectivantes, notamment, sur l'organisation des soins ou la maladie sont principalement données par Marc.

Des constats ouvrant sur des revendications ou des propositions, visent des changements de représentations, la prise en considération d'un vécu, d'une expérience ou d'une opinion.

Des expressions de refus, de désaccord, de dénonciations sont souvent faites par Caroline.

Des énoncés sur les droits humains apparaissent parfois sous la forme d'une provocation ironique (Caroline) ou sous celle du constat : être des malades différents et aspirer à des droits pour vivre heureux et intégrés (Marc). Ces énoncés restent des généralités, les mêmes droits que tout un chacun. L'énoncé sur le droit au permis de conduire rentre dans la catégorie adressé au public, mais avec un statut particulier. En effet, pour Thierry, l'énoncé sur le permis de conduire peut se lire comme une façon de se mettre en scène devant la caméra. Il semble qu'il s'agisse d'un thème récurrent pour Thierry, que les autres connaissent, en somme une "partition", ce qui plaide pour l'hypothèse d'une mise en scène de soi sous forme d'un jeu de rôle. Cet épisode signe la fin du film lorsque les acteurs montrent des signes de

fatigue. De plus le groupe a choisi de garder cette séquence au montage. Est-ce le dérapage de la folie ? Le non-sens qu'ils souhaitent laisser affleurer et qui ne porte pas à conséquence quant au sérieux de leurs propos ? Est-ce le rôle "du donné à voir de la folie" qu'accepte d'endosser Thierry dans le groupe ? Ce qui est visible c'est un "échappement" du cadre du jeu, au contrôle du groupe en s'adressant directement à la caméra. Le groupe réagit en intervenant sous forme de brouhaha.

Les domaines auxquels se réfèrent ces énoncés sont les mêmes pour les trois acteurs (sauf le travail pour Thierry car il n'en a pas l'expérience et a, sans doute, renoncé à cette forme d'insertion). Quant à l'association, seul Marc en fait une évaluation positive adressée au grand public.

4. 3. 3 Les énoncés adressés aux soignants

Les énoncés adressés aux soignants se réfèrent tous à l'hospitalisation, exception faite de Marc qui se sert de son expérience associative comme un contre-exemple de ce qui se passe en psychiatrie pour provoquer les soignants (énoncés sur l'association d'usagers). Nous pouvons faire l'hypothèse que l'hospitalisation est le moment "partagé" avec les soignants, qui construit une culture commune, mais aussi une relation personnelle. Ici, ce sont des interpellations directes, des évaluations et jugements positifs ou plus souvent négatifs, des reproches qui sont adressés directement aux soignants, mais appréhendés comme une catégorie homogène, anonyme - On, ils, le personnel, les gens qui travaillent là -. Dans ce cadre, nous avons classé une interpellation de Thierry à Julien concernant la mixité des pathologies à l'hôpital. En effet, cette interpellation, l'énoncé d'un désaccord, nous est apparue du même type que celle faite aux "soignants". Bien que non soignant, pour Thierry, Julien est bien un professionnel qui occupe donc une place dominante dans l'expression de son opinion, reproduisant sans doute pour lui la relation dissymétrique soignant/soigné.

4. 3. 4 Les énoncés adressés à soi, "pour soi"

Les énoncés "pour soi" se trouvent bien être des discours adressés à soi en correspondance avec des moments où les acteurs réfléchissent sur eux-mêmes. Dans ce cas, "je social" donne à voir une réflexion sur le moi-même : l'envie de « réagir » de « s'en sortir » ou de « s'y complaire », pour Caroline ; le sentiment d'avoir été responsable de ses hospitalisations et le sentiment étrange de n'être plus compris et de ne plus supporter personne, pour Marc ; la prise de conscience de la longueur du temps passé en psychiatrie pour Thierry. Ou bien les énoncés consistent en une demande (non-revendicatrice) d'être accepté, admis comme « des gens normaux » (Marc), de réfléchir sur les comportements « qui ne sont pas agréables » (Julien).

Ces deux types de discours servent à s'influencer soi-même, notamment pour se convaincre des objectifs de transformation de soi, que l'acteur se donne comme idéal de soi, ou qui se réfèrent à une transformation souhaitée de la société. On peut penser que cette manière de s'adresser à soi est encore une communication, soutenue par une intention d'influencer les représentations et les manières de penser des destinataires. Dans cette communication s'exprime le retentissement de l'hospitalisation et de la maladie sur soi, sa vie sociale, dont le travail : la violence « être remis dans les rails violemment », le doute du fait de s'en sortir par la psychothérapie (Caroline) ; la « peur de devenir comme eux », sous-entendu les grands malades (Marc). Thierry n'exprime pas par des énoncés cet aller-retour de l'expérience psychiatrique à un ressenti personnel, mais il peut avoir un regard dans le vague ou sur la table au moment où les autres expriment des émotions, notamment quand Caroline le fait. On peut oser l'hypothèse qu'il manifeste physiquement "Qu'il n'en pense pas moins", nous n'avons accès qu'à ces attitudes "de retrait" en lui-même. Dans cette communication s'affirment des "vérités" pour soi : c'est pour Thierry, l'énoncé audacieux d'une explication - sa vérité - sur la psychiatrie : « La psychiatrie rend malade ». Il n'ose peut-être pas afficher et revendiquer en public, cet énoncé comme une vérité, mais celle-ci semble structurer sa pensée. Pour Marc, l'explication qu'il donne sur l'origine de la maladie est sa

vérité : « À l'origine un choc quelconque, une adolescence difficile », ainsi que l'affirmation de ses besoins : « ce dont j'avais besoin » (Marc). Mais dans cette communication apparaissent aussi les doutes sur des vérités construites pour soi lorsque Caroline avoue « il m'arrive d'être d'accord », avec ceux qui disent qu'on ne peut pas s'en sortir, « dans mes moments noirs ».

Dans ces deux autres types d'énoncés pour soi, il s'agit d'une construction de sens par l'acteur. Ce qui s'énonce, ou se montre dans le comportement, exprimé apparemment pour soi est de l'ordre des interprétations de l'expérience sur ce qui s'est produit, et/ou de ce qui peut se produire (peur anticipatrice). L'expérience est rappelée à la conscience et s'impose la nécessité de lui donner du sens (exprimé ou pas à haute voix). L'interprétation peut aussi prendre une forme beaucoup plus élaborée de vérités qui énoncent ce qu'on croit sur le monde, vérités, somme toute, qui peuvent être fragiles et être minées par leurs mises en doute. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que c'est la situation de communication et son objectif qui oblige les acteurs à reconstruire du sens au moment où leur expérience est mobilisée, réactivée, réactualisée dans son évocation, pour soutenir leur argumentation pour influencer les destinataires de ce film.

4. 3. 5 Les énoncés adressés aux membres du groupe

Les adresses aux membres du groupe expriment d'abord la connivence et l'inter reconnaissance entre pairs : sourire, rire, encouragement « Oui, bien sûr », et le soutien apporté à celui qui parle principalement dans le cas de Julien « C'est dommage », adressé au groupe. Elle consiste aussi au contrôle de la réaction du groupe à ce qu'on dit. L'adresse se fait alors le plus souvent par un regard rapide pour capter les réactions. Elle est encore la précision d'une information sous forme d'une question, d'un complément informatif apporté au discours d'un autre. Enfin elle donne lieu au débat exprimant des points de vue : par exemple, accord ou pas sur la maladie incurable, l'origine de la maladie, les petites structures, le privé et le public.

CHAPITRE V DIRES DE SOI ET DYNAMIQUE DES SUJETS

STRUCTURE DES ÉNONCES

Dans ce chapitre, l'analyse s'attache aux constructions de sens sous jacentes aux énoncés. Elles sont inférées à partir d'eux comme autant de manières de raisonner à partir de la perception de l'étiquetage. L'hypothèse de travail est alors que la structure des énoncés permet de révéler une dynamique propre à chaque acteur.

5.1 LA MATRICE DOMINANTE DE PRODUCTION DES ENONCES SUR SOI

En se référant à la fois aux travaux menés à partir des outils méthodologiques construits dans l'analyse structurale des discours (Piret, Nizet, Bourgeois, 1996), dans la linguistique pragmatique (Carel, 2002) et ceux mis en œuvre par Sperber et Wilson (1989), nous avons créé des cadres d'analyse permettant de rendre compte de l'existence d'une matrice dominante formatant, en quelque sorte, les énoncés des trois acteurs ayant été étiquetés. Notre objectif est de rendre compte d'une "façon" de raisonner de ces acteurs, c'est-à-dire de leur façon d'exposer et d'ordonner des arguments, en faisant l'hypothèse que cette façon d'argumenter aurait un lien avec leur construction identitaire et ce qu'ils laissent apparaître de l'étiquetage qu'ils ont "perçu". Dans l'exercice de communication, nous avons accès à travers les inférences faites sur la construction des énoncés des acteurs à des interprétations du rapport au monde des acteurs, notamment la place qu'ils pensent y occuper. Il s'agit sans doute de construction du sens par l'acteur, à laquelle nous n'avons pas directement accès, qui influe sur la structure des énoncés de la communication.

Deux dimensions ont été analysées dans les discours tenus par Caroline, Marc et Thierry, les trois personnes directement concernées par la psychiatrie comme patient et usager. Il s'agit du discours tenu sur la psychiatrie destiné à autrui et du discours tenu sur le rapport de soi à la psychiatrie

5. 1. 1. Logique de construction des énoncés de Caroline

le discours tenu sur la psychiatrie destiné à autrui
« <i>C'est difficile de s'en détacher pour différentes raisons</i> » ; « <i>C'est un truc qui vous colle à la peau comme une seconde peau</i> »
le discours tenu sur le rapport de soi à la psychiatrie
« <i>Des fois on a envie de réagir, des fois on s'y complait</i> »

Se donne à lire au chercheur une structuration de type binaire

on a envie de réagir (pensé positivement par Caroline)	on s'y complait (pensé négativement par Caroline)
---	--

À qui s'adresse l'argument, si ce n'est à elle-même, posé comme un idéal de soi à atteindre, ce qui semble se vérifier au regard de l'ensemble des propos de Caroline, notamment par l'évocation de l'héroïne d'un film à laquelle elle s'identifie. Une autre dimension serait : « *la vie volée, elle s'en sort* ».

La vie volée	Elle s'en sort
Dés qu'on met un pied on peut plus le retirer jusqu'à la tombe	J'espère bien m'en tirer de ce truc là
Maladie longue durée	C'est pas incurable
Être absente, en retrait, de ne pas vivre, de foutre ma vie en l'air	Ça me procure du bien être par rapport aux soins
On est interné, on est hospitalisé, on a l'impression d'avoir fait quelque chose, d'avoir commis une faute	Dans les hôpitaux psychiatriques j'appelle pas ça du soin
On est poussé violemment	Des fois Je perds patience, des fois je trouve que ça n'avance pas
La vie se déroule mal, t'es toujours en décalage	Un boulot avec une certaine évolution où tu pourrais retrouver le circuit normal
T'es pas inclus dans la société	Les fous ne sont pas ceux qu'on croit

Pour Caroline, si on réagit on s'en sort, si on s'y complait la vie est perdue. Caroline revendique l'aspect curatif de la maladie. Son axe de vie est indissociable de celui de la maladie et de sa prise en charge par l'institution psychiatrique, sous le regard stigmatisant de la société. C'est une conception

Être vu, se voir, se donner à voir. Les dires de soi en situation d'étiquetage

linéaire du temps et du devenir vécu comme un destin, dans une visée téléologique. Cette conception s'oppose à celle d'un temps vécu, fait d'événements, de ruptures et d'aléas, ouvert à de possibles développements.

	Se complaire	soins	réagir	
-	retrait	sanction	vie affective	+
la maladie			travail	la guérison
perdre sa vie			vivre	
	Exclusion		Inclusion	

Cela explique sans doute les sentiments de Caroline exprimés - colère contre l'institution -, elle est sensible à tout ce qui pourrait être un frein à cet impératif : s'en sortir (exemple le travail non gratifiant) - manifeste de l'impatience (ça ne va pas assez vite) - et parle de souffrance en évoquant sa vie actuelle. Son humour est teinté d'agressivité : « *Les fous ne sont pas toujours ceux qu'on croit* ». Par ailleurs, elle est active dans la situation car elle fait le choix de la psychothérapie et prend des responsabilités associatives. Elle s'oppose à l'affirmation de Marc sur le caractère incurable de la maladie, car cette conception de la maladie heurte de façon directe son système de pensée.

Elle montre une solidarité avec son groupe d'appartenance, dont elle attend en retour un soutien de type affectif et compréhensif pour soutenir sa volonté plutôt que d'imaginer construire un rapport de force. D'ailleurs, Marc ne se trompe pas lorsqu'il recherche l'approbation de Caroline pour décrire les caractéristiques de ce groupe, craignant des réactions émotionnelles.

Les caractéristiques de la manière dont Caroline rend compte de son expérience, c'est-à-dire sa façon d'explicitier son agir, ses choix, sa vision de soi et du monde : Caroline ne fait pas un récit anecdotique de son vécu en le replaçant dans un contexte. Son discours se présente comme une cristallisation de ses expériences autour d'un principe explicatif et récurrent, la psychiatrie, qui organise les éléments de sa vie et ne lui laisse pas d'autre choix que la guérison. Ces expériences sont ainsi présentées comme des éléments généralisés et généralisables (Barbier, Durand, 2006, 124). Les

éléments de son raisonnement sont construits sur un mode binaire, s'opposant termes à termes, avec une face perçue négativement et une autre positivement : maladie/guérison, soin/sanction, incluse/exclue, etc.

L'étiquetage qu'elle a perçu lors de l'hospitalisation qu'elle décrit comme un moment-clé de l'étiquetage, dans la relation aux soignants, la renvoie à une catégorie fermée, dont on ne sort plus, celle des malades et de la « psy » à laquelle est opposée la force de sa volonté individuelle.

La communication de Caroline manifeste son intention de convaincre les autres et de se convaincre elle-même de la possibilité de s'en sortir par elle-même à force de volonté et donc exprime l'intention prêtée à d'autres de l'enfermer dans un destin et de vouloir contrecarrer sa volonté. Elle mise sur le fait de provoquer de l'empathie, voire la sympathie en utilisant les ressorts de l'émotion. Elle s'implique et implique son interlocuteur par l'usage du "tu".

5.1.2 Logique de construction des énoncés de Marc

le discours tenu sur la psychiatrie destiné à autrui
« <i>C'est une maladie incurable</i> », « <i>C'est un gros handicap</i> », « <i>Tout ça c'est médicalisé</i> »
le discours tenu sur le rapport de soi à la psychiatrie
« <i>J'ai découvert quelque chose de totalement nouveau, on peut enfin passer à une psychiatrie dynamique sans psychiatre et sans soignant</i> », « <i>C'est personnellement ce dont j'avais besoin</i> »

Le discours tenu sur la psychiatrie est un point de vue impersonnel et s'oppose à un discours personnel où nous trouvons une structuration pour soi (avec l'emploi du "je" et de "personnellement") selon un modèle binaire opposant psychiatrie dynamique, parce que non médicalisée, et une psychiatrie médicalisée. Une psychiatrie non médicalisée qui convient à Marc, c'est de cela qu'il dit avoir besoin, mais ce discours s'inscrit à l'intérieur d'un discours plus impersonnel sur l'acceptation de l'incurabilité et du handicap associés à la maladie selon le modèle médical classique.

Le propos de Marc se déroule alors autour d'une distinction entre les catégories possibles de malades, mettant peut-être en doute le fait que la voie non médicalisée soit bonne pour tous.

Alors nous pouvons approfondir l'analyse du raisonnement de Marc.

D'un côté ce dont il a besoin et l'affirmation des droits ↓	De l'autre la psychiatrie médicalisée ↓	
Dynamique sans psychiatre, sans soignant Reprendre des initiatives Retrouver goût à la vie Retravailler C'est pas en supprimant les droits des personnes qui ont des troubles psychologiques qu'on leur permettra de vivre heureux et intégré En essayant de les admettre comme des gens normaux	malade j'ai une maladie mentale grave et incurable qui peut toutefois être stabilisée	Grand malade et handicapé c'est un gros handicap il y a une phase de mimétisme par rapport à ceux qui vont mal et on a peur de devenir comme eux
	Avec des hospitalisations malheureusement en partie dues à ma faute car je n'ai pas respecté les traitements Tout ça c'est médicalisé On leur propose ça manque de moyens et de dynamisme Beaucoup de maladies mentales se révèlent à ...auparavant les individus allaient très bien Un choc quelconque, une adolescence difficile... N'importe qui peut péter un plomb Droit de la personne parce que si on regarde sur la tête des gens c'est pas écrit malades mentaux	quand on est dans des phases de crise de dépression aiguë où l'on est plus soi même, on a l'impression d'être incompris on ne comprend plus personne parce qu'on ne supporte plus personne Grands malades, les chroniques qui n'ont pas de chance d'en sortir Stéréotypes négatifs Si on ne peut pas travailler on assume sa maladie et on apprend à vivre avec ses indemnités

Pour Marc, la frontière entre malade et grand malade est fragile, sans doute sous-tendue par la peur de devenir un grand malade lorsqu'il dit : « *Il y a une phase de mimétisme par rapport à ceux qui vont mal et on a peur de devenir comme eux* » ; d'où l'emploi du "on" pour le "Je" et du "ils" pour parler des autres

malades. Le discours est distancié dans la description de l'organisation de l'hôpital.

Qui dit qui est malade ou grand malade ? C'est l'organisation des services qui donne à voir qui sont les malades et les grands malades et le médecin qui établit un diagnostic, prescrit un traitement. Ici s'enracine peut-être la recherche d'une psychiatrie sans psychiatre, phrase énoncée non sans plaisir, voire "jouissance" moqueuse, signe qu'il n'y croit peut-être pas vraiment et que cela reste une forme de provocation à l'adresse des médecins qui pourraient être auditeurs de la cassette, mais avec une menace voilée, « *Je vais peut-être me faire mal voir en disant ça* ». Marc se situe dans le discours et la pensée dominante du champ psychiatrique.

C'est le discours normatif, anhistorique et fataliste, de celui qui subit. La figure de l'action tend à énoncer l'ordre, la règle, dégagée de tout contexte.

Marc est le seul à tenir un propos sur les droits de l'homme et les stéréotypes qu'il faut combattre, notamment par l'information démystifiante. En accord avec les médecins, l'étiquetage est perçu à travers les membres du groupe d'appartenance qui cristallise les attributs et la place sociale donnée par l'étiquetage, d'où son ambivalence par rapport au groupe comme catégorie d'appartenance : en être ou pas.

Marc parle avec des arguments d'autorité pour donner une information précise, rectifier la fausse information, rassurer, non sans humour.

5.1.3 Logique de construction des énoncés de Thierry

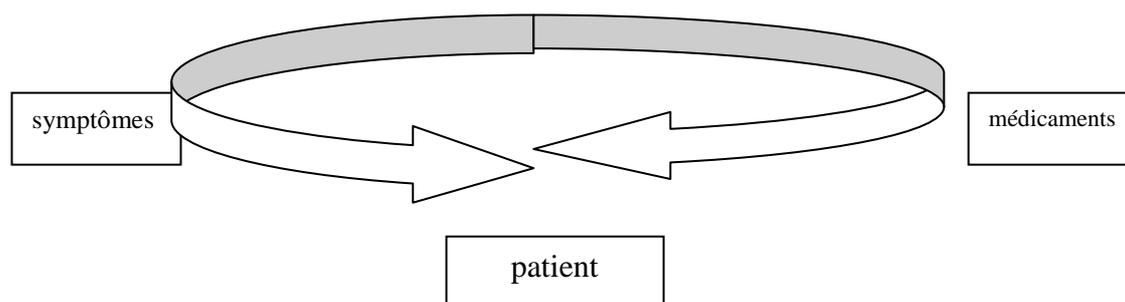
le discours tenu sur la psychiatrie destiné à autrui
« <i>La psychiatrie c'est un cercle vicieux, le symptôme c'est toujours le médicament</i> »
le discours tenu sur le rapport de soi à la psychiatrie
« <i>La psychiatrie rend malade</i> »

Effet du médicament	Conséquences pour le malade
Exclu à cause du symptôme qu'il a, donc du médicament Il a la bougeotte Mauvaises relations familiales	Expériences c'est l'exclusion du malade dans la société, On peut pas travailler dans le monde ordinaire Vous avez l'AAH Le patient vieillit assez mal

→

Il faut sortir au maximum des endroits pour personnes inadaptées

Nous pouvons ainsi visualiser le cercle vicieux dont parle Thierry, qui ressemble, au final, à un étau :



La psychiatrie, c'est le médicament, lesquels donne des symptômes qui provoquent des effets sur l'insertion dans le monde ordinaire. Pour Thierry, la maladie ayant conduit à une prise en charge en psychiatrie est occultée. « *Le patient vieillit mal* » sans doute car parce qu'il est pris dans ce cercle vicieux, il n'y a, pour lui, aucune sortie possible du système. La seule échappée semble alors la sortie des institutions.

Le raisonnement mis en œuvre dans la revendication du permis de conduire peut tout autant se comprendre dans la représentation d'un cercle vicieux. « Beaucoup de patients ont le permis, je pense que pour niveler tout cela il faudrait faire passer des visites médicales et le supprimer aux gens qui l'ont depuis longtemps [...] beaucoup trop en ont, c'est pas normal que M. L l'ait et pas moi ».

Si je suis dans ce cercle comme patient ce qui est permis à d'autres patients m'est permis. On peut soit y lire une contradiction logique, soit y lire un raisonnement qui fonctionne à partir d'une appartenance à une catégorie, celle de patient, qui annule la prise en compte des capacités personnelles. L'identité personnelle est comme "écrasée" par la catégorie.

Dans cette construction du raisonnement, nous pouvons retrouver l'argument ad absurdum, ou faux raisonnement non conforme, étudié par Egg (Carel, 2002, 77) qui dérange l'attendu avec des effets de décalage provoquant le rire. C'est effectivement la réaction de tous ici, même du caméraman censé ne pas intervenir. De plus, la séquence n'a pas été retirée au montage pour, peut-être, garder cette dimension de l'absurde et du rire, que l'on retrouve volontiers dans les "histoires de fous" qui circulent dans le milieu psychiatrique parmi les malades comme une autodérision. Certes, elles sont construites sur les stéréotypes du fou, mais montrant tout autant l'absurdité attachée à la condition humaine et les fausses certitudes de ceux qui se croient normaux.

Thierry est le seul qui évoque le problème de la catégorisation. Une première fois, il dit « *Je fais la différence entre malade mental, ce qu'on est nous, et handicapé mental* ». Une autre fois, il intervient pour "défendre" les malades qualifiées de chroniques, par l'exemple d'une personne qui selon lui arrive à vivre hors du milieu hospitalier. Il n'est pas sur les mêmes angoisses que Marc, puisqu'il ne fait pas référence à des différences dans l'atteinte de la maladie, mais uniquement à la catégorie de malade.

L'explication se fait par l'origine : un événement du passé induit la prédiction du futur, de ses conséquences et la répétition. C'est l'événement premier qui est significatif et tend à contaminer toutes les expériences à venir.

C'est dans les conséquences de la maladie que se lit l'étiquetage négatif initial et sa répétition : le vécu d'exclusion et de discrimination dans ce qu'on est pour les autres (soignants, proches, anonymes) et la place sociale assignée.

C'est le cercle vicieux de la prise en charge psychiatrique qui crée le malade et ses symptômes et a pour corollaire l'exclusion sociale, les difficultés de la vie personnelle et sociale.

Thierry parle de lui, "il", comme membre d'une catégorie, les malades, avec lesquels il demande une égalité de droit et de considération. Il défend l'appartenance à ce groupe, se compare à ses pairs. C'est par la force de ce qu'il est qu'il s'impose, l'affirmation de sa différence qu'il met en scène.

5. 2 DYNAMIQUES DES SUJETS

5. 2. 1 Stratégies des acteurs

Des stratégies d'affirmation identitaire individuelle sont repérables pour chacun des acteurs pour se démarquer de ce qui est perçu de l'étiquetage. Ces stratégies se construisent autour de quatre pôles : l'étiquetage tel qu'il a été "perçu" par la personne étiquetée, ce que la personne veut montrer d'elle dans la situation d'interaction, la relation aux soignants et les représentants de l'institution "étiqueteurs", la relation au groupe d'appartenance auquel les personnes "étiquetées" se sentent assimilées.

Elles sont engagées par les acteurs à l'aide de différents opérateurs qui sont autant de façons de soutenir l'argumentation pour se présenter (ostension de soi), pour renforcer le discours destiné à influencer les destinataires potentiels.

5.2.1.1 Typologie des positionnements choisis par les acteurs

Ainsi nous pouvons analyser trois typologies autour de ces pôles pour chaque acteur :

Caroline fait le choix de :

- Mobiliser par l'émotion l'auditeur et les interlocuteurs à la compréhension de ses problèmes et de son point de vue,
- Ne compter que sur elle en utilisant le groupe comme support (notamment pour contester les institutions),
- Revendiquer sa singularité et développer ses capacités à être elle-même,
- Se montrer dans sa fragilité, donner à voir ses émotions et sa volonté.

Marc fait le choix de :

- Accepter la maladie comme incurable,
- Se faire reconnaître comme stabilisé et en capacité de contrôler la maladie,
- Se démarquer du groupe auquel on est identifié en créant des sous catégories par exemple celle de ceux qui sont « *de grands malades* » (rejet de l'assimilation au groupe, faire alliance avec les soignants),
- Et s'autoriser à dévaluer les systèmes institutionnels pour revendiquer en situation de communication "une psychiatrie sans psychiatre".

Thierry fait le choix de :

- Se mettre en scène comme dérangeant, interrogateur,
- S'appuyer sur le groupe comme groupe d'appartenance (assimilation à ce groupe) pour invalider le système qui le fait malade,
- Rejeter l'institution et critiquer les soignants,
- Viser la sortie de l'institution pour retrouver ses droits.

Une distance plus ou moins critique est affirmée par les trois personnes autour des constats des conséquences de la maladie sur la vie sociale et sur la prise en charge de la maladie par l'institution psychiatrique, mais c'est dans la relation au groupe d'appartenance et la relation avec les soignants que les choix stratégiques des différents acteurs se donnent à voir.

Caroline choisit de s'appuyer sur le groupe d'appartenance et fait une psychothérapie « Qui m'aide à analyser mes problèmes à les dénouer à m'en

défaire » dit-elle. Dans les deux cas, elle mise sur une transformation d'elle-même en utilisant ses deux supports, pour guérir et vivre enfin sa vie.

Marc est critique vis-à-vis d'une catégorie de malades et essaie de s'en démarquer en choisissant d'incorporer le point de vue des soignants pour contrôler sa maladie.

Thierry est un malade mental qui choisit d'incorporer le point de vue de son groupe d'appartenance pour contester les soignants et ainsi préconise de sortir le plus possible de l'institution pour sortir de l'exclusion sociale.

5.2.1.2 Types d'opérateurs d'ostension de soi et d'influence des cadres interprétatifs des destinataires.

Chacun des acteurs développe son style à l'aide de ce que nous avons qualifié des opérateurs. Ces opérateurs marquent un registre spécifique d'interpellation des autres (destinataires ou du groupe en interaction) et servent à retenir, provoquer l'attention, à donner du poids aux énoncés. Les opérateurs formatent les arguments et, dans la présentation de soi, ce sont des éléments de mise en scène de soi, donc des marques d'ostension de soi.

	Thierry	Marc	Caroline	Julien
Types d'opérateurs d'ostension de soi	Mise en scène de soi interpellant Questionnement des autres pour exister	Provocation des soignants (<i>complicité</i>) Humour (contrôle de l'identité du gr)	Implication – <i>tu</i> Provoque empathie, voire sympathie	complicité avec le groupe, soutien des énoncés des acteurs

	Thierry	Marc	Caroline	Julien
Types d'opérateurs d'influence des cadres interprétatifs des destinataires	Argument de vérité, mise à distance de son vécu - <i>il</i>	Argument d'autorité, savoir Impératif – <i>il faut savoir</i>	Émotion Implication – <i>tu</i> Provoque empathie, voire sympathie	Mise à distance du savoir professionnel Interpellation des professionnels

5. 2. 2 Pour influencer les représentations qu'autrui a de soi

Dans notre analyse, nous avons pu montrer que ce que les personnes étiquetées donnaient à voir dans l'ostension de soi était destinée à influencer, pour les transformer, les représentations qu'autrui a de soi.

Être vu, se voir, se donner à voir. Les dires de soi en situation d'étiquetage

« La finalité de toute énonciation est soit de confirmer ce qui est donné comme 'existant' soit de le remettre en cause, de le 'négocier'. Il s'agit tantôt de confirmer des sens déjà construits, de clôturer en des champs de signification attribués à des objets ou à des représentations du monde tantôt de déplacer les frontières de ces champs de signification pour en reconstruire le sens, et dans ce cas bien sûr, pour déstabiliser d'autres conceptions, d'autres représentations du monde » (Vignaux, 1999).

Les comportements d'ostension de soi sont bien constitués de mises en scène de soi et d'énoncés où les arguments développés par les personnes étiquetées visent à déstabiliser les représentations d'autrui, semer le doute, déjouer les constructions de sens et les significations de soi et d'autrui.

Mise en doute du soin : « dans les hôpitaux psychiatrique, j'appelle pas ça du soin, ce qui me choque la rigidité des soins, le côté répressif » (C), « on peut enfin passer à une psychiatrie dynamique sans psychiatre et sans soignant » (M), « la psychiatrie rend malade [...]. C'est le fait d'être en psychiatrie qui engendre mauvaises relations familiales » (T).

Mise en doute des représentations des malades psychiatriques : « les fous ne sont pas ceux qu'on croit » (C), « n'importe qui un jour peut péter un plomb et se retrouver hospitalisé en psychiatrie avec des traitements qu'il ne comprend pas forcément, il ne sait pas franchement où il est, il se retrouve dans un milieu qu'il ne connaît pas et face à tout cela il faut qu'il arrive à réagir »(M), « les admettre comme des gens normaux » (T).

Les propos provocateurs utilisés par les trois acteurs peuvent être compris comme des façons d'attirer l'attention du destinataire et bousculer ses défenses. Certains mots sont appuyés et répétés, par le ton et les gestes et des interrogations sur le sens même des mots apparaissent : « On est interné, on est hospitalisé [...] on est là pour être remis dans les rails, sans pincette, sans faire trop attention, on est poussé violemment [...] j'appelle pas ça du soin », dit Caroline, joignant les gestes à la parole. Thierry emploie le terme d'exclu et d'exclusion trois fois dans une même phrase. Quant à Marc, il dit « C'est un gros, gros handicap [...] tout ça c'est médicalisé [...] n'importe qui un jour peut péter un plomb et se retrouver hospitalisé en psychiatrie ».

Les personnes étiquetées cherchent à manipuler les contextes de la situation (Paicheler, 1992) pour créer du sens orienté.

Il est à signaler que les trois façons de se mettre en scène que nous avons analysées sont, prises ensemble, particulièrement efficaces quant à l'objectif d'influencer les cadres interprétatifs des destinataires, au sens large, de la vidéo. En effet, les divers contextes qu'on cherche à modifier lorsque se déroule un discours rhétorique d'influence sont présents à travers les énoncés des trois protagonistes : le contexte normatif, le contexte des positionnements identitaires, le contexte des positionnements des acteurs entre eux, le contexte relationnel.

Le contexte normatif, ne remettant pas en cause le contexte culturel en référence aux normes et règles collectivement partagées, sert de base à Marc en particulier pour asseoir son autorité. Il se reconnaît malade et blâme les erreurs d'interprétations de certains malades. Il est en complicité avec les soignants. Ce positionnement lui permet alors d'émettre des critiques, de revendiquer des droits et de la considération et d'espérer se faire entendre des destinataires donc, en quelque sorte, d'interroger de l'intérieur ce cadre. Le contexte des positionnements identitaires, ce que l'on sait des intentions, des enjeux des acteurs est interpellé, notamment par Caroline qui réclame un soin de qualité, ce qui ne peut laisser des soignants indifférents. De même sa façon de mettre en scène ses émotions peut aussi déstabiliser les destinataires, les toucher, par l'évocation de son vécu douloureux et sa volonté de s'en sortir.

Le contexte des positionnements des acteurs entre eux, légitiment leur place et rôle sociaux. Chacun est ici, et ce de façon indubitable, légitimé par le temps passé en psychiatrie. Le contexte relationnel est l'ensemble du système institutionnel et/ou du contexte social dans lequel se déroule la relation créée. Aux stratégies de complicité de Marc et à celle de la colère de Caroline, est associée l'occupation de la scène par Thierry, présence qui met en scène ses difficultés (son attitude corporelle), son obstination à énoncer des vérités, sa difficulté à prendre la parole dans le groupe. Ces attitudes connues des

soignants ne peuvent les laisser indifférents ; comme ils l'exprimeront lors du visionnage de la vidéo¹.

5.2.2.1 Les comportements d'ostension de soi

Se présenter marque un rapport au monde, donne à voir les aspirations de la personne et sa recherche d'une valorisation d'elle-même. Ainsi, certaines formes de présentation de soi peuvent être référées à des procédures de réparation de l'image qu'on a de soi à ses propres yeux et aux yeux d'autrui. Dans notre matériau, si les trois acteurs font le choix de se présenter dans un rapport à la psychiatrie c'est que celle-ci occupe toute leur vie. De plus, la longueur et la qualité de leur expérience en psychiatrie leur confère une légitimité à être porte-parole du groupe. Seul Marc enrichit sa présentation de lui-même par une référence à sa fonction de père de famille. La présentation de soi est construite dans un objectif d'influencer les représentations d'autrui en affirmant sa légitimité à le faire. D'emblée, la personne se présente dans le lieu de l'autre, l'étiqueteur. Au même titre que cet autre, la personne étiquetée revendique un savoir par expérience, les codes sont partagés. La valorisation de soi va alors se jouer sur la capacité à maîtriser ces codes, tout en se démarquant par une analyse critique des systèmes institués. Des mécanismes offensifs remplacent et complètent les procédures de réparation de l'image de soi (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2001). Ils visent à protéger le moi en cas d'affects désagréables ou douloureux. Ce sont des processus visant à restaurer un équilibre psychique. Ces mécanismes offensifs donnent aux sujets la possibilité de diminuer leur anxiété, de se distancier de la menace perçue et d'augmenter leur estime d'eux-mêmes, d'où le recours à des opérateurs - émotion, humour, interpellation - qu'ils utilisent et qui sont autant d'arguments offensifs.

Les comportements d'ostension de soi sont de trois types : une mise en scène de soi qui donne à voir la différence, une mise en scène de soi donnant à voir la maîtrise, une mise en scène de soi centrée sur la communication des émotions. Une mise en scène de soi qui donne à voir la différence ou

¹J'ai été témoin de ces réactions de soignants lors du visionnage de ce film et des débats auxquels il a donné lieu, mais ce commentaire n'est pas le résultat d'une analyse directe faite dans cette recherche.

"communication de la différence", apparaît avec des comportements qui donnent à voir l'agitation corporelle, les difficultés, les questionnements adressés aux autres membres de l'interaction. La mise à distance de son vécu, parlé de soi à partir de ce l'on a dit de soi (usage du "il" pour parler de soi) met en avant des arguments de vérité, sa vérité, que l'acteur cherche à imposer aux destinataires. Une mise en scène de soi donnant à voir la maîtrise apparaît dans l'image que l'on donne de soi dans le groupe et le contrôle de l'identité du groupe lui-même, par humour et, de la même manière, le recours à une provocation, sans hostilité, des soignants pour créer une forme de complicité. Les arguments sont alors construits sur le mode d'une autorité, celle que confère la connaissance partagée tant avec les soignants, qu'avec ses pairs (les soignés) - « *Il faut savoir* » -, forts de la reconnaissance du groupe en interaction.

Une mise en scène de soi centrée sur la communication des émotions (peur, colère, désespoir), vise à "l'emporter" en créant un climat d'empathie, voire de sympathie, et ainsi solliciter une attention bienveillante à la personne énonciatrice de la part de ceux qui écoutent aussi bien les plus lointains, que les membres du groupe en interaction.

5.2.2.2 Ostension de soi et rapport au groupe d'appartenance

Tout autant l'ostension de soi est liée à l'ostension du groupe d'appartenance. Les personnes étiquetées doivent se positionner à propos du groupe auquel elles sont assimilées, ici les patients/malades, tout en contrôlant collectivement l'image qu'elles en donnent. Pour tous, il y a un intérêt personnel à conserver une bonne image de soi et un intérêt social à lutter contre la discrimination dont est victime le groupe auquel elles appartiennent. Ainsi, nous avons pu observer les trois positionnements adoptés par rapport à ce groupe : l'assimilation, la démarcation, l'inclusion et la solidarité.

L'assimilation consiste à s'assimiler totalement au groupe d'appartenance et à la manière dont il est traité, ce qui implique à la fois d'accepter d'en être (il n'y a pas de choix) et de se construire une image de soi revendicatrice face aux soignants. C'est le choix de Thierry. Pourtant, il ne va pas jusqu'à

considérer les membres de ce groupe en capacité de s'émanciper de la définition sociale donnée à ces catégories (handicapés, exclus, usagers, patients), pour s'affirmer une identité en propre et se revendiquer d'une culture commune¹.

La démarcation consiste à se comparer aux membres de son groupe d'appartenance, victimes de stigmatisation, pour s'en démarquer, totalement ou en partie, et ainsi garder une bonne estime de soi. C'est la stratégie de Marc qui contrôle toujours par le regard les réactions de Caroline (son vis-à-vis visuel) lorsqu'il parle des malades collectivement, pour savoir jusqu'où et/ou comment il peut se démarquer du groupe tout en restant inclus.

L'inclusion et la solidarité sont le positionnement qui consiste, pour parler de la stigmatisation de son groupe d'appartenance, à adopter un point de vue intergroupe. C'est-à-dire ici de montrer la responsabilité des soignants et de la société, via l'institution psychiatrique, dans les difficultés des personnes malades, tout en se ménageant la possibilité d'utiliser les services, de faire des propositions pour les améliorer. C'est le choix de Caroline qui se montre solidaire du groupe et critique quant aux soignants, pour se construire une image de soi autonome et volontaire dans son devenir avec l'appui des soignants et le support du groupe.

¹ Les personnes sourdes développent cette idée d'un peuple sourd avec une langue et une culture commune. Voir Pelletier in Pelletier, Delaporte, *Moi, Armand, sourd et muet*, Paris, Plon, 2002 (Terre Humaine)

Ainsi, on peut dire que ces comportements d'ostension sont des stratégies qui combinent plusieurs éléments et que l'on peut ainsi caractériser :

Types de stratégies	Conservation de soi	Promotion de soi	Promotion du groupe
Comportement d'ostension de soi	Maîtrise	Communication des émotions	Mise en scène corporelle de la différence
Positionnement au groupe d'appartenance	Démarcation	L'inclusion et la solidarité	L'assimilation
Dynamique de construction de sens (soi)	Interprétative	Affirmation de soi	Énoncé de vérité pour soi
Dynamique de modification de significations adressées (public)	Convaincre	Compatir	Déranger
Opérateurs offensifs	Humour	Émotions	Interpellations
Affects identitaires	Culpabilité	Frustration	Revendications
Structuration des énoncés	Anhistorique, normatif, et fataliste	Temps linéaire (devenir vécu comme un « destin »)	Circulaire (un événement du passé induit la prédiction du futur et sa répétition)

« Promenons-nous dans le moi
Pendant qu' le vous n'y est pas
Car si le vous y était
Sûr'ment il nous mangerait »

Serge Gainsbourg

Ce grand méchant Vous

CHAPITRE VI ETRE VU, SE VOIR, SE DONNER À VOIR COMME...

INTERPRÉTATIONS DES RÉSULTATS

En quoi ces résultats interrogent-ils nos hypothèses et le cadre théorique choisi dans cette démarche de recherche ?

Quelques considérations méthodologiques d'abord : nous n'avons pas accès à la situation d'étiquetage de manière directe, nous avons accès à un vécu de situations d'assignation et un vécu de soi dans ces situations, au mieux à un "perçu" d'étiquetage, à travers les énoncés des acteurs (Marc, Thierry, Caroline). Nous nous sommes livrés alors à un travail d'inférence à partir de ces énoncés. Bien que dans le cadre d'une situation "codifiée", il ne s'agit pas pour eux d'un rôle prescrit, mais d'une façon spécifique d'endosser l'étiquette en préservant une image d'eux-mêmes, adossée à la nécessité de "s'ajuster" avec leurs pairs et de "négocier" avec eux-mêmes. Dans cette situation interactive, des images données de soi émergent, en somme "échappent" au contrôle de l'acteur. Lors de ce travail d'inférence, nous avons assez souvent utilisé les énoncés de Julien comme un révélateur. Son attitude nous montre qu'il est conscient de ces processus d'étiquetage. En effet, ayant choisi, en lien avec sa fonction professionnelle, de faire alliance avec ces personnes, il déjoue d'emblée le problème de la nomination : « *C'est une nouveauté pour moi de travailler avec des gens dont je ne sais pas toujours comment on peut les qualifier et eux non plus d'ailleurs ne savent pas comment s'appeler* ».

Le rire qui fait suite à ce propos signe l'approbation du groupe. D'ailleurs, il souhaite que les destinataires de cette vidéo réfléchissent sur leurs comportements « *qui ne sont pas agréables, des comportements un peu excluant* ». L'étiquetage perçu, qui est au centre de notre recherche, est la réactivation en situation d'interaction - ce qui est rendu à nouveau présent à la conscience et actif en situation - du point de vue de l'autre sur soi, point de vue connu par expérience.

Être vu, se voir, se donner à voir. Les dires de soi en situation d'étiquetage

Dans l'interprétation de nos résultats de recherche, nous ferons appel tant à nos référents théoriques qu'à notre expérience de professionnelle de la psychiatrie.

Il s'agit bien d'une situation de communication puisque la visée d'influence est manifeste. Les énoncés, construits sur des argumentations spécifiques, visent à influencer les cadres interprétatifs des destinataires. Le rythme de l'ensemble des propos est assez lent, posé. La visée de transformation des représentations des destinataires est marquée dans la discussion par de longues interventions où certains propos sont appuyés pour faire comprendre.

Dans le même temps, c'est une situation d'interaction, où les acteurs s'ajustent mutuellement pour trouver un accord sur ce qu'ils veulent donner à voir d'un groupe d'appartenance. Pour preuve, les échanges de regards, les coups d'œil en direction des autres, marquent la recherche d'approbation et font, sans doute, partie de cette élaboration d'un discours collectif qui se déploie sous le contrôle des autres.

Pour autant, l'implication des personnes est totale comme le montrent les marques élocutives analysées. Il s'agit d'une mise en scène de soi-même, même lorsque l'objectif recherché est de donner une information sur l'institution psychiatrique. Il est question de contrôler l'image donnée de soi à autrui et à ses pairs. La mise à distance n'est que superficiellement réalisée. Par contre, les acteurs font des choix différents dans la manière de se présenter, au-delà, de ce qui les légitime à être là.

Cette mise en scène est liée à un positionnement représenté et affiché (au regard des soignants et du groupe d'appartenance), dans une négociation de soi à soi, de soi avec autrui. Nous pouvons parler de stratégies d'ostension de soi. Il s'agit d'influencer les destinataires. Dans le même temps, s'élabore du sens pour soi pour chaque acteur. Les acteurs construisent du sens pour eux-mêmes et des significations pour autrui et ces deux composantes intriquées peuvent être entendues comme des "dires de soi" spécifiques à la personne réagissant à un étiquetage perçu.

Ce qui apparaît clairement, c'est que l'étiquetage se construit, en confrontation avec autrui dans l'interaction et la communication, et qu'il participe aux représentations que la personne a d'elle-même et aux images qu'elle veut donner d'elle-même. Ceci fait écho aux définitions de l'identité comme

« Constructions représentationnelles et discursives opérées par des sujets sur eux-mêmes ou sur d'autres avec lesquels ils sont en relation » (Barbier, 2006, 22).

Lorsque cet étiquetage est négatif, lorsqu'il donne lieu à stigmatisation, il a des conséquences spécifiques sur le regard que porte le sujet sur lui-même et influence le vécu des situations auxquelles ce sujet doit faire face. Il est question à la fois de disqualification sociale et de discrédit de la personne stigmatisée (Paugam 2004). Nous avons choisi de prendre en compte à la fois ce qui se rapporte au processus général de l'étiquetage et ce qui relève d'un étiquetage vécu comme négatif par les acteurs.

Repris globalement nos résultats peuvent être structurés autour de trois pôles constitutifs de l'expérience d'étiquetage : la situation d'étiquetage et son vécu, le "retentissement" de l'étiquetage, la communication sur soi à partir d'une situation d'étiquetage.

6.1 LA SITUATION D'ETIQUETAGE : ETRE VU COMME

Nous pouvons définir l'étiquetage comme une situation interactive et intersubjective, susceptible de répétition, caractérisée par un processus d'assignation identitaire d'une part, et par un vécu de mise à l'épreuve de soi et de sa place comme sujet d'autre part.

6.1.1 Un processus d'assignation identitaire

Les acteurs se réfèrent tous au moment de l'hospitalisation, « *C'est-à-dire, que quand on entre, on est interné, on est hospitalisé* » (C), impression renforcée par l'utilisation d'un "on" impersonnel, pour décrire le moment de

l'hospitalisation. L'hospitalisation est un moment fortement institutionnalisé. C'est la place assignée et son corollaire, la manière dont les personnes sont considérées par et dans l'institution, qui est décrite par les personnes étudiées dans notre recherche.

L'hospitalisation se présente comme un temps partagé avec les soignants ; or cet aspect personnel de la relation, « *Mon psy* », « *Mon assistante sociale* », est marginal. Les soignants sont interpellés directement en tant que catégorie homogène et anonyme. Ils sont considérés dans leur fonction : « *Les gens qui travaillent...* ». C'est généralement le soin qui est évalué au-delà des personnes qui le prodiguent.

« *J'appelle pas ça du soin* » (C), « *Tout ça c'est médicalisé c'est un petit peu fonctionnarisé, je vais peut-être me faire mal voir en disant ça [sourire], mais je le dis et euh ça manque considérablement de moyens et de dynamique* » (M).

Les soignants sont interpellés en tant qu'occupant une place dominante dans une relation dissymétrique soignant/soigné et comme agent du processus d'étiquetage. L'extension de la catégorie des étiqueteurs, de ces soignants à un public plus large, donc à un destinataire de plus en plus indifférencié, peut permettre l'expression d'une évaluation critique. Cette critique prend la forme d'expressions de refus, de désaccord, de dénonciation de l'impact de la maladie et de sa prise en charge sur les autres situations sociales, aussi bien que d'énoncés de valeurs sur les droits humains : « *Des droits pour vivre heureux et intégré* » (M).

Aucun des trois acteurs n'évoque la question de son consentement ou non à l'hospitalisation. Ainsi, bien qu'elle fasse partie de leur histoire, les circonstances de l'hospitalisation, événement biographique que ces acteurs pourraient raconter chacun à sa manière à partir d'éléments spécifiques, sont minimisées. L'événement singulier est gommé, au profit du caractère symbolique qu'il revêt dans le parcours biographique des sujets (Legrand, in Barbier, 2000, 86). On passerait ainsi de l'expérience singulière à l'expérience sociale (Dubet in Barbier, 2000, 77), déclenchant de nouvelles façons de considérer son devenir personnel et social. Ainsi l'hospitalisation est bien un événement commun considéré comme originel qui inaugure un processus d'assignation identitaire de patients, de malades. Marc souligne la

perte des repères et du contrôle de soi lors de l'hospitalisation, en choisissant la mise à distance par l'emploi du pronom "il".

« Il ne sait pas franchement où il est, il se trouve dans un milieu qu'il ne connaît pas et face à tout cela il faut qu'il arrive à réagir ! » (M).

Comme nous l'avons évoqué dans le contexte de cette recherche, la construction du "patient" par la personne elle-même et par le soignant se réalise dans un espace-temps de rencontres durant un parcours institutionnel (Clément, 2001) : rencontres multiples entre la personne et les différentes sphères du système de soins et de ses acteurs, les personnels de santé et/ou d'autres patients et rencontres de l'entourage du malade avec ce système de soins et de ses acteurs. Ce qui est ainsi vécu permet d'évoquer les rites d'initiation propres aux institutions "fermées" décrits par Goffman, notamment, dans le cas de l'asile psychiatrique, sous le terme d'"asilisation". Des institutions apparemment très différentes dans leurs fonctions déclarées, présentent des analogies frappantes dans leur fonctionnement : des mondes fermés sur eux-mêmes où l'on n'entre qu'après un dépouillement préalable de tout ce qui faisait l'identité sociale. Dans les pratiques psychiatriques, il s'agit de confronter le patient aux règles institutionnelles, étant entendu que se plier à ces règles présage d'une possibilité de se réinsérer dans la société. Cette caractéristique de l'étiquetage vécu en relation, tant personnelle qu'institutionnelle, n'est pas spécifique à la psychiatrie, mais concerne tous les métiers dits d'intervention sur autrui que nous avons évoqués dans le contexte de cette recherche.

L'étiquetage pratiqué par les professionnels est une activité de classification de l'autre dans une catégorie considérée comme "naturelle", en général à partir de l'établissement d'un diagnostic.

L'entrée dans la prise en charge est conditionnée par l'acceptation d'une "nouvelle" assignation. Le professionnel est d'ailleurs choqué que cette assignation qui le légitime comme intervenant soit stigmatisante pour les personnes dont il s'occupe. Ainsi soignants et soignés peuvent engager des actions pour lutter contre les stéréotypes et tenir des discours assez proches, chacun pouvant "gagner" à changer les stéréotypes. D'ailleurs, une certaine stigmatisation peut aussi stigmatiser les professionnels, le psychiatre être

assimilé au fou qu'il garde. On observe que plus les personnes sont dévalorisées socialement moins les professionnels qui s'en occupent sont reconnus, formés et payés, leur statut devient précaire à l'image des personnes dont ils s'occupent (Gentis, 1977).

Ceci valide notre définition de l'étiquetage comme une fonction de catégorisation d'autrui cohérente avec la place et le rôle que le sujet qui étiquette se donne lui-même et la manière dont il voit sa propre action. Les règles de classement se transforment en règle de conduites. La représentation sociale a aussi un aspect prescriptif en délimitant ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné (Jodelet, 1993).

Nous avons parlé d'assignations réciproques. La place de l'un autorise la place de l'autre, lui permet d'agir sur l'autre, le reconnaissant comme nécessaire à sa propre définition de soi, tant personnellement que socialement.

Dans ce "jeu" de conformité réciproque, mais dissymétrique, l'interprétation de rôle se fait sous le regard et le contrôle d'autrui.

6. 1. 2 Un vécu de mise à l'épreuve

Les acteurs disent avoir fait l'expérience de l'hospitalisation, pour évoquer ce qu'ils ont vécu et les conséquences de ce vécu sur leur vie : « Mes expériences dans les hôpitaux psy m'ont laissé une impression assez pénible » (C).

Être malade est à la fois une assignation donnant une place sociale et une expérience concrète au cours de laquelle les personnes développent des compétences jusqu'à, pour certaines, se reconnaître, dans l'inter-expérience d'un groupe d'appartenance, expertes par expérience, d'où l'importance pour ces acteurs de se présenter à partir du nombre d'années de prise en charge en psychiatrie.

6.1.2.1 Un vécu de confrontation à la norme et le sentiment d'avoir commis une faute

L'hospitalisation renvoie à l'épreuve de confrontation à la norme et à un vécu d'échec de ne pas y correspondre et ainsi d'être sanctionné pour cela.

« On a l'impression qu'on est là qu'on a commis une faute, qu'on est là pour être remis dans les rails mais allègrement, c'est-à-dire sans prendre des pincettes, sans faire trop attention, je trouve, on est poussé violemment » (C).

Julien confirme qu'il a déjà entendu des personnes exprimer le sentiment d'avoir commis une faute. Marc souligne que s'il a été ré-hospitalisé c'était : «[...] dues à ma faute ».

6.1.2.2 Un vécu d'étrangeté et de perte des repères familiaux

« Il se retrouve hospitalisé en psychiatrie avec des traitements qu'il ne comprend pas forcément » (M).

La formulation choisie à travers ce pronom, "il", est une façon de mettre à distance les affects liés à cette expérience. L'étrangeté peut être vécu comme une confrontation à une violence symbolique.

« Ce qui me choque c'est la rigidité des soins, le côté répressif que ça peut avoir » (C).

6.1.2.3 Un vécu de ne plus pouvoir en sortir

Marc évoque une maladie grave « qui nécessite des soins réguliers et permanents » ; Caroline parle d'une vie volée :

« L'histoire d'une fille qui était dans un hôpital psychiatrique, le film s'appelle Une vie volée et elle s'en sort ».

Caroline est quelquefois d'accord avec ceux qui disent « Oui de toutes façons dès qu'on touche au psy on met un pied quelque part on peut plus le retirer jusqu'à la tombe », opinion renforcée par le sentiment que sa psychothérapie n'avance pas, « ça a un côté fastidieux c'est vrai », dit-elle.

6.1.2.4 Un vécu de stigmatisation

Pour rendre compte des conséquences de l'étiquetage sur leur vie sociale, et notamment par rapport au travail, deux acteurs ont recours à la notion d'exclusion.

« L'exclusion dans la société, aussi du malade exclu dans la société » (T) ; « T'es pas inclus dans la société, t'es pas inclus dans des activités, t'es pas inclus avec un petit ami et des enfants, avec tout, donc tu vois le temps qui se déroule sans toi et toi t'es à côté » (C) ; « [regret de n'avoir pas accès à] un boulot avec une certaine évolution où tu pourrais retrouver le circuit normal, un truc comme ça intéressant quoi, un truc impliqué et intéressant » (C).

Les personnes reprennent à leur compte la notion d'exclusion pour décrire un vécu de non-participation à la vie sociale (Karsz, 2000).

L'étiquetage donne lieu à des organisations réelles d'activités ou à des règles d'accès, de limitations. L'épisode dit du "permis de conduire" est ainsi significatif car on peut penser que, pour Thierry, il représente une activité sociale symbolisant l'autonomie et qui lui serait "refusée". Certaines activités sont ainsi "empêchées" à certaines personnes, alors que d'autres leur sont de façon "évidente" dévolues (Paugam, 2004).

6.1.2.5 Un vécu de menace du stéréotype

Cette menace est celle d'être vu uniquement comme "porteur d'une étiquette négative". C'est principalement le cas pour Marc qui craint d'être assimilé à certains malades, ce qui l'amène à se démarquer de ces grands malades, ceux qui ne sortiront plus.

« Il y a un service alors là extrêmement fermé qui est pour les chroniques pour les gens qui n'ont pratiquement aucune espérance d'en sortir et qui sont, heu, je veux pas dire végétatifs mais qui enfin sont de grands malades ».

De même faut-il voir dans l'affirmation de Thierry une façon d'échapper au fait d'être assimilé au groupe de malades psychiatriques et à son "destin" dans la société.

« Il faut sortir au maximum des endroits pour personnes inadaptées, quoi au maximum à l'extérieur ».

Se mêlent, tout à la fois, le positionnement social de ce groupe, la stigmatisation et le discrédit attachés à la personne qui y est affiliée.

Celle-ci partage les mêmes *a priori* que l'ensemble de la population sur les personnes auxquelles elle est identifiée ou s'identifie, d'autant qu'il est plus difficile de s'identifier à une identité stigmatisée, lorsqu'elle est, de plus, associée à une précarité sociale (Mathieu, 2007).

L'étiquetage vécu pendant l'hospitalisation est relayé dans la société en général sous forme, cette fois, de stéréotypes négatifs et de conduites stigmatisantes.

« Même aller à l'hôpital voir un malade c'est quelque chose de pratiquement impossible » (M).

Les acteurs utilisent alors le mot "fou", qui n'est pas signifiant dans le monde partagé des soignants et des soignés.

« Les fous euh les etc. y a tout un tas de stéréotypes qui demeurent » (M) ; « Les fous ne sont pas toujours ceux qu'on croit » (C).

Les stéréotypes sont expliqués par une méconnaissance qui serait dépassée, par l'information d'une part et par l'établissement d'un contact personnalisé, d'autre part, d'où l'enjeu et les objectifs affichés de la réalisation de cette vidéo.

6.1.2.6 Un vécu de menace de contamination

Au niveau individuel, existe la crainte d'être "contaminé", transformé par le fait de côtoyer les membres de ce groupe, ce qui est exprimé par Marc de façon directe.

« Il y a une phase de mimétisme par rapport à ceux qui vont mal et on a peur de devenir comme eux » (M).

L'expérience de l'étiquetage se constitue donc dans cette diversité de situations de mise à l'épreuve de soi, qui se renforcent les unes, les autres, en transformant la manière de se voir et d'interpréter toutes nouvelles situations. En effet, on peut penser qu'il y a eu une multiplicité d'expériences qui ont contribué ou consolidé cet étiquetage (dans la famille, la vie sociale, etc.).

6.2 LE RETENTISSEMENT DE L'ETIQUETAGE : "SE VOIR COMME"

Nous appelons "retentissement de l'étiquetage" le travail de ré-élaboration psychique, affectant à son tour le vécu et l'interprétation de toute nouvelle situation présentant une similitude avec la situation repérée comme situation d'étiquetage.

6. 2. 1 Affiliation, intériorisation de la maladie et intégration d'un point de vue sur soi : l'endossement de l'étiquette

Se sentir appartenir au monde de la psychiatrie, « ce qui colle à la peau », selon les mots d'un acteur, devient un trait saillant de l'identité sociale, au détriment d'autres types d'appartenance tels que le milieu social, la profession ou le genre par exemple.

Ainsi, le petit groupe en interaction se reconnaît comme "patient" par les années de prise en charge en psychiatrie, mais cherche aussi les frontières de cette affiliation. Un doute persiste sur les attributs des étiquettes et signale l'imbrication des groupes stigmatisés (malades, handicapés, exclus), Thierry s'interroge :

« Je pensais nous autres Caroline, M. L..., moi ben, je classifierais plutôt ce qu'on est de malades mentaux, ce qu'on est par rapport à des gens qui ont un handicap plus lourd, qui ne prennent pas forcément de médicament, en CAT tout ça, je ferais la différence entre malades mentaux et handicapés mentaux. »

Cette difficulté de classification peut être associée à un phénomène repéré dans la trajectoire des personnes étiquetées et qui peut être qualifié d'étiquetage "en cascade". Il s'agit d'une succession des nombreuses étiquettes qui vont être attribuées à une même personne en fonction des différentes situations rencontrées. La personne va alors être amenée, momentanément ou durablement, à changer de groupe d'appartenance et/ou d'étiquette, laquelle va à cette occasion apparaître de façon saillante. Par exemple, la personne étiquetée malade à l'hôpital, devient handicapée dans le champ de l'insertion sociale, notamment pour accéder aux dispositifs gérés par les politiques sociales ou médico-sociales. Ainsi, dans certaines situations, certaines étiquettes peuvent être plus signifiantes que d'autres.

L'entrée dans l'institution peut être lue comme une entrée dans la carrière selon Becker (1985), laquelle marque l'entrée dans un mode de vie et un changement d'identité. On peut aussi évoquer la constitution d'une culture, génératrice d'affiliation sociale (Jodelet, 1993, 51), commune aux soignants et aux soignés, notamment dans les représentations qu'ils partagent, tant sur le rôle des soignants, que sur les stéréotypes attribués au grand public sur la psychiatrie, comme le rappellent Caroline et Marc.

Être vu, se voir, se donner à voir. Les dires de soi en situation d'étiquetage

« [...] des personnes, pour moi en tout cas, qui m'aident à analyser mes problèmes, à essayer de les rencontrer et à les dénouer et de m'en défaire » (C) ; « la bête noire pour le grand public » (M).

Les patients en se reconnaissant comme appartenant à une même catégorie de malades, sont, de fait, affiliés à un groupe. Ce groupe est constitué autour de points saillants - le fait d'avoir été hospitalisé en psychiatrie et de se sentir stigmatisé -. L'appartenance à ce groupe influence la perception de ce qu'on pense être soi (Licata, 2007, 33) et donc le comportement adopté, même si, différentes façons de se relier à ce groupe existent. Comme la personne étiquetée a le sentiment de n'être pas vue comme une personne, mais regardée comme membre d'une catégorie, chacune adopte un positionnement spécifique par rapport à ce groupe d'appartenance pour marquer un lien, allant de la solidarité à une manière de le mettre à distance. Ainsi nous avons caractérisé l'attitude des acteurs vis-à-vis de ce groupe d'appartenance par l'assimilation (faire corps avec et s'identifier au groupe), la solidarité (se sentir concerné par le groupe mais chercher sa propre solution individuelle), la démarcation (se distinguer d'une partie du groupe jugée porteuse d'une image négative, pour garder une bonne estime de soi).

6.2.1.1 Une intériorisation de la contrainte du soin et de la maladie

Dans l'exploration des images données par ces acteurs se reconnaissant patients, nous avons identifié une intériorisation de la contrainte du soin et de la maladie présente à des degrés divers pour les différents acteurs. Très présente chez Marc, elle provoque une attitude et des propos plus critiques vis-à-vis de l'institution pour Caroline et Thierry, ce dernier allant même jusqu'à exprimer un refus de prise en charge. Toutefois, même lorsque l'intériorisation semble acquise, persiste un doute sur ce qu'il convient d'attribuer aux difficultés des personnes elles-mêmes, à leur maladie et aux effets du système de prise en charge.

« Ceux qui ont été hospitalisés, en sortant de l'hôpital pour la plupart, c'est très dur ne serait-ce que d'aller acheter une baguette de pain ou d'aller... Ils sont pas beaucoup aidés » (M).

Cette interrogation affleure sous forme d'un doute, mais peut aussi prendre une tonalité plus revendicative.

« Le symptôme c'est toujours du médicament, pour moi il a la bougeotte on vous dit ceci cela, on peut pas travailler dans le monde du travail ordinaire, parce vous êtes ceci cela vous avez une allocation adulte handicapé » (T).

Ce qui laisse penser que ces acteurs ont perçu l'effet de réinterprétation de soi induite par l'étiquette acquise dans l'institution. En somme, dans le même temps que s'acquiert une étiquette, s'ouvre une possibilité de l'interroger et de développer différentes manières de l'"endosser".

6.2.1.2 Une intégration du point de vue de l'autre

L'analyse des images données, notamment l'image que l'acteur donne de la maladie (causes, conséquences, solutions) et celle que l'acteur donne des soignants (Chapitre 3) nous ont permis de montrer que pour ces acteurs l'hospitalisation est le moment où ils se reconnaissent sous des étiquettes de "malades", "patients", "usagers" et qu'ainsi ils évoluent dans le même univers de significations, de références, que les soignants, auxquels ils s'adressent. Dans notre matériau, les personnes se sentent assignées à une catégorie, les malades. Elles en acceptent ou subissent les conséquences. Marc intègre le fait d'avoir une maladie incurable et se culpabilise de ne pas suivre les traitements prescrits.

« Des hospitalisations malheureusement en partie dues à ma faute car je ne respectais pas les traitements qui m'étaient prescrits ».

Le jeu ouvert pour chacun de la multiplicité des facettes de l'identité sociale s'appauvrit dans la seule définition négative de cette identité sociale. (Licata, 2007). L'étiquetage pèse comme un regard extérieur, généralisé, sur la personne étiquetée qui peut être repris par tout un chacun en relation et en situation d'interaction : la famille, les professionnels par exemple, mais aussi par la personne étiquetée elle-même.

Dans l'expérience de l'étiquetage, on ressent et on éprouve un point de vue de l'autre sur soi, une perception de soi conditionnant un jugement, qui pèse dans la négociation de son identité personnelle et sociale. Il y a donc une intégration du point de vue de l'autre, ou plus précisément, ce que l'on pense être son point de vue.

Il s'agit donc d'une perception de soi construite - dans des situations interactives, et d'expériences - à partir des images attributives d'une identité : ce que renvoie l'autre comme image de moi, mais, tout autant, ce que je crois qu'il a comme image de moi. On est alors face à un filtre ou un miroir déformé, déformant, qui conditionne les attentes de rôles en situation, attentes qui seraient celles d'autrui, attentes qui peuvent être vécues comme des attentes prédictives et "auto-réalisatrices" de l'interprétation des rôles propres à un sujet et la manière dont ils peuvent être joués en situation (Jacobson, Rosenthal, Jacquet, 1971). Ainsi, est présent le sentiment que c'est l'ensemble des domaines de la vie sociale qui est "compromis", la relation aux autres qui est compliquée et le sentiment de compétence des sujets mis à mal.

« Donc tu vois le temps qui se déroule sans toi et toi t'es à côté » (C) ; « C'est le fait d'être en psychiatrie qui engendre de mauvaises relations familiales » (T).

Cette intériorisation semble inévitablement liée à l'expérience d'être assigné à une catégorie, mais elle apparaît nécessaire pour faire valoir ses droits et éprouver à nouveau un sentiment de contrôle de la situation. Endosser l'étiquette peut alors devenir une ressource.

6.2.1.3 Endosser l'étiquette pour faire valoir ses droits

Faire valoir des droits est lié au fait de se reconnaître "ayant droit". Par exemple, afin d'être soigné pour un trouble psychiatrique et en tirer profit en avantages juridiques et médicaux :

« On ne peut exercer ce droit qu'en se soumettant à un discours pathologique, de sorte que cette soumission nous donne aussi un certain pouvoir, une certaine liberté » (Butler, 2006, 121).

La possible contre partie négative de cette nécessaire reconnaissance, est de donner aux personnes étiquetées l'impression que le prix de cette reconnaissance est trop lourd et que les termes même dans lesquels leur identité est reconnue rendent leur vie "invivable" (Butler, 2006).

6.2.1.4 Endosser l'étiquette pour re-éprouver un sentiment le contrôle de la situation

Endosser une étiquette et interpréter un rôle social en entrant dans le jeu de l'autre et en s'appropriant ses codes culturels est aussi une manière de retrouver un pouvoir dans la situation et de retrouver le sentiment de contrôle de son environnement, qui nous l'avons vu, semble un déterminant nécessaire à toute construction identitaire (Crocker, Major, 1989, 608).

Plus les personnes sont jugées en conformité avec la norme, plus s'offre à elles la possibilité de se présenter de façon fantaisiste, dans un écart à la norme attendue, alors que les personnes étiquetées négativement ne peuvent se permettre cette fantaisie sans risque de confirmer leur étiquette et d'en subir les conséquences sociales (Bolognini, Prêteur, 1998, 160). Il est donc nécessaire de faire des compromis "réalistes" selon un jugement de pertinence sociale, c'est-à-dire, un jugement valide socialement et subjectivement (Beauvois, Joule et Monteil, 2004), compromis étayés par une connaissance de son environnement institutionnel, sociétal et de la place qu'on y occupe et par la possibilité de trouver un ajustement avec ce qu'on pense être soi.

Le "je" que je suis se trouve à la fois constitué par des normes et dépendant d'elles, mais doit maintenir une relation critique avec celles-ci. L'affirmation de soi suppose donc un processus réflexif sur ses expériences et son rapport à autrui.

En somme, le retentissement de l'étiquetage induit un point de vue sur soi, et son corollaire, la nécessité d'endosser une étiquette qui permet alors d'interposer "un écran" (Martuccelli, 2002, 229), plus ou moins "protecteur", entre ce que l'on pense être soi et la place occupée, pour retrouver des possibilités d'agir et de réagir. En effet, endosser une étiquette c'est interpréter un rôle, et le "jouer" dans une distance plus ou moins critique avec l'institution et dans les relations que les acteurs vont établir tant avec leur groupe d'appartenance qu'avec ceux qui étiquettent. Cette interprétation de rôle, et cette distance au rôle attendu, caractérisent ce qu'on appelle habituellement l'attitude des sujets. L'attitude des sujets fait l'objet d'« un jugement sur la manière dont l'autre s'acquitte de ces rôles » (Martuccelli,

2002, 237), et ce, généralement, en terme d'attribution de traits de caractères et de compétences sociales.

Ce qui semble caractériser l'attitude des trois acteurs de notre matériau, c'est que l'interprétation du rôle paraît être fonction d'un projet de vie plus ou moins explicite. Cet aspect n'est pas directement notre objet d'étude, mais nous pouvons néanmoins en esquisser les contours : pour guérir et vivre enfin sa vie, miser sur une transformation d'elle-même en utilisant deux supports, le groupe d'appartenance et les soignants (Caroline) ; pour contrôler sa maladie, se démarquer d'une partie du groupe d'appartenance en choisissant d'incorporer le point de vue des soignants (Marc) ; sortir le plus possible de l'institution pour sortir de l'exclusion sociale, incorporer le point de vue de son groupe d'appartenance pour contester les soignants (Thierry).

6. 2. 2 Appartenance à un groupe, développement de compétences et préservation de l'image de soi

De fait, les acteurs de notre recherche se présentent comme membres d'un groupe. Aussi, il y a un enjeu de représentation collective du groupe qui impose des formes d'adhésion et d'allégeance, de conformité entre les membres du groupe dont chacun est garant. En son sein, se reconnaître entre pairs, fait de ce groupe d'appartenance le lieu d'une socialisation où l'on peut être accepté, soutenu dans son identité et, à la fois, être un lieu de stigmatisation à laquelle la personne ne peut "échapper".

6.2.2.1 Développement de compétences sociales

Ce groupe permet d'acquérir des compétences sociales, notamment pour faire face aux stéréotypes et pour développer des stratégies dans l'institution. Ainsi, les acteurs de notre matériau font preuve de connaissances, acquises par expérience dans l'institution.

« C'est plus récent Centre d'activités thérapeutiques à temps partiel... Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel » (T) ; « Un service d'entrant c'est l'équivalent d'un service d'urgence, là arrivent tous les cas de figure et puis après ils sont dispatchés en fonction une fois qu'on a un diagnostic et qu'on sait » (M).

Ainsi, ces "patients" parlent d'expérience, car ils ont « l'expérience de », ce terme est utilisé dix fois par Thierry dans une seule phrase au moment où il se

présente. Les personnes ont un savoir pratique des arcanes de l'institution hospitalière : l'organisation et la logique des lieux et des temps de prise en charge, les codes de conduites (symptômes et comportements repérés, à éviter ou à adopter), les fonctions et rapports de pouvoir. Elles repèrent des marges de manœuvres possibles dans ce système (Becker, 1985). Ainsi s'inaugure un mode de socialisation, où, comme le montre Barrett (1997), certains patients sont considérés par les soignants comme des patients professionnels qualifiés de compétents, débrouillards.

« Ils utilisaient avec art leurs symptômes pour manipuler le personnel et exercer un contrôle sur les décisions d'admission et de sortie » (Barrett, 1997, 178).

6.2.2.2 Préservation d'une 'bonne' image de soi collective et individuelle

Ce que l'on sait actuellement des réactions des personnes étiquetées négativement, c'est l'impératif de conserver une "bonne" image de soi.

« Or, la perception que les individus ont d'eux-mêmes est généralement caractérisée par des illusions positives » (Croizet, Leyens, 2003, 106).

Plusieurs façons de se comparer aux autres participent de ces illusions : se dire plus heureux, intelligent, autonome, etc. que les membres de son groupe d'appartenance (c'est l'attitude de Marc), plus volontaire pour s'en sortir (c'est l'attitude de Caroline). Les caractéristiques de la personnalité et les comportements individuels (honnêteté, courage, efforts) sont des normes d'évaluation, appelées aussi normes d'internalité (Ruggiero, Taylor, 1997 in Croizet, Leyens, 2003, 104), sont complètement intégrées par les personnes dans nos sociétés. Enfin, chacun a besoin d'imaginer qu'il est dans un ordre juste, où il peut avoir sa chance. Il peut donc y avoir un bénéfice important à s'attribuer la responsabilité de ses difficultés et de ses échecs, plutôt que de les attribuer à un mécanisme social extérieur à soi. Ainsi on a le sentiment de contrôler sa vie et d'influencer les événements qui arrivent (c'est ce que font dans notre matériau Marc et Caroline). D'autres au contraire, peuvent se construire sur le mode de la victime d'un système injuste (c'est sans doute le cas de Thierry), ainsi le poids de la responsabilité s'en trouve allégé, sans sortir pour autant de la norme d'internalité.

Dans ces enjeux identitaires multiples, il y a toujours, pour les sujets étiquetés négativement, une dimension individuelle et une dimension de groupe où se tissent les intérêts du sujet singulier pour conserver une bonne image de lui-même. On peut dire que les réactions à la discrimination individuelle servent des intérêts personnels. Il s'agit d'apparaître dans une identité unique, singulière, permettant de garder une bonne image de soi, alors que les réactions à la discrimination groupale servent des intérêts sociaux, en changeant la manière dont ce groupe est considéré et traité, intérêts que le sujet partage puisqu'il peut être à tout moment vu uniquement comme membre de ce groupe. Différentes configurations peuvent ainsi maintenir des possibilités d'action et servir ces différents intérêts, puisque, notamment, il est indubitable que le fait d'être étiqueté procure aussi des droits sociaux.

Un autre aspect des résultats de cette recherche concerne alors le maillage du caractère individuel et collectif des stratégies de préservation de l'estime de soi. Quels liens entre enjeux identitaires, définition de soi et mobilisation sociale ? D'après Tajfel et Turner (1986), ce serait à partir d'une quête identitaire groupale positive que les groupes sociaux désavantagés en viendraient à revendiquer une répartition plus juste des ressources entre les groupes, à condition que ce groupe rejette ce qu'il a accepté précédemment et de façon consensuelle, c'est-à-dire son image négative et avec elle le *statu quo* (Licata, 2007).

6. 2. 3 Rappel du passé et transformation des cadres interprétatifs

Le retentissement de l'étiquetage est un processus diachronique en tant qu'il est un rappel du passé, et/ou synchronique en tant qu'il se redéploie dans l'immédiateté du présent. Il transforme la manière dont vont être vécues de nouvelles situations qui peuvent être interprétées comme similaires. Ce rappel est évoqué dans l'aveu de Caroline qui dit se « *sentir pas très bien* », éprouver une difficulté à venir à l'hôpital, « *ça m'est pénible* », même pour une activité qu'elle juge positive pour sa guérison.

Dans certaines situations, il y a réactivation de l'éprouvé antérieur, notamment lorsque la situation d'interaction a pour enjeu la préservation de

son identité personnelle et sociale. Il s'agit d'un renforcement des représentations et des ressentis où il est difficile d'identifier la part de l'influence "de ce qu'on connaît par ce qu'on a vécu", modifiant la perception des "représentations de soi qu'on a de soi" et celles qu'on pense "qu'autrui à de soi". Ce travail psychique, en réactivant des vécus antérieurs d'étiquetage négatif, et ce, au fil du temps, rend tout à fait plausible l'anticipation des représentations négatives sur soi par autrui dans toute nouvelle situation d'interaction dont l'enjeu implique l'identité personnelle et sociale des personnes étiquetées négativement. Il est ainsi difficile de savoir pour chacun à quel moment se réalise l'intégration de ce point de vue sur soi pour qu'il devienne une modalité d'interprétation, conditionnant une "vision" de soi et d'autrui, construisant un rapport "nouveau" au monde, jusqu'à constituer, comme nous l'avons déjà indiqué, le *modus operandi* des échanges structurant ainsi les situations de communication à autrui par le recours à des stratégies d'ostension de soi.

Dans un autre type de situation sociale, notamment concernant des personnes victimes d'agression ou de harcèlement au travail, où des processus de disqualification des personnes sont également à l'œuvre, on a pu parler de phénomènes de "reproduction". Les mêmes personnes auraient tendance à se trouver, à nouveau, dans des situations semblables. Les psychanalystes imputent ce type de répétitions à la présence de conflits intrapsychiques propres à la personne permettant d'expliquer son comportement (Hirigoyen, 1999). Si tel est le cas, on ferait l'hypothèse que la situation nouvelle est référée à ce qui a été vécu. S'agit-il pour autant de reproduction ?

Dans d'autres champs de pratiques d'intervention sur autrui, en éducation ou en formation des adultes par exemple, peuvent se vérifier ces processus d'étiquetage, de perception et de réactivation de l'étiquetage (Dubet, 2002). D'une part, l'étiquetage scolaire induit un tri dans les publics corrélés *in fine* avec une place sociale dans les rapports de production. D'autre part, il est assez fréquent que des sujets évoquent une expérience d'étiquetage négatif lors de leur passage par l'institution scolaire ayant un retentissement sur une situation d'évaluation de leur compétence dans leur vie d'adulte, notamment lors d'entretiens d'embauche. En règle générale, l'étiquetage réalisée par et

dans l'institution scolaire est corrélée avec le jugement que la personne porte sur elle-même, "se voir comme", et la manière dont elle abordera toute situation nouvelle rappelant de près ou de loin cette situation d'évaluation de ses compétences et de ses savoirs.

Ce qui est connu par expérience est-il "rejoué" sur le même mode ? Sans doute la manière de qualifier la situation impose des figures, des rôles et des manières de l'interpréter, mais si quelque chose est rejoué n'y a-t-il pas différentes façons de "négocier" sa place en situation pour être "fidèle" à une représentation de soi composée de ce "être vu comme" et de "se voir comme" que nous avons mis à jour dans cette recherche.

Nous avons mis en corrélation les différentes attitudes des acteurs avec les manières de qualifier les expériences vécues comme patients. Ainsi lorsque le vécu de la maladie est associé à une prise en charge contraignante et génératrice de frein à l'insertion "normalement" attendue, ou lorsqu'il est associé à un vécu d'exclusion, les acteurs adoptent une attitude plus critique vis-à-vis de l'institution. L'interrogation et l'interpellation sont alors des caractéristiques de leur attitude. En opposition, l'adoption d'une attitude d'expert, signant une forme d'allégeance aux discours des soignants, est présente lorsque la contrainte imposée par la maladie et le soin est plus intériorisée.

6. 3 COMMUNIQUER SUR SOI A PARTIR D'UNE EXPERIENCE D'ETIQUETAGE : "SE DONNER A VOIR COMME"

Le concept de performativité (Wulf, 2007), créé à partir des énoncés performatifs identifiés par Austin (1970) comme des énoncés dont l'objet est de réaliser par la parole une action, ce même concept appliqué aux représentations sociales, permet de décrire les modalités de l'agir social comme des mises en scène de soi.

« Ces actes sociaux ont une dimension scénique et expressive et requièrent un savoir pratique incorporé indiquant comment ils doivent être représentés » (Wulf, 2007, 96).

Pourtant, le moment même de la représentation, s'offre au sujet, « comme possibilité d'improvisation dans un champ de contrainte » (Butler, 2006, 28), dans un jeu d'interactions réciproques. Les énoncés performatifs sont produits dans le cadre d'une mise en scène où le corps, les gestes, la voix en font un événement incarné. Ils sont itératifs.

« Cette itération n'est pas uniquement la répétition d'un énoncé, mais la répétition de la performance [de la reprise de quelque chose de semblable]. » (Wulf, 2007, 98).

En situation d'interaction et de communication, c'est à partir de l'expérience de l'étiquetage et de l'étiquetage perçu que la personne va se mettre en scène, en négociant avec elle-même dans le jeu de l'interaction, ses représentations des autres et de leurs intentions, son image d'elle-même et ses enjeux identitaires.

6. 3. 1 Communiquer sur soi à autrui

Nous appellerons communication sur soi à autrui, le processus de présentation de soi, influencé par ce que l'on pense être l'image qu'un destinataire a de soi, processus visant à influencer l'image que le destinataire a de soi.

C'est dans les actes de communication que le "je" se donne à voir comme porteur d'une identité, d'une "face" (Goffman, 1974), qui demande une certaine mise en scène de soi.

Nous pouvons dire au terme de cette analyse qu'effectivement l'expérience de l'étiquetage conditionne et modifie la présentation que les acteurs font d'eux-mêmes, qu'elle devient un déterminant de la situation d'interaction et de communication en en modifiant le cadre interprétatif, qu'elle induit le choix conscient et inconscient des stratégies d'ostension de soi.

Déterminant social auquel les acteurs ne peuvent échapper, l'étiquetage n'est visible que par les traces qui se donnent à voir dans la réaction des personnes étiquetées. L'enjeu devient "identitaire" pour ces personnes, enjeu pour le présent et l'avenir de leur vécu identitaire personnel et social qui se construit

sur un sentiment de blessure identitaire du passé. Il s'agit d'une négociation conflictuelle de place et de pouvoir entre acteurs, étiqueteurs et étiquetés.

6.3.1.1 Hypothèses faites par les locuteurs sur les destinataires et stratégies d'influence.

En lien avec le travail psychique effectué dans l'expérience d'étiquetage, les acteurs font des hypothèses sur les représentations de leurs destinataires, soit les destinataires immédiats (leurs pairs), présents dans la situation de communication, soit les destinataires rendus présent par le biais de la caméra, in fine, le grand public.

Les affirmations de soi et les arguments développés par ces acteurs sont en fait des discours "adressés". C'est en fonction du destinataire à qui ils s'adressent qu'ils "choisissent" leurs arguments. Ainsi ces différentes adresses ont été reconstruites en reliant les énoncés, les attitudes, le ton et le regard des acteurs.

Plusieurs processus sont ainsi à l'œuvre à l'intérieur même du couplage expérience de l'étiquetage et les présentations de soi selon le degré de relation entre étiqueteurs/étiquetés, la proximité des liens, leurs caractéristiques (affectifs ou fonctionnels). On constate que "l'image supposée qu'autrui se fait de moi" n'est pas exactement la même selon qu'il s'agit de soignant qui peut être personnifié ou du grand public. Dans le premier cas, ces images supposées de soi sont vécues et décrites autour de l'expérience de l'hôpital et des dispositifs de soins, dans le second elles renvoient davantage à des stéréotypes sociaux et à des vécus de situations d'exclusion sociale.

Dans la communication entre pairs, il s'agit à partir d'hypothèses mutuellement manifestes (Sperber, Wilson, 1989, 93) entre plusieurs personnes partageant un même environnement cognitif, d'un ajustement mutuel entre les personnes étiquetées pour donner à voir, contrôler, une image consensuelle de ce qu'est un patient en psychiatrie. Pour influencer les représentations des destinataires de cette vidéo, l'hypothèse qui est faite est celle d'une représentation négative. Les acteurs affichent, alors, une image du groupe qu'ils jugent plus positive, dont chaque membre "affilié" peut espérer bénéficier. Moins les destinataires sont considérés comme capables de faire la

même hypothèse, dans un même univers de représentations, plus l'énoncé qui vise à influencer "l'environnement cognitif" (Sperber, Wilson, 1989) de ces destinataires fait référence à des stéréotypes et en appelle à des caractéristiques plus générales de l'humain, les Droits de l'Homme par exemple.

L'acteur, selon Goffman, est un stratège visant des enjeux narcissiques selon une logique rationnelle par rapport aux moyens mis en œuvre (Goffman, 1991, 76). C'est ce qui nous autorise à rechercher les éléments pouvant être caractéristiques d'une réaction à l'étiquetage propre à chaque acteur. Les stratégies d'ostension de soi ne sauraient être comprises en dehors d'un rapport à l'étiquetage perçu. Elles s'inscrivent pour les personnes réagissant à cet étiquetage dans une dynamique identitaire vécue en tension.

Les arguments qu'ils utilisent sont construits sur le choix d'opérateurs spécifiques qui sont autant de façon de s'affirmer et de maintenir une estime de soi suffisamment bonne. Ils résultent de négociations croisées et simultanées de soi à soi, de soi avec autrui, c'est pourquoi nous parlons de stratégies d'ostension de soi.

Nous avons dans un premier temps déterminé que dans les présentations de soi, notamment l'analyse des images données de soi à autrui, l'élément notable est que Marc, Caroline et Thierry se présentent tous trois en se référant au nombre d'années passées en psychiatrie, qui montre la qualité de l'expérience, voire de leur expertise, et les légitime comme porte-parole du groupe. Ces trois personnes se situent comme personnes "étiquetées", en privilégiant la nomination non spécifique de "personnes" et le "on" indéfini pour se désigner. Toutefois, lorsqu'elles utilisent les étiquettes, cette utilisation est à mettre en lien avec différentes mises en scène de soi-même : mise en scène de sa différence, c'est la manifestation d'une agitation corporelle ; mise en scène de sa maîtrise, maîtrise de soi et de l'environnement par l'argumentation, le raisonnement ; mise en scène de ses émotions, mobilisation des capacités d'empathie, voire de sympathie.

Notre analyse permet de mettre à jour, associées à ces mises en scène de soi, ces stratégies comme différentes façons de rendre ostensibles ce que chaque acteur se sent être, son argumentation pour influencer les destinataires, se convaincre lui-même, se positionner vis-à-vis de son groupe d'appartenance. L'ostension de soi peut donc être référée à l'étiquetage perçu et est, en quelque sorte, la manière qu'a la personne étiquetée d'y réagir.

La présence de mécanismes offensifs dans les stratégies d'ostension de soi nous permet de les situer dans un rapport à l'étiquetage perçu. Ici, chacun des acteurs accepte de se présenter en arborant son étiquette pour s'imposer dans la situation d'interaction, soit en minorant ses effets dans la situation (Marc), soit en négociant son acceptation (Caroline), soit en en faisant un atout de la différence (Thierry).

6.3.1.2 La pertinence des sujets étiquetés en situation de communication

Au terme de cette recherche, nous retiendrons la notion de pertinence comme une notion fondamentale à la compréhension du social, c'est-à-dire, pour comprendre l'attitude et les choix des personnes. Que ce soit en référence à Sperber et Wilson, concernant les processus de la communication, ou en référence à la théorie de la jugeabilité sociale (Beauvois, Joule, Monteil, 2004), la notion de pertinence permet de prendre en compte toutes les dimensions des choix opérés par les sujets : le cognitif, le représentationnel, l'affectif. Est pertinent ce qui permet d'agir et de réagir en fonction de ce que "j'imagine être moi", dans un certain rapport au monde et à la société en fonction d'autres et en situation, au regard de motivations à agir pour obtenir un certain type de résultats. La pertinence est au final ce que l'acteur "juge" pertinent de faire en situation et qui produit un effet, effet évalué par l'acteur comme plus ou moins réussi, dans la situation.

Dans notre matériau de recherche, nous sommes témoins d'un choix pertinent de mise en scène de soi au service d'un projet d'influence des représentations d'autrui en arborant son étiquette pour s'imposer dans la situation d'interaction, chacun avec son style et ses expériences. En effet, au niveau de l'identité personnelle, l'individu se définit en tant que personnalité unique par rapport à d'autres individualités et développe son propre style de stratégie

en fonction de son histoire, de son vécu, de ses expériences (Gianettoni, 2007).

L'étiquette est donc vécue à la fois comme ce qui stigmatise et, dans un autre type de situation, comme ce qui est pertinent pour convaincre et se convaincre afin de garder une bonne image de soi. Le choix de mettre en avant son étiquette est, aussi, à mettre en lien avec le fait que dans cette situation particulière, ces patients savent que des soignants et leur entourage (pairs, proches) sont susceptibles d'être spectateurs de cette vidéo.

Dans notre matériau, les stratégies d'ostension de soi mises à jour et les typologies qui en résultent, construites a posteriori par inférence par la chercheuse, se révèlent complémentaires les unes aux autres, couvrant les registres de l'expression humaine, c'est-à-dire ce qui relève de l'émotion (affectif) et de l'argumentation (la raison). Le jugement de la pertinence du choix des acteurs s'en trouve renforcé. En effet, ces trois personnes ne se sont pas rencontrées par hasard, elles se trouvent impliquées dans une association "militante" par rapport aux droits des patients/usagers en santé mentale. Le projet de réaliser cette vidéo était construit sur des représentations finalisées, où l'intention des acteurs était de "représenter" l'ensemble des problématiques de ce groupe et, de fait, chacun représente un exemple d'un type d'expériences, de diagnostic, de personnalité et de rapport au groupe d'appartenance. La pertinence de la composition de ce groupe est, sans doute, le fruit des apprentissages tirés de l'expérience et, peut-être, relève d'une compétence sociale développée entre les membres d'un même groupe d'appartenance soumis aux mêmes contraintes sociales.

Dans la vie sociale, nous pouvons rencontrer des situations où l'étiquette, bien que négative, soit, pour les sujets, une ressource pertinente pour atteindre ses objectifs (par exemple, l'accès à des prestations sociales).

Nous confirmons ainsi l'approche de Becker, où "la labellisation" est aussi ressource de socialisation. Cette auto-catégorisation, bien qu'inscrite dans un choix contraint socialement, n'en reste pas moins un choix parmi les différentes "images de soi" possibles qui s'avère pertinent, ou non, en situation (Licata, 2007).

« Le sujet est toujours "un sujet en situation" et la situation intervient en tant que perçue et conçue par le sujet » (Nuttin, 2005, 99).

La construction de l'identité sociale et personnelle apparaît comme le résultat d'une "négociation" entre plusieurs représentations ou images de soi en situation (Barbier, 2006) et le comportement du sujet est déterminé par l'interaction entre l'environnement et sa personnalité dans un contexte donné.

Nous parlons ici de choix en nous référant à l'apport de Nuttin à la théorie de la motivation humaine (Nuttin, 2005). Le sujet est capable de se représenter plusieurs facteurs, dont sa connaissance de lui-même, de ses besoins, de ses buts, de ses aspirations, des motifs et circonstances qu'il perçoit. Ainsi, ce qui le détermine socialement n'est pas directement équivalent à une manipulation externe.

« La volonté est en rapport avec la conception dynamique que le sujet se fait de lui-même » (Nuttin, 2005, 300).

6. 3. 2 Communiquer sur soi à soi : dynamique argumentative et dynamique de construction de sens

Si les stratégies d'ostension de soi sont des mises en scène de soi et des énoncés de type argumentatif destinés à influencer les représentations qu'autrui a de soi, il n'en reste pas moins visible qu'à l'occasion de ces constructions d'offres de significations pour autrui, les acteurs construisent du sens pour eux-mêmes.

6.3.2.1 Ostension de soi et construction de sens pour soi

On constate que les énoncés objectivants et informatifs sur la prise en charge sont mêlés, la tonalité plus grave l'indique, à voir une réflexion sur soi-même par soi-même. Dans les énoncés destinés à soi-même s'expriment les doutes, les craintes, peut-être, aussi les impératifs qu'on se donne pour se réassurer soi-même, « il m'arrive d'être d'accord », avec ceux qui disent qu'on ne peut pas s'en sortir, dit Caroline, « dans mes moments noirs », mais « moi, j'espère bien m'en sortir de ce truc-là ». Il s'agit bien d'une construction de sens par l'acteur. Dans ces adresses à soi, s'affirment aussi des vérités pour soi. C'est pour Thierry, l'énoncé "audacieux" d'une explication - sa vérité -

sur la psychiatrie : « La psychiatrie rend malade » ; énoncé qu'il n'ose peut-être pas afficher en public, mais revendique comme vérité devant la caméra, et qui semble structurer sa pensée. Pour Marc, par exemple, c'est l'explication qu'il donne sur l'origine de la maladie : « À l'origine un choc quelconque, une adolescence difficile ».

Les "dires sur soi" aux autres, destinataires ou personnes en situation d'interaction, et les dires à soi-même à propos de soi constituent donc ce que nous avons appelé un "dire de soi" qu'il est intéressant de mettre en rapport à une réaction de l'acteur énonciateur de ce qu'il a perçu d'un étiquetage.

6.3.2.2 Dires sur soi pour soi

Si les identités sont définies comme

« des constructions représentationnelles et discursives opérées par des sujets sur eux-mêmes ou sur d'autres avec lesquels ils sont en relation » (Barbier, 2006, 22),

elles se construisent dans et au cours des activités du sujet. Le processus d'étiquetage perçu par les personnes les amène à se construire des représentations évaluatives d'elles-mêmes dans les situations et les activités pouvant ou ayant été engagées (par choix ou prescription) et dans le moment même de l'activité d'ostension de soi en situation de communication. Elles donnent à lire des représentations que nous avons appelées les "dires de soi". Cette dynamique identitaire est en tension entre la nécessité de sauvegarder l'impression d'unicité et de continuité des images de soi que tout un chacun appelle "soi" et la nécessité de prendre en compte la personne que chacune est devenue en raison de l'étiquetage, qui ouvre des possibilités d'activités (possibilité de soins, d'aide) et en transforme d'autres (situations professionnelle et sociale). Dans notre analyse, nous avons montré que les personnes étiquetées se décrivent comme "incorporées" : « Quelque chose qui colle à la peau » (Caroline) ; enfermées : « dans un cercle vicieux » (Thierry) dans l'univers psychiatrique, et qu'elles peuvent se sentir responsables de n'avoir pas respecté les règles du jeu : « Des hospitalisations en partie dues à ma faute » (Marc). Elles sont capables de décrire l'organisation de l'institution, le rôle dévolu à chacun des soignants, de décrire une expérience de soin, et enfin elles partagent une même analyse sur les effets de

l'étiquetage sur la vie personnelle et sociale des personnes dites malades. La transformation du vécu de l'identité personnelle est exprimée comme quelque chose qui échappe: « Être absente, en retrait on se supporte plus soi-même » (Caroline) ; ou se réduit aux termes sociaux assignant une identité sociale et collective : « Malades », « Patients », « Handicapés », « Fous ».

Résoudre ces tensions peut expliquer le choix d'une affirmation de soi offensive pour sauvegarder une identité personnelle et sociale positive.

Les stratégies d'ostension de soi sont construites dans un même registre culturel de significations que l'étiquetage perçu. Aussi la confrontation inégale entre représentations de soi et représentations d'autrui, instituées et socialement reconnues à travers des discours savants, induit d'emblée, pour être reconnu, une nécessaire prise de distance dans un discours critique mais dont la forme est différente pour chacun. Marc fait le constat d'une autre psychiatrie possible « plus dynamique » reposant sur la « reprise des initiatives, les envies et le plaisir à vivre » (M). Il s'interroge sur ce qu'est la maladie mentale : « Avant les individus allaient très bien. À l'origine un choc quelconque, une adolescence difficile » (M). Caroline s'interroge sur ce qu'on définit comme folie, « Les fous ne sont pas ceux qu'on croit » et ressent l'intervention des soignants comme une mise aux normes morales : « Il y a cette impression d'avoir fait quelque chose, l'impression d'avoir commis une faute ». Thierry déclare que la psychiatrie rend malade, et que c'est sa manière d'être qui est sanctionnée « Parce que vous êtes ceci cela vous avez une allocation adulte handicapé » (T).

Les affects identitaires corrélés à ces représentations mises en tension sont aussi différents pour chacun d'eux. Pour Marc, la recherche d'une stabilisation de la maladie et sa mise à distance par l'introduction d'une différenciation entre types de malades le renvoie à des valeurs de devoir, de responsabilité qui peuvent être reliées à un sentiment de culpabilité : « Avec des hospitalisations malheureusement en partie dues à ma faute car je ne respectais pas les traitements qui m'étais prescrits ». La confrontation entre le soi actuel et le soi normatif, selon les catégories de Higgins (Higgins, Tykocinski, 1992), est assez présente. L'inquiétude se développe lorsque le

sujet croit avoir ainsi transgressé une norme morale acceptée par lui, associée à un sentiment d'indignité ou de faiblesse morale.

Pour Caroline, l'exacerbation d'affects identitaires se manifeste dans l'énoncé d'un vécu d'exclusion, de son mal être, avec l'affirmation de sa volonté de s'en sortir par elle-même avec tour à tour la peur d'échouer, l'impatience, et la colère qui est signe d'une frustration. Ici, les écarts perçus par le sujet se situent entre ce qu'il perçoit comme son soi actuel et le soi idéalisé. L'enjeu est la perte de l'estime ou l'amour de l'autre et le doute de soi-même. C'est peut-être pour cela que Caroline recherche un lien basé sur l'empathie, voire la sympathie.

Pour Thierry, le vécu d'exclusion tend à s'exprimer comme une expérience qu'il partage avec le groupe d'appartenance dont il se sent solidaire, son mal être se transforme en malaise dans le contact avec les personnes extérieures à ce groupe patients/soignants, il s'exprime alors dans un registre plus revendicatif. Il n'exprime pas ses affects, mais les donnent à voir corporellement. Il est assez difficile de faire une analyse en termes de soi idéal ou normatif, comme si on assistait à un déficit de subjectivité, une sorte de dilution de soi dans une identité collective. Il y aurait alors une partition du monde de type eux/nous.

En règle générale, on peut dire que ceux qui étiquettent sont sans cesse convoqués, évoqués dans les stratégies d'ostension de soi. Nous pouvons parler d'assignations réciproques. La place de l'un autorise la place de l'autre, lui permet d'agir sur l'autre, le reconnaissant comme nécessaire à sa propre définition de soi, tant personnellement que socialement. Bien qu'en relation asymétrique, ces acteurs, étiqueteurs et étiquetés, partagent une même culture et évoluent dans un même univers de significations. L'étiquetage permet de nommer le monde dans lequel l'étiqueté doit pouvoir trouver une place, négocier ses zones de pouvoir.

Nous pouvons ainsi aboutir à une forme de généralisation qui permet de construire une typologie des dynamiques argumentatives.

Dynamique argumentative en rapport avec une dynamique de construction de sens (Dominante par acteurs)

	Thierry	Marc	Caroline	Julien
Dynamique de construction de sens (soi)	Énoncé de vérité pour soi	Interprétation pour soi	affirmation de soi pour soi par l'expression des émotion	Affirmation pour soi d'un positionnement professionnel
Dynamique de construction de significations pour le groupe	Groupe comme support identificateur en opposition à l'institution	Représentation du groupe comme légitime faisant autorité	Expression de solidarité envers groupe par la proposition d'actions	Soutien du groupe
Dynamique de modification de significations adressées (public)	Montrer /Exister/déranger :	Convaincre, Ostension du groupe	Compatir : Partage des émotions	Questionner

Les différentes constructions de sens et de significations sont appuyées sur l'étiquetage qu'ils ont perçu au cours de leur expérience de malade. Cette recherche nous permet de mettre au jour des dynamiques liant les stratégies d'ostension de soi des acteurs, les constructions de sens qu'ils se font à eux-mêmes et les significations qu'ils adressent à autrui.

SE RECONNAITRE COMME...

POUR CONCLURE

L'étiquetage est bien une règle d'organisation des rapports sociaux à laquelle on ne peut échapper. Notre double casquette de praticienne/chercheuse nous entraînait sur la possibilité, valorisante et valorisée, de mettre au jour des pratiques sociales qui pourraient en quelque sorte contrer l'étiquetage. Au terme de cette recherche, nous avons découvert que ce n'était sans doute pas ainsi que se posait la question. De façon inattendue, la compréhension des stratégies d'ostension de soi des acteurs, que permet cette recherche ouvre des perspectives d'action, notamment dans le champ de pratiques de l'intervention auprès des personnes (éducation, formation, santé et social). Ainsi, une réflexion s'ouvre sur la possibilité, dans l'action, de s'appuyer sur les effets induits par le processus d'étiquetage, plutôt que de vouloir a priori en prendre le contre-pied. Dans un premier temps, nous explorons ces perspectives praxéologiques, avant, dans un second temps, de formuler de nouvelles hypothèses de recherche.

PERSPECTIVES PRAXEOLOGIQUES

Reconnaître le processus d'étiquetage

L'étiquetage est un processus d'attribution d'identité et d'assignation à une place sociale, qui peut être corrélé avec l'imposition de règles sociales de conduite individuelle, dans une relation interindividuelle ou de groupe, qui correspond

« À la manière dont un sujet se positionne par rapport à d'autres personnes, et le degré de communauté qu'il éprouve vis-à-vis de celui-ci » (Meyer in Bolognini, Prêteur, 1998, 147).

De plus, les dimensions de l'identité varient selon l'appartenance à un groupe dominant ou dominé. Si les individus détenant un pouvoir économique, culturel ou symbolique, se présentent de manière plus singulière, sous de

multiples facettes identitaires, et construisent leur identité dans un processus de personnalisation, les plus défavorisés ont une identité plus positionnelle, fondée sur des caractéristiques qui sont attribuées, par d'autres, à leur groupe d'appartenance, dans un processus d'indifférenciation (Bolognini, Prêteur, 1998). "L'impasse identitaire" serait alors l'appauvrissement par le seul fait d'être réduit à une seule assignation qui rendrait impossible "le jeu du Je". Une des caractéristiques de ce que vivent les personnes étiquetées négativement dans les situations d'interaction, c'est que ces situations comportent presque toujours pour elles des menaces, des doutes sur autrui et sur soi, qui vont peser sur le jeu de reconnaissance en cours. Le poids des enjeux identitaires est alors coûteux en stress et en énergie psychique.

Les normes relationnelles et l'idée que nous avons les uns des autres ne sont-elles pas des constructions interactives, dont une part relève des conventions qui s'imposent comme des "évidences"? Lorsque les catégories sont considérées comme des évidences et la place sociale occupée comme un "destin", ce qui est masqué c'est la « réversibilité du conventionnel » (Petitat, 1998, 78), la possibilité de déconstruire ce qui est socialement construit. Le jeu ouvert par le fait « que l'acteur puisse se représenter ses propres représentations » (Petitat, 1998, 87) est occulté. Ainsi, en s'appuyant sur la connaissance d'un processus d'étiquetage et la reconnaissance de l'expérience de l'étiquetage des acteurs concernés, peut s'ouvrir un jeu de composition de soi à partir de ces différentes facettes d'assignations identitaires. Ce jeu existe pour la plupart d'entre nous. Dans cette recherche, nous avons mis au jour une approche stratégique de l'étiquette. Elle consiste à jouer avec la nécessité de se conformer à ce que les personnes "étiquetantes" disent de soi pour s'assurer des droits à une existence sociale, tout en essayant de s'en démarquer individuellement. Lorsque l'étiquetage est stigmatisant ne s'agit-il pas d'amplifier le jeu de ces multiples étiquetages et de soutenir cette compétence des acteurs ?

Se reconnaître dans le processus d'étiquetage

Il est important de souligner que ce qui est, ici, un objet de recherche est avant tout un enjeu social d'existence pour les personnes stigmatisées et que, consciente d'un tel enjeu, je me suis autorisée à faire appel aux acquis et aux éléments de compréhension du contexte de mon champ de pratique professionnelle.

Il y aurait donc différentes voies pour que les personnes "re-jouent" en situation les différentes dimensions de leur identité, la multiplicité des catégories et des traits qui les définissent, pour réduire l'impact de la menace d'un stéréotype unique. Chacune de ces façons de faire n'exclue pas une autre.

En faisant l'expérience d'autres situations

La possibilité de faire de nouvelles expériences dans des situations interactives permettrait principalement d'agir sur leurs propres cadres de pensée donnant lieu à une interprétation. C'est le propre des situations d'apprentissage que de réinterroger chacune des dimensions de nos expériences et de permettre de construire des situations de co-présence, où chacun peut contrôler et qualifier la situation, pour re-dynamiser ses figures de l'identité. Petitat souligne qu'

« une part importante de l'apprentissage consiste à maîtriser les interfaces sémiotiques, à jouer à des degrés divers des normes et règles conventionnelles » (Petitat, 1998, 88).

C'est sans doute un travail ouvert pour les professionnels que d'être le support permettant que s'expérimentent, à partir d'activités, des possibilités d'enrichissement des images de soi (Dutoit, 2008). Tant sont maintenant repérées

« les transformations solidaires entre représentation de soi dans l'activité, représentation de l'activité et représentation de soi » (Barbier, 2000, 38).

En effet, c'est dans l'activité que la personne peut se sentir auteur de sa vie en prenant conscience de son "impact" sur le monde. Comme le rappelle Laing,

« c'est seulement par l'action que notre expérience peut être transformée »
(Laing, 1972,22).

En jouant sur les modèles de référence

Les personnes étiquetées pourraient échapper à une assignation univoque en mettant en question les modèles explicatifs et prédictifs qui conditionnent la manière dont ils sont vus et en rebond la manière dont elles se voient. Cette déconstruction des référentiels qui sous-tendent nos modèles nécessite de mettre en doute et/ou de sortir des "évidences" le plus souvent partagées par les personnes étiquetantes mais aussi par les personnes étiquetées. Il s'agit d'opter, ou du moins de mettre en concurrence, un référentiel autre, pour légitimer une nouvelle définition de soi. Par exemple sortir du modèle médical, positiviste, de la maladie mentale pour une approche psycho-sociale de la santé met en question la définition des diagnostics et des savoirs sur autrui produits par l'institution.

La plupart des débats qui se déroulent dans un champ de pratiques consistent bien souvent à "défendre" des modèles de compréhension et d'action sans interroger ses fondements idéologiques et les visions de l'homme qu'ils impliquent. L'enjeu pour les personnes étiquetées négativement est d'occuper une place dans ces débats dont elles sont encore exclues, puisque les récentes lois sur leur participation ne les invitent qu'à gérer les systèmes existants¹.

En créant une visibilité positive du groupe d'appartenance

Une autre possibilité est d'agir sur et avec le groupe d'appartenance pour faire émerger une culture commune à ce groupe, offrant des figures identificatoires "positives" aussi bien pour les membres du groupe que pour les non-membres.

C'est le choix stratégique de certains groupes de personnes handicapées, notamment concernées par un handicap sensoriel, dans la revendication d'une

¹ Dans le champ de l'éducation : participation aux conseils de classe, Dans le champ de la santé : Loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades et du 2 janvier 2002 sur la représentations des usagers dans différentes instances du secteur social et médico-social.

culture (Pelletier, Delaporte, 2002). Dans cette recherche nous avons vu que le positionnement adopté envers ce groupe d'appartenance est un élément contribuant à façonner son propre regard sur soi. En règle générale, on constate que les groupes qui construisent des projets collectifs, pour devenir visibles sur ce qu'Arendt appelle la « place publique » (Arendt, 1961), créent des opportunités de transformations des représentations stéréotypées. Le travail réalisé par les groupes des homosexuels et des lesbiennes est exemplaire, notamment la reprise du terme queer désignation péjorative qui définit au final une identité alternative à l'identité sexuée (Butler, 2008, 18).

En jouant avec les étiquettes

Enfin, il reste la possibilité d'agir sur soi, de se re-signifier un soi différencié à la fois du groupe auquel on est assimilé et du regard porté sur soi par la société pour revendiquer sa personnalité et son individualité. C'est ce que mettent en scène deux des personnes étiquetées vues dans la vidéo utilisée dans notre recherche, aspect visible dans leurs stratégies d'ostension de soi. C'est la position de "l'inclassable", l'original lorsque cette singularité est revendiquée. C'est plus fréquemment développer une capacité à jouer avec différentes facettes de son identité dans un essai de reprise de contrôle des situations interactives.

Les recherches sur les processus d'évolution des représentations sociales (Jodelet, 1993, 57) ont mis en évidence que ce ne sont pas les discours idéologiques qui ont une influence sur leurs transformations, mais les modifications des pratiques sociales. Deux cas de figure existent, soit les pratiques nouvelles sont en contradiction claire avec la représentation et alors apparaissent des schèmes étranges qui désintègrent la représentation et sa transformation se produit en rupture avec le passé ; soit, des pratiques sociales qui étaient rares deviennent fréquentes, et la structure de la représentation se modifie progressivement sans rupture avec le passé (Abric, in Jodelet, 1993, 197).

Quand les classifications et les étiquetages se révèlent au final problématiques, mettant à mal le sentiment d'évidence - les choses seraient "naturellement" ce qu'elles sont - se déclenchent sans doute un processus d'enquête où la poursuite de l'action ou de l'interaction, réclamant de nouvelles façons de poser les problèmes (Dewey, 1993) et mettant en question la reproduction sociale des places de chacun. Notre recherche ne permet pas d'aller au-delà de ces questionnements.

PERSPECTIVES EPISTEMIQUES

Apports de cette recherche

Dans la démarche de recherche, c'est la confrontation au matériau qui a permis une première prise de distance avec l'implication professionnelle et militante. En effet, j'ai procédé par étapes du fond à la forme, de l'explicite aux corrélations entre structures du discours, des gestes, des attitudes et énoncés des acteurs. C'est alors que s'est produit un événement inattendu. L'émergence de quelque chose d'inédit : les affirmations de soi et les arguments développés par ces acteurs étaient en fait des discours "adressés". C'est en fonction du destinataire à qui les personnes s'adressaient qu'elles "choisissaient" leurs arguments. La deuxième découverte était aussi qu'une partie de cette argumentation pouvait contribuer à leur propre "construction de sens". En somme, elles se parlaient aussi à elles-mêmes, elles construisaient du sens pour elles-mêmes, sur elles-mêmes, dans le même temps où elles cherchaient à se montrer à d'autres pour les influencer. Il me fallait ainsi construire ces différentes adresses en reliant les énoncés, les attitudes, le ton et le regard des acteurs.

L'un des apports de ce travail est donc une approche de la singularité et l'invention d'outils méthodologiques pour en rendre compte, notamment, le travail d'investigation autour des différentes adresses et leur imbrication dans les énoncés des acteurs. En effet, ces outils ont permis de rendre compte, dans l'analyse des différentes adresses, du fait que, dans le même temps, se réalise une argumentation pour influencer les représentations des

destinataires et un travail des acteurs sur leurs propres constructions de sens. Bien que l'accès à ces différentes constructions de sens ne se laisse appréhender qu'à partir d'inférences faites par la chercheuse sur les énoncés des acteurs, la conviction de la chercheuse est que c'est dans la confrontation au matériau et aux exigences pour en rendre compte, que se réalise un apport de connaissances sur les processus sociaux en cours dans les situations observables qui constituent la réalité sociale des sujets.

Peu à peu cette situation de communication à intention d'influence d'un public va m'apparaître comme une situation "réactivant" l'étiquetage. L'un des apports pour moi de cette recherche sera la mise au jour de ce que nous avons qualifié de "processus expérientiel", producteur de représentations de soi et d'images données à autrui que nous avons identifié ainsi : être vu, se voir, se donner à voir comme. Ce processus est expérientiel parce qu'il est constitué de ce qui se vit en situation et de ce que le sujet élabore comme construction de sens à partir de ce vécu. Ce vécu - affects, émotions, cognitions - et les réactions du sujet dans cette situation - comportements, interprétations, stratégies - construisent des représentations de soi, à nouveau disponibles et mobilisables dans des situations qui semblent au sujet être des situations similaires. Dans les actes de communication, les images données à autrui, les énoncés, tant verbaux que corporels, seraient autant de façons de signifier ces représentations de soi construites dans l'expérience.

C'est l'approfondissement des composantes et des caractéristiques de cette expérience, à peine ébauchée dans cette recherche, qui semble ouvrir des perspectives intéressantes pour de nouvelles investigations.

Limites

Lorsque la chercheuse, en exploitant ses outils d'investigation dissèque et modélise les diverses composantes des stratégies des acteurs, le cheminement va de la singularité à la formalisation de la singularité, voire à la "tentation" de les généraliser dans une typologie. Il y a donc un effet de la focale choisie : plus la chercheuse s'éloigne du singulier, plus elle retrouve les grandes catégories du registre de la communication.

Il s'agit alors de s'interroger sur les caractéristiques et le statut des résultats de cette recherche. Cette recherche conduit à une connaissance de la singularité des stratégies d'acteurs bien définies, dans une action située, interactive et à visée de communication. Elle montre les processus d'exposition de soi, les enjeux identitaires, les négociations de soi à soi, de soi à autrui (du proche au plus abstrait) et leurs résultantes pour chaque acteur. C'est pourquoi la généralisation doit rester cantonnée aux processus liés à l'étiquetage, à son perçu et à sa réactivation en situation interactive, aux effets de ces processus et, ce, dans tous les contextes sociaux où il s'agit d'agir sur autrui (santé, éducation et formation, administration, notamment).

L'exercice difficile de rendre compte d'un travail, d'un processus de recherche et de ses résultats, arrive ainsi à son terme, comme le lecteur au bout de sa lecture/compréhension. Nous disions en introduction que, sans doute, ce travail de recherche était aussi un travail sur soi, évoquant les intuitions de Devereux, quant aux motifs et motivations conduisant à un choix d'objet de recherche (Devereux, 1980). Pour la chercheuse, rappelons-le, il s'agissait d'une stratégie destinée à contrer les effets de l'étiquetage et donc à régler quelques comptes identitaires, situation assez banale somme toute et conforme aux résultats de cette recherche : au terme de ce travail, il s'agit bien d'une transformation de soi confirmant l'hypothèse, présente dans ce travail de recherche, que ce que nous faisons, en quelque sorte, nous fait. C'est ainsi que la perspective de la chercheuse et l'exercice d'une pratique de recherche viennent compléter les perspectives de la praticienne, comme deux figures de l'identité, au même titre qu'être femme, mère, fille, militante, etc., peuvent devenir des traits rendus saillants dans le jeu des reconnaissances dans les différentes situations de la vie sociale.

Ainsi le sujet n'est pas le "porteur" passif des étiquettes émises par d'autres, il est actif dans sa façon de vivre ses étiquettes et de les remettre en jeu dans l'interaction. L'enjeu est alors de contrôler la définition de la situation et de la qualifier pour imposer un attendu du jeu. Le contre étiquetage serait, alors, remplacé par un apprentissage de reprise de contrôle de situations où s'éprouveraient de nouvelles façons d'être soi - de se voir, d'être vu et de se

donner à voir comme - reconnues par le sujet et ouvrant, ainsi, de nouvelles possibilités d'être et de faire : une pratique de formation des adultes en somme, autorisant et s'adossant à son tour à de possibles investigations de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie du contexte social de la recherche

Ouvrages

- Balzac H., tome 2, *Des Français peints par eux-mêmes* : encyclopédie morale du XIXe siècle publiée par L. Curmer de 1840 à 1842 en 422 livraisons et 10 vol.
- Barbet Henri, Maire et Député de Rouen *Suppression de la mendicité à Rouen*, Annuaire des cinq départements de l'ancienne Normandie publié par l'Association normande à Caen chez H. Le Roy en 1841. <http://www.bmlisieux.com>.
- Barrett R., *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, Paris, Institut Synthélabo. 1997, p. 149-150. (Collection les Empêcheurs de penser en rond).
- Cardinet A., *Pratiquer la médiation en pédagogie*, Dunod, 1995.
- Clément P., *Bienvenue à l'hôpital psychiatrique*, les empêcheurs de tourner en rond, Paris, 2007.
- Compas Y., *Représentations de soi et réussite scolaire*, Les représentations de soi, R. PERRON (dir.), Paris, Privat, 1991
- Desprez E., *Les grisettes à Paris*, le Livre des Cent-et-Un publié par la librairie C. Ladvoat de 1831 à 1834, <http://www.bmlisieux.com>
- Ernaux A., *la place*, folio, p. 93
- Ernaux A., *Les armoires vides*, folio, p 60-62
- Guélamine F., *Les faces cachées de la "différence culturelle", Le travail social face au racisme : Contribution à la lutte contre les discriminations*, Paris, ENSP, 2006.
- Pennac D., *Chagrin d'école*, Gallimard 2007. Interview in *Télérama* n°3013, 13-19 octobre 2007.
- Pierru E., *Guerre aux chômeurs ou Guerre au chômage*, Bellecombe-en-Bauge, Edition du Croquant, 2005.
- Prolongeau H., *la cage aux fous*, Paris, J'ai lu, 2002 (Librio) p. 26 et p. 28.
- Spires A., *Étrangers à la Carte*, l'administration de l'immigration française en France (1945-1975), Paris, Grasset, 2005 : Entretien de Bernard, fonctionnaire de la Préfecture de Police, de 1950 à 1974, p. 173 et Circulaire du 17/4/64 du Ministère de l'Intérieur aux préfets concernant le rapatriement des oisifs, A.P.P., dossier n° 3000334, (Spires, 2005, 215).

Rapports

- Lovell A, *Psychiatrie et violence*, Rapport de l'IGAS, 2005.
- Varinard A, *Rapport de la commission de propositions de réforme de l'ordonnance du 2 février 1945 relative aux mineurs délinquants*, 15 avril 2008
- Dossier de la CNAF, *Les représentations dans le temps et l'espace des familles monoparentales*, Dossier d'étude n° 42, mars 2003, Université Rennes 2.

Articles de Journaux ou revues

- Dortier J-F, "Les professionnels de l'intelligence : portrait de groupe", *Sciences Humaines* n° 157, Février 2005.
- Langlois B., *Politis*, 10 novembre 2005, http://udas.org/Dossiers/Etat_urgence/05-11-14%20Etat_d%27urgence.htm
- Laronche M. et Rollot C., "interview de Philippe Meirieu", *Le Monde* 30 novembre 2006.
- Mortagne V., "Charles Aznavour le plus grand des croone" *Le Monde* du 21/2/07 <http://www.dailymotion.com> avril 2007

Sayad A., *Les Maux à mots de l'immigration*, 1990, entretien avec J. Leca. Issu(e) de l'immigration. Identités, mobilisations et représentations des jeunes d'origine maghrébine, *Politix*, n°12, pp. 7-24, cité par D. Simeoni, "L'institution dans la langue: lexique et pensée d'État", *Recherches Sémiotiques/Semiotic Inquiry*, XII(3), pp. 87-119.

Willeme T., *Mégaphone*, Advocacy-France, Juin 2005

Documents radiophoniques ou émissions télévisuelles

Baker C., *Surpris par la nuit - De bonnes raisons d'écouter les fous*, France Culture, 10 au 14 septembre 2001 à 22h30.

Callot JB, *Cinq femmes à l'école de police* Fr3, 10 août 2007, 20h30 (Documentaire 2006 – 120mm).

Ressources internet :

Blog sur C. Murray, *Human Accomplishment : The Pursuit of Excellence in the Arts and Sciences*, Harper Collins Publishers, 2003, rédigé en janvier 2004.

<http://forums.famili.fr> 2007

Documents non publiés(diffusion associative)

Advocacy.France : Demande d'intervention reçue en octobre 2007

Bureau de Conseils aux Clients. du Limbourg, *Vécu Autrement*, récits d'expérience de demandeurs de soins psychiatriques, Neederland, 2002.

Recueil réalisé dans le cadre d'un atelier d'écriture, *Quand les assistantes sociales prennent la plume*, septembre 2001, C.L.I.CO.S.S. 37 : Gaillard N.. Éducatrice spécialisée, C.L.I.CO.S.S. 37.

Colloques

Boucquiaux P., Éducateur spécialisé et chef de service éducatif du service tutelle de l'ADAEA, présente le résultat d'un travail de recherche sur les rapports d'activité qui se sont échelonnés pendant cinquante ans, ainsi que sur certains écrits d'enquête sociale, d'AEMO ou de tutelle. Colloque de ADAEA, *Famille en mouvement : modèles familiaux pluriels, approches socio-éducatives singulières*, Évreux, 12 octobre 2006.

Gekiere C., La passion classificatrice en psychiatrie : une maladie contemporaine?, *passions*, Colloque du CEFA, Paris, 8-9 décembre 2006.

OUVRAGES

- AUGE M.** *Le sens des autres*, Paris : Fayard 1994, 199 p.
- AMOSSY R.** *Les idées reçues : sémiologie du stéréotype*, Paris : Nathan, 1991, 215 p.
- AMOSSY R. & HERSCHBERG PIERROT A.** *Stéréotypes et clichés*, Paris : Armand Colin, 2007, 128 p.
- ANDRE C., LELORD F.** *L'estime de soi*, Paris : Odile Jacob, 1999, 288 p.
- ANOUILH J.** *Becket*, Paris : Folio, 1972, 151 p.
- ANZIEU D.** *Le moi peau*, Paris : Dunod, 1995, 291 p.
- ANZIEU D.** *La dynamique des groupes restreints*, Paris : PUF, 1996, 250 p.
- ARENDT H.** *La condition de l'homme moderne*, Paris : Calmann-Lévy, 1961, 406 p.
- AUSTIN J. L.** *Le langage de la perception*, Paris : J.VRIN, 2007, 236 p.
- BARBIER J.M.** *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris : PUF, 1996, 306 p.
- BARBIER J. M. & GALATANU O.** *Action, affects et transformation de soi*, Paris : PUF, 1998, 287p.
- BARBIER J. M. & GALATANU O.** *L'analyse de la singularité de l'action*, Paris : PUF, 2000, 265 p.
- BARBIER J. M. & GALATANU O.** *Signification, sens, formation*, Paris : PUF, 2000, 192 p.
- BARBIER J. M.** *L'évaluation en formation*, Paris : PUF, 2001, 309 p.
- BARBIER J. M.** *Les savoirs d'action : mise en mot des compétences ?*, Paris : l'Harmattan, 2004, 324 p.
- BARBIER J. M.** *Valeurs et activités professionnelles*, Paris : l'Harmattan, 2004, 208 p.
- BARBIER J. M. BOURGEOIS E. & DE VILLIERS G. & KADDOURI M.** *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*, Paris : l'Harmattan, 2006, 301 p.

- BARBIER J.M. & DURAND M.** *Sujets/activités/environnements– Approches transverses*, Paris : PUF, 2006, 259 p.
- BANDURA A.** *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*, Bruxelles : De Boeck Université, 2002, 859 p. (Ouvertures Psy).
- BARDIN L.** *L'analyse du contenu*, Paris : PUF, 1977, 288 p.
- BARRETT R.** *La traite des fous, la construction sociale et la schizophrénie*, Paris : Institut Synthélabo, 1997, 354 p. (Les empêcheurs de penser en rond)
- BASTIDE R.** *Sociologie des maladies mentales*, Paris : Flammarion, 1977, 311 p. (Champ)
- BATESON G. et al.** *La nouvelle communication*, Paris : Points, 359 p. (Anthropologie, Sciences humaines).
- BEAUVOIS J. L., JOULE R. V. & MONTEIL J. M. (ed.)** *Perspectives cognitives et conduites sociales* Rennes : Presses Universitaires de Rennes 2004, 476 p.
- BECKER H. S.** *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris : A.M. Métailié, 1985, 247 p.
- BEGOUT B.** *La découverte du quotidien*, Paris : Allias, 2005, 600 p.
- BENASAYAD M., SCHMIT G.** *Les passions tristes, souffrance psychique et crise sociale*, Paris : la découverte, 2006, 181 p.
- BENTON M.** *Sociologie des relations raciales*, Paris : Payot, 1971, 437 p.
- BENVENISTE E.** *Problèmes de linguistique générale*, Paris : Gallimard, 1966, T.1 et T.2, 351 p. et 286 p.
- BERGER P. & LUCKMANN T.** *La construction sociale de la réalité*, Paris : Armand Colin, 1966, 357 p.
- BERTHOZ A.** *La décision*, Paris : Odile Jacob, 2003, 385 p.
- BERTHOZ A. & JORLAND G.** *L'empathie*, Paris : Odile Jacob, 2004, 275 p.
- BION W. R.** *Aux sources de l'expérience*, Paris : PUF, 2003, 137 p.
- BOLOGNINI M. & PRETEUR Y.** *Estime de soi – Perspectives développementales*, Lausanne : Delachaux Niestlé, 1998, 310 p.

- BOLTANSKI L. & THEVENOT L.** *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris : Gallimard, 1991, 483 p. (NRF essais).
- BOLTANSKI L. & CHIAPELLO E.** *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 2005, 843 p. (NRF essais).
- BONARDI C. & ROUSSIAU N.** *Les représentations sociales*, Paris : Dunod, 1999, 124 p. (Topos).
- BOUCHAYER F.** *Trajectoires sociales et inégalités*, Ramonville Saint-Agne : Erès, 1994, 408 p.
- BOURDIEU P.** *La misère du monde*, Paris : Seuil, 1993, 904 p.
- BOURDIEU P.** *Le sens pratique*, Paris : Minuit, 1994, 474 p.
- BOURDIEU P.** *Langage et pouvoir symbolique*, Paris : Seuil, 2001, 423 p (Points -Essais)
- BOURGEOIS E. BOURHIS R. Y. & BRONCKART J. P.** *Pour les sciences humaines*, Bruxelles : De Boeck Université, 1996, 175 p.
- BOURHIS R. Y., LEYENS J.** *Stéréotypes, discrimination et relations intergroupes*, Bruxelles : Mardaga, 1995, 416 p.
- BUTLER J.** *Humain, inhumain, le travail critique des normes* Paris : Amsterdam, 2005, 154 p.
- BUTLER J.** *Troubles dans le genre, le féminisme et la subversion de l'identité*, Paris : La Découverte, 2006, 283 p.
- BUTLER J.** *Le récit de soi*, Paris : PUF, 2007, 136 p.
- BUTLER J.** *Le Pouvoir des mots : discours de haine et politique du performatif*, Paris : Amsterdam, 2008, 219 p.
- CANGUILHEM G.** *Le normal et le pathologique*, 1979, Paris : PUF, 2005, 224 p. (Quadrige Grands textes).
- CARDINET A.** *Pratiquer la médiation en pédagogie*, Paris : Dunod 1995, 192 p.
- CAREL M.** *Les facettes du dire, hommage à Oswald Ducrot*, Paris : Kimé, 2002, 362 p.
- CARRETEIRO T. C.** *Exclusion sociale et construction de l'identité*, Paris : l'Harmattan, 1993, 260 p.

- CARTIER. A. (coord.)** *Le service social en psychiatrie*, Rennes : ENSP, 2005, 166 p.
- CASTEL R.** *L'ordre psychiatrique*, Paris : Minuit, 1976, 334 p.
- CASTEL R.** *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris : Fayard, 1995, 490 p.
- CASTEL R.** *La discrimination négative : citoyens ou indigènes ?*, Paris : Seuil, 2007, 129 p. (La république des idées)
- CASTORIADIS C.** *Institution imaginaire de la société*, Paris : Seuil, 1975, 458 p.
- CHAPELLE G.** *Le moi, du normal au pathologique*, Paris : Sciences Humaines, 2004, 377 p.
- CICOUREL A. V.** *Le raisonnement médical*, Paris : Seuil, 2002, 234 p.
- CLEMENT P.** *La Forteresse Psychiatrique*, Paris : Flammarion Aubier, 2001, 341 p.
- CLEMENT P.** *Bienvenue à l'hôpital psychiatrique*, Paris : Institut Synthélabo, 2007, 187 p. (Les empêcheurs de penser en rond)
- CLERGET J.** *Le nom et la nomination*, Toulouse : Erès, 1990, 340 p.
- COSSEE C. & LADA E. & RIGONI I.** *Faire Figure d'étranger, regards croisés sur la production de l'altérité*, Paris : Armand Colin 2004, 319 p.
- CORCUFF P.** *Les nouvelles sociologies*, Paris : Nathan, 1995, 128 p. (coll. 128).
- COULON A.** *L'Éthnométhodologie*, Paris : PUF, 2002, 127 p. (Que sais-je ?).
- COURTOIS B., PINEAU G.** *La formation expérientielle des adultes*, Paris : La Documentation Française, 1991, 464 p.
- CROIZET J. C., LEYENS J. P.** *Mauvaises réputations, réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*, Paris : Armand Colin, 2003, 299 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E.** *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, 1977, 500 p.
- DAMASIO A. R.** *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*, Paris : Odile Jacob, 1994. 354 p.

- DAMASIO A. R.** *Le sentiment même de soi, corps, émotions, conscience*, Odile Jacob, 1999, Paris : Poche 2002, 474 p.
- DANTZER R.** *Les émotions*, Paris : PUF, 2005, 128 p. (Que sais-je ?).
- DEMONET R. & MOREAU DE BELLAING L.** *Déconstruire le handicap, citoyenneté et folie*, Paris : CTNERHI, 2000, 303 p.
- DESCOLA P,** *Par-delà nature et culture*, Paris : Gallimard, 2005, 623p. (NRF Essais)
- DESCOMBES V.** *Le complément du sujet*, Paris : Gallimard, 2004, 521 p. (NRF Essais)
- DEVEREUX G.** *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris : Aubier, 1980, 474 p.
- DEVEREUX G.** *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris : Flammarion, 1993, 350 p. (Champ)
- DOSSE V.** *L'empire du sens*, Paris : La Découverte, 2005, 432 p.
- DUBAR C.** *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : Armand Colin, 1991, 278 p.
- DUBET F.** *Sociologie de l'expérience*, Paris : Seuil, 1994, 263 p.
- DUBET F.** *Le déclin de l'institution*, Paris : Seuil, 2002, 421 p.
- DUBET F** *Injustices*, Paris : seuil, 2006, 490 p.
- DUCROT O., TODOROV T.** *Dictionnaire encyclopédique des sciences du langage*, Paris : Seuil, 1972, 470 p.
- DUMOUCHEL P.** *Emotions, essai sur le corps et le social*, Paris : Institut Synthélabo, 1995, 202 p. (Les empêcheurs de tourner en rond)
- DUTOIT M., DEUTSCH C.** *Usagers de la Psychiatrie : De la disqualification à la dignité*, Ramonville Saint-Agne : Erès, 2001, 168 p.
- DUTOIT M.** *L'advocacy en France, un mode de participation active des usagers en santé mentale*, Rennes : EHESP, 2008, 159 p.
- EBERSOLD S.** *L'invention du handicap : la normalisation de l'infirmes*, Paris : CTNERHI, 1997, 301 p.

- EBERSOLD S.** *Parents, professionnels face au dévoilement du handicap : dires et regards*, Ramonville Saint-Agne : Erès, 2007, 190 p.
- ECO U.** *Le Signe*, 1988, Bruxelles : Labor, 1992, 280 p.
- EHRENBERG A.** *La fatigue d'être soi*, Paris : Odile Jacob, 2002, 414 p.
- ERAUT M.** *Developing professional knowledge and competence*, London : Falmer Press, 1997, 260 p.
- ERNAUX A.** *Les armoires vides*, Paris : folio, 1991, 181 p.
- ERNAUX A.** *La place*, Paris : folio, 2007, 113 p.
- FERREOL G. (Dir.)** *Dictionnaire de sociologie*, Paris : Armand Colin, 2003, 242 p.
- FERRY J. M.** *Les puissances de l'expérience, t. 1 le sujet et le verbe, - t.2, Les ordres de la reconnaissance*, Paris : Cerf, 1991, 216 p. et 252 p.
- FLAHAULT F.** *Be yourself*, Paris : Mille et Une Nuits, 2006, 270 p.
- FLAHAULT F.** *Le Paradoxe de Robinson*, Paris : Mille et Une Nuits, 2006, 170 p.
- FOUCAULT M.** *L'archéologie du savoir*, Paris : Gallimard, 1969, 275 p.
- FOUCAULT M.** *Les mots et les choses, une archéologie des sciences humaines*, Paris : Gallimard, 1972, 298 p.
- FOUCAULT M.** *Histoire de la folie*, Paris : Gallimard, 1972, 583 p.
- FOUCAULT M.** *Surveiller et punir*, Paris : Gallimard, 1993, 318 p. (Tel)
- FOUCAULT M.** *Naissance de la clinique*, Paris : PUF, 1993, 214 p. (Quadrige)
- FOUCAULT M.** *Les anormaux*, Paris : Gallimard/Seuil, 1999, 351 p.
- FOUCAULT M.** *Le pouvoir psychiatrique*. Paris : Gallimard/Seuil, 2003, 416 p.
- FREIRE P.** *Pédagogie des opprimés*, Paris : Maspéro, 1977, 150 p.
- FREYNET M.F. &
BLANC M. &
PINEAU G.** *Les transactions aux frontières du social*, Lyon : Chroniques Sociales, 1998, 252 p.

- GADAMER H. G.** *Philosophie de la pensée*, Paris : Grasset-Mollat, 1998, 183 p.
- GARFINKEL H.** *Recherches en ethnométhodologie*, Paris : PUF, 2007, 473 p.
- GAUCHER M.** *La pratique de l'esprit humain*, Paris : Gallimard, 1980, 519 p.
- GAULEJAC V.** *La névrose de classe*, Paris : Hommes et Groupes, 1987, 308 p.
- GAULEJAC V., ROY S.** *Sociologies cliniques*, Paris : Ed. Epi, 1993, 329 p.
- GAULEJAC V.** *La lutte des places*, Paris : Desclée de Brouwer, 1994, 286 p. (Sociologie Clinique).
- GAULEJAC V.** *L'histoire en héritage. Roman familial et trajectoire sociale*, Paris : Desclée de Brouwer, 1999, 320 p.
- GENTIS R.** *Quand tombe les murs de l'asile*, Paris : Maspero, 1977, 88 p.
- GOFFMAN E.** *Asiles*, Paris : Minuit, 1972, 450 p.
- GOFFMAN E.** *Les rites d'interaction*, Paris : Minuit, 1974, 230 p.
- GOFFMAN E.** *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris : Minuit, 1989, 180 p.
- GOFFMAN E.** *Les cadres de l'expérience*, Paris : Minuit, 1991, 573 p.
- GOFFMAN E.** *L'arrangement des sexes*, Paris : La Dispute 2002, 115 p.
- GOOD B.** *Comment faire de l'anthropologie médicale ?* Paris : Institut Synthélabo, 1998, 430 p. (Les Empêcheurs de penser en rond).
- GROSJEAN M. & LACOSTE M.** *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*, Paris : PUF, 1999, 225 p.
- GUELAMINE F.** *Le travail social face au racisme : contribution à la lutte contre les discriminations*, Paris : ENSP, 2006, 110 p.
- GUMPERZ J.** *Engager la conversation. Introduction à la sociolinguistique interactionnelle*, Paris : Minuit, 1989, 177 p.
- GUMPERZ J.** *Sociolinguistique interactionnelle, une approche interprétative*, Paris : l'Harmattan, 1989, 243 p.

- HABERMAS J.** *Théorie de l'agir communicationnel*, Tome 1, Paris : Fayard, 1987, 480 p.
- HABERMAS J.** *De l'éthique de la discussion*, Paris : Cerf, 1992, 202 p.
- HABERMAS J.** *Droit et démocratie*, Paris : Gallimard, 1997, 546 p.
- HALL E. T.** *Au-delà de la culture*, Paris : Seuil, 1976/1979, 233 p.
- HALL E. T.** *La dimension cachée*, Paris : Points, 1996, 254 p.
- HERITIER F.** *Masculin, féminin T1*, Paris : Odile Jacob, 1995, 332 p.
- HIRIGOYEN, M. F.** *Le harcèlement moral*, Paris : Pocket, 1999, 242 p.
- HERZLICH C.** *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2005, 210 p.
- HOGGART R.** *La culture du pauvre*, Paris : Minuit, 1970, 420 p.
- HONNETH A.** *La lutte pour la reconnaissance*, Paris : Cerf, 2002, 232 p.
- HONNETH A.** *La réification*, Paris : Gallimard, 2007, 141 p. (Essais)
- HUSSERL E.** *Idées directrices pour une phénoménologie*, Paris : Gallimard, 1985, 567 p. (Tell).
- HUSSERL E.** *Philosophie première Tome 1*, Paris : PUF, 1990, 384 p.
- HYMES D. H.** *Vers la compétence de communication*, Paris : Didier, 1991, 219 p.
- IONESCU S. & JACQUET M.-M. & LHOTE C.** *Les mécanismes de défense : théorie et clinique*, Paris : Nathan, 2001, 320 p.
- JACQUES F.** *Dialogiques*, Paris : PUF, 1979, 422 p.
- JACOBSON L. & ROSENTHAL R. & JACQUET M.-M.** *Pygmalion à l'école*, Paris : Casterman, 1971, 266 p.
- JOAS H.** *La créativité de l'agir*, Paris : Cerf, 1999, 306 p.
- JODELET D.** *Folie et représentations sociales*, Paris : PUF, 1989, 398 p.
- JODELET D. (dir.)** *Les représentations sociales*, Paris : PUF, 1993, 424p.

- JOULE R. V., BEAUVOIS J. L.** *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Grenoble : PUG, 2008, 264 p.
- KAES R.** *L'institution et les institutions*, Paris : Dunod, 1987, 217 p.
- KARSZ S. (DIR)** *L'exclusion, définir pour en finir*, Paris : Dunod, 2000, 168 p.
- KAUFMANN J. C.** *Ego, pour une sociologie de l'individu*, Paris : Nathan, 2001, 288 p.
- KAUFMANN J. C.** *L'invention de soi – Une théorie de l'identité*, Paris : Armand Colin, 2004, 351 p.
- KERBRAT-ORECCHIONI C.** *La conversation*, Paris : Seuil, 1996, 92 p (Mémo).
- KERBRAT-ORECCHIONI C.** *Les interactions verbales- Approches interactionnelles et structure des conversations*, Paris : Armand Colin, 1998, 315 p.
- KERBRAT-ORECCHIONI C.** *L'énonciation*, Paris : Armand Colin, 2002, 259 p.
- KRISTEVA J.** *Etrangers à nous-mêmes* Paris : Flammarion, 1991 293 p. (Folio).
- KUHN T. S.** *La structure des révolutions scientifiques*, Paris : Flammarion, 1962, 284 p.
- LABOV W.** *Le parler ordinaire*, Paris : Minuit, 1978, 174 p.
- LAHIRE B.** *L'homme pluriel, les ressorts de l'action*, Paris : Hachette, 2001, 392 p.
- LALANDE A.** *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris : PUF, 2006, 1323 p.
- LAING R.D.** *La politique de l'expérience*, Paris : Stock, 1972, 128 p.
- LAING R.D.** *Soi et les autres*, Paris : Gallimard, 1980, 236 p. (Tell).
- LAPLANTINE F.** *La description ethnographique*, Paris : Armand Colin, 2005, 127 p.
- LAPLANTINE F.** *Je, nous et les autres, être humain au-delà des appartenances*, Paris : Le Pommier, 1999, 152 p.
- LARMORE C.** *Les pratiques du moi*, Paris : PUF, 2004, 264 p.

- LAVE J.** *Cognition in practice, mind, mathematics and culture in everyday life*, Cambridge : Cambridge University Press, 1998, 280 p
- LEBOTERF G.** *De la compétence*, Paris : l'Organisation, 1994, 176 p.
- LEDRUT R.** *La forme et le sens dans la société*, Paris : Librairie des Méridiens, 1984, 192 p.
- LEVI-STRAUSS C.** *Le regard éloigné*, Paris : Plon, 1983, 398 p.
- LEYENS J. P.,
YZERBYT, V.Y.
& SCHADRON G.** *Stéréotypes et cognition sociale*, Paris : Mardaga 1999, 310 p.
- LIVET P.** *Emotions et rationalité morale*, Paris : PUF, 2002, 279 p.
- LOURAU R. &
LUCKMANN T.** *Implication transduction*, Paris : Anthropos, 1997, 120 p.
- LYOTARD J. F.** *La phénoménologie*, Paris : PUF, 1992, 127 p. (Que sais-je ?)
- MAGGI B.** *Manières de penser et manières en formation*, Paris : PUF, 1999, 240 p.
- MAILLARD-DECHENANS D.** *Pour en finir avec la psychiatrie, des patients témoignent*, Toulouse : SCOP, 2008, 290 p.
- MARC E., PICARD D.** *L'interaction sociale*, Paris : PUF, 1989, 239 p.
- MARC E., PICARD D.** *Relations et communications interpersonnelles*, Paris : Dunod, 2000, 126 p.
- MARTUCELLI D.** *Grammaires de l'individu*, Paris : Folio, 2002, 712 p.
- MARTUCELLI D.** *Sociologies de la modernité*, Paris : Folio, 2004, 701 p.
- MEAD G. H.** *L'esprit, le soi et la société*, 1963, Paris : PUF, 2006, 434 p.
- MEMMI A.** *L'homme dominé*, Paris : Petite bibliothèque Payot, 1968, 232 p.
- MEMMI A.** *Portrait du colonisé*, Paris : Gallimard, 1985, 163 p.
- MENDEL G.** *L'acte est une aventure*, Paris : La Découverte, 1998, 570 p.

- MERLEAU-PONTY M.** *Phénoménologie de la perception*, Paris : Gallimard, 1976, 531 p. (Tell).
- MERLEAU-PONTY M.** *Signes*, Paris : Gallimard, Folio, 2003, 562 p. (Essais)
- MERTON R. K.** *Eléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris : Plon, 1965, 423 p.
- MEYERSON I.** *Les fonctions psychologiques et les oeuvres*, Paris : Albin Michel, 1995, 293 p.
- MILLET D., SEGUIER B.** *De l'analyse des pratiques professionnelles en formation*, Paris : Séli Arslan, 2005, 220 p.
- MONTEIL J. M.** *Eduquer et former*, Grenoble : PUG, 1997, 217 p.
- MOSCOVICI S.** *Psychologie sociale*, Paris : PUF, 1988, 593 p.
- MOSCOVICI S. (dir.)** *Psychologie sociale des relations à autrui*, Paris : Armand Colin 2006, 304 p.
- NIZET J., HUYBRECHT S.** *Interventions systémiques dans les organisations*, Bruxelles : De Boeck Université, 1998, 450 p.
- NIZET J., PICHAULT F.** *Comprendre les organisations, Mintzberg à l'épreuve des faits*, Europe : Gaëtan Morin, 1995, 312 p.
- NUTTIN J.** *Théorie de la motivation humaine*, Paris : PUF, 2005, 383 p.
- OGIEN A.** *Les formes sociales de la pensée*, Paris : Armand Colin, 2007, 189 p.
- PAGES M.** *La vie affective des groupes*, Paris : Dunod, 1968, 508 p.
- PAICHELER G.** *Psychologie des influences sociales*, Paris : Delachaux & Niestle, 1992, 247 p.
- PAILLE P.** *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris : Armand Colin, 2003, 211 p.
- PAPERMAN P. & LAUGIER S.** *Le souci des autres, Ethique et politique du care*, Paris : EHESS, 2005, 348 p.
- PASQUINELLI B.** *Le geste et l'expression, repères iconographiques*, Vérone : Hazan, 2006, 367 p. (Guide des Arts)
- PAUGAM S.** *L'exclusion – L'état des savoirs*, Paris : La Découverte, 1996, 584 p.

- PAUGAM S.** *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris : PUF, 2004 256 p.
- PELLETIER A. & DELAPORTE Y.** *Moi, Armand, sourd et muet*, Paris : Plon, 2002, 460 p. (Terre Humaine)
- PERRON R.** *Les représentations de soi*, Paris : Privat, 1991, 255 p.
- PHARO P.** *Sociologie de l'esprit, conceptualisation et vie sociale*, Paris : PUF 1998, 256 p.
- PETITAT A.** *Secret et formes sociales*, Paris : PUF, 1998, 247 p.
- PIAGET J.** *Psychologie et pédagogie*, Paris : Denoël/Gonthier, 1969, 279 p.
- PIRET A., NIZET J.** *L'analyse structurale : une méthode d'analyse de contenu pour les sciences humaines*, Bruxelles : De Boeck Université, 1996, 175 p.
- POSTIC M., KETELE J. M.** *Observer les situations éducatives*, Paris : PUF, 1994, 311 p.
- POSTEL J.** *Dictionnaire de la Psychiatrie et de Psychopathologie Clinique*, Paris : Larousse, 1998, 528 p.
- PROLONGEAU H.** *, la cage aux fous*, Paris : J'ai lu, 2002, 89 p.(Librio)
- QUEIROZ J. M.** *L'interactionnisme symbolique*, Rennes : PUR, 1994, 131 p. (Didact Sociologie)
- REYNAUD J. D.** *Les règles du jeu – L'action collective et la régularisation sociale*, Paris : Armand Colin, 1989, 348 p. (U sociologie)
- RICOEUR P.** *Soi même comme un autre*, Paris : Seuil, 1990, 424 p. (Coll. Points)
- RICOEUR P.** *Temps et récit*, Paris : Seuil, 1991, 404 p. (Coll. Points)
- RICOEUR P.** *Parcours de la reconnaissance*, Paris : Stock, 2004, 386 p.
- RIME B.** *Le partage social des émotions*, Paris : PUF, 2005, 420 p.
- SALEM J.** *Hippocrate. Connaître, soigner, aimer. Le serment et autres textes*, Paris : Seuil, 1999, 278 p.
- SARTRE J. P.** *Saint Genet, Comédien et Martyre*, Paris : Gallimard, 1952, 696 p.

- SCHNEUWLY B.** *Textes de base en psychologie*, Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1985, 237 p.
- SCHON D. A.** *Le praticien réflexif*, Québec : Logiques, 1994, 418 p.
SCHUTZ A. *Le chercheur et le quotidien*, Paris : Méridiens Klincksieck, 1987, 286 p.
- SCHUTZ A.** *L'étranger*, Paris : Allia, 2003, 77 p.
- SCHUTZ A.** *Essais sur le monde ordinaire*, Paris : Félin, 2007, 202 p.
- SEARLE J. R.** *Le mystère de la conscience*, Paris : Odile Jacob, 1999, 228 p.
- SEGUIER M. & DUMAS B.** *Construire des actions collectives*, Lyon : Chroniques Sociales, 1997, 226 p.
- SEN A.** *L'économie est une science morale*, Paris : La Découverte, 2003, 125 p.
- SIESS J., VALENCY G.** *La double adresse*, Paris : L'Harmattan, 2002, 152 p.
- SIMMEL G.** *Le conflit*, Paris : Circé/Poche, 2003, 159 p.
- SPIRE A.** *Etrangers à la carte, l'administration de l'immigration française en France (1945-1975)*, Paris : Grasset, 2005, 402 p.
- SPERBER D.** *La contagion des idées*, Paris : Odile Jacob, 1996, 243 p.
- SPERBER D., WILSON D.** *La pertinence, communication et cognition*, Paris : Minit, 1989, 396 p.
- SZASZ T.** *La loi, la liberté et la psychiatrie*, Paris : Payot 1977, 326 p. (Bibliothèque scientifique)
- STERN D.** *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, Paris : PUF, 2003, 81 p. (Le fil rouge)
- STICKER H. J.** *Les fables peintes du corps abîmé*, Paris : Cerf, 2006, 178 p. (Histoire)
- STRAUSS A. L.** *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris : L'Harmattan, 1992, 319 p. (Logiques Sociales)
- SWAIN G.** *Sujet de la folie*, Paris : Calman-Lévy, 1997, 193 p.

- TABOADA LEONETTI I. & TAZIN.** *Les mots du monde : masculin féminin*, Paris : La Découverte, 2004, 154 p.
- VARELA F. J.** *Autonomie et connaissance. Essai sur le vivant*, Paris : Seuil, 1989, 247 p.
- VATTIMO G.** *Introduction à Heidegger*, Paris : Cerf, 1985, 186 p.
- VIGARELLO G.** *Histoire des pratiques de santé*, Paris : Seuil, 1993, 390 p. (Point)
- VIGNAUX G.** *Le démon du classement. Penser et organiser*, Paris : Seuil, 1999, 107 p.
- VION R.** *La communication verbale*, Paris : Hachette, 1992, 302 p.
- VYGOTSKI L. S.** *Pensée et langage*, Paris : Messidor/Éditions Sociales, 1986, 419 p.
- VYGOTSKI L. S.** *Conscience, inconscient, émotions*, Paris : La Dispute, 2003, 165 p.
- WATZLAWICK P.** *La réalité de la réalité. Confusion. Désinformation. Communication*, Paris : Seuil, 1978, 237 p.
- WATZLAWICK P. & HELMICK-BEAVIN J. & JACKSON DON D.** *Une logique de la communication*, Paris : Points Seuil, 1985, 280 p.
- WINNICOT D. W.** *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris : Gallimard, 1984, 212 p.
- WITTORSKI R.** *Analyse du travail et production de compétences collectives*, Paris : L'Harmattan, 1997, 221 p.
- WRIGHT MILLS C.** *L'imagination sociologique*, 1967, Paris : La découverte, 2006, 230 p.
- WULF C.** *Traité d'anthropologie historique*, Paris : l'Harmattan, 2002, 1089 p.
- WULF C.** *Une anthropologie historique et culturelle*, Paris : Téraèdre, 2007, 192p.
- YZERBYT V. Y.** *Connaître et juger autrui. Une introduction à la cognition sociale*, Grenoble : PUG, 1996, 274 p.
- XANTHAKOU M.** *Idiots de villages*, Toulouse : P.U. du Mirail, 1989, 316 p.

ZARIFIAN E. *Des Paradis plein la tête*, 1994, Paris : Odile Jacob, 2000, 222 p.(Poch Odil Jacob)

ZAVALLONI M. *Ego-écologie et identité : une approche naturaliste*, Paris : PUF, 2007, 208 p.

EXTRAITS D'OUVRAGE

BALVET P. in P.A Lambert la relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques, Paris : Masson,1965, p 10-11 cité par A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Paris : Odile Jacob, 2002, p. 311.

DEWEY J. Extrait de *Logique théorie de l'enquête* Paris : PUF, pp. 166- 185, 1993.

DOISE W. Niveaux d'analyse dans l'étude des relations intergroupes. In: G. Mugny, D. Oberlé, J. L. Beauvois (Eds.), *La Psychologie Sociale* . Tome 1 Relations humaines groupes et influence sociale. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 1995, pp. 157-159.

JODELET D. Formes et figures de l'altérité in Sanchez-Mazas M., Licata L. (éds.), *L'Autre : regards psychosociaux*, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 2005, pp. 23-47.

JODELET D. Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, in S. Moscovici (Dir.) *Psychologie sociale*, Paris : PUF, 1997, p. 365.

MAISONDIEU J. Quand on devient malade, in *Le Moi*, Paris : Edition Sciences Humaines, 2004, p 171.

MATHIEU L. Les mobilisations improbables : pour une approche contextuelle et compréhensive, in Cadiou S., Dechézelle S., Roger A. (dir.), *Passer à l'action : les mobilisations émergentes*, Paris : L'Harmattan, 2007, pp. 187-198.

ROELEN N. les transactions intersubjectives dans l'attribution de compétences, in Freynet M. F., Blanc M., Pineau G., *Les transactions aux frontières du social*, Lyon : Chroniques Sociales, 1998, pp. 121-136.

TAYLOR P. V. Préface, ces citoyens qu'on dit fous in M. Dutoit, *L'advocacy en France*, Paris : EHNSP, 2008, pp. 5-18.

TURNER, J. C. Towards a cognitive redefinition of the social group in H. Tajfel (ed.), *Social Identity and Intergroup Relations*, Paris: Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, 1982, pp. 15-40.

ARTICLES DE REVUES

ASTIER I. Se raconter aux autres in *Sciences Humaines* n° 184, juillet 2007, p51

BARBIER J. M. De l'usage de la notion d'identité en recherche, notamment dans le domaine de la formation p 11 in Formation et Dynamiques identitaires *Education Permanente* n° 128 1996/3

BERTHOZ A. Physiologie de la perception et de l'action, *Cours du collège de France* 2005-2006

BONNET J. Atouts et limites de la démarche de projet dans les processus d'apprentissage in Représentations et apprentissage chez les Adultes n°119 *Education Permanente* 1994/2

CEFAÏ D. Type, typicalité, typification. La perspective phénoménologique, in B. Fradin, L. Quéré & J. Widmer, L'enquête sur les catégories. *Raisons pratiques* n°5, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1994.

CONEIN B. Ethologie et sociologie : contribution de l'éthologie à la théorie de l'interaction sociale, *Revue Française de Sociologie*, vol. 33, pp. 84-104, 1992.

CROCKER J. ET MAJOR B. Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma, *Psychological Review*, n° 96, pp 608-630, 1989. Groupe d'étude sur l'Ethnicité, le Racisme, les Migrations et l'Exclusion, Université Libre de Bruxelles, 2005.

CURIE J. La compétence en tant qu'imputation causale in Dossier compétences : table ronde sur les compétences in *revue Performances humaines et techniques* p 56 n° 75-76 Mars avril/mai Juin 1995.

DESCHAMPS J.-C. L'identité sociale et les rapports de domination. *Revue Suisse de Sociologie*, 6, pp. 111-122, 1980.

DUBOIS N. Acquisition de la norme d'internalité évolution des croyances internes dans l'explication des conduites et des comportements, *Psychologie Française* 33 pp. 75-84, 1991.

DUCROT. O. Puisque, essai de description polyphonique, Mélanges C. Vikner, *Revue Romane*, no. spécial 24, pp. 166-185, 1983.

DUTOIT M. Des pratiques pour sortir des ghettos et promouvoir l'inclusion en Santé Mentale- *Revue du CEDIAS*, Pratiques de terrain, 2007.

EBERSOLD S. Les enjeux de l'ambition participative, *Vie Sociale* n°1, 2002.

ESPARZA J. J. Définir et dénoncer l'ethnocide, *Vouloir* n°35-36, janvier 1987 - <http://euro-synergies.hautetfort.com/archive/2008/06/25/definir-et-denoncer-l-ethnocide.html>

GALATANU O. Analyse du discours et approche des identités, in Formation et Dynamiques identitaires *Education Permanente* n° 128, p. 45, 1996/3.

GARDELLA E. Le self comme interprétation chez E. Goffman in numéro 4 de la *revue Tracés*, ENS: L'interprétation p21-42, éditions 2007.

GIUST-DESPRAIRIES F. L'identité comme processus, entre liaison et déliaison in *Formation et dynamiques identitaires* n° 128 p 63, 1996-3.

HIGGINS E.T. & TYKOCINSKI O. Self-discrepancies and biographical memory in

HILGERT J. M. Phénomène de groupe, perception de l'identité et stéréotype, *MLMS – marges-linguistiques.com*, Mars 2001.

HUGUES E. C. La Fabrication d'un médecin. Traduit de l'anglais par Eliane ROTHIER BAUTZER in Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle, *La Formation des soignants*, vol. 36, n° 2, pp. 57-70, 2003.

LE BRAS, H. Du bon usage de la démographie. *Sciences Humaines*, n° 107, pp. 38-42, 2000.

LICATA L. La théorie de l'identité sociale et la théorie de l'auto-catégorisation : le Soi, le groupe et le changement social *Revue électronique de Psychologie Sociale*, n° 1, pp. 19-33, 2007.

MALGLAIVE G. Les rapports entre savoirs et pratique dans le développement des capacités d'apprentissage chez les adultes in Représentations et apprentissage chez les Adultes n°119 *Education Permanente* 1994/2 -Personality and cognition at the level of psychological situation. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 18, pp. 527-535, 1992.

MAINGUENEAU D. L'analyse du discours et ses frontières, *Revue électronique Marges linguistiques*, n° 9, 2005.

MARINOWICZ-HETKA E. Travail Social communautaire et pédagogie sociale, fonctions, modèles et sens de l'action, *SAVOIRS* n° 18, 2008.

NOLKE H. Puisque : indice de polyphonie , *Faits de Langue* n°19. pp. 135-146, 2002.

PEIRCE C. S. Collected Papers, vol. I, in *Encyclopédie Universalis* 2006.

PIERROT P. REKACEWICZ P. Nègres, Noirs... Du bon usage des mots en cartographie, *Le monde Diplomatique*, par <http://blog.mondediplo.net/2007-05-17>.

PINEL E. C. Stigma consciousness : The psychological legacy of social stereotypes, *Journal of Personality and Social Psychology*, n° 76, pp 114-128, 1999. Groupe d'étude sur l'Ethnicité, le Racisme, les Migrations et l'Exclusion, Université Libre de Bruxelles, 2005.

POUCHELLE M.-C. Compétence du patient et histoire de la médecine. *Revue de la MGEN*, pp. 11-13, Janvier 1998.

POUCHELLE M.-C. Les ressentis des patients hospitalisés et leurs enjeux. Propos d'ethnologue, *Perspectives soignantes*, (Seli Arslan), n° 4, pp. 6-29, 1999.

POUCHELLE M.-C. Pour une histoire et une anthropologie des effets iatrogènes du combat contre la maladie, Paris, Asclepio, 2002, *Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Madrid, *Consejo Superior de Investigaciones Científicas*, vol. LIV, fasc.1,1, pp. 35-50, 2002.

RASTIER F. Sémiotique des sites racistes, *Mots. Les langages du politique*, n° 80, *La politique mise au net*, mars 2006, mis en ligne le 01 mars 2008. URL : <http://mots.revues.org/index17113.html>.

ROCHER S. J. & YZERBYT V. Y. Stéréotypes et règles de jugement : un examen critique de l'effet de dilution à la lumière du Modèle de la Jugeabilité Sociale. *Revue Internationale de Psychologie Appliquée*, 1, pp. 7-43, 1998.

ROZE X. stéréotype *Encyclopædia Universalis* 2005.

SAINT PE M.-C. Principe maïeutique de la recherche-action, *Pratiques de formation Analyses*, n° 41-42, juin 2001

SAYAD A. Les Maux à mots de l'immigration, entretien avec Jean Leca. Issu(e) de l'immigration. Identités, mobilisations et représentations des jeunes d'origine maghrébine, *Politix*, 12, pp. 7-24, 1990.

SAYAD A. Naturels et naturalisés, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 99, pp. 26-35, 1993.

SIBLOT Y. Adapter les services publics aux habitants des quartiers difficiles. Diagnostics misérabilistes et réformes libérales, *Actes de la recherche en sciences sociales. Politique des espaces urbains. Penser, classer, administrer la pauvreté*, n°159, septembre 2005.

VION R. Modalités, modalisations et activités langagières, in *Approches interactives des faits de langues, Revue cybernétique "Marges Linguistiques"*, n° 2, pp. 209-231, 2002.

WOODILL G., DAVIDSON le langage des professionnels de l'éducation spéciale : un cadre conceptuel, traduction C.Barral et K.Kelley, in *Handicaps et Inadaptations- les Cahiers du CTNERHI* n°47-48, 1989

YVERBIT V., SCHADRON G. Connaître et juger autrui : une introduction à la cognition sociale, *Vies Sociales* n° 11-PUG, 1996.

YZERBYT V., ROGIER A. & ROCHER S. Blaming group membership : the role of subjective essentialism in the emergence of stereotypes. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2, pp. 115-139, 1998.

ZACCAÏ-REYNERS N. Fiction et typification, *Methodos, savoirs et texte*, Université Libre de Bruxelles, 2005.

REVUES

CREDHESS n° 5 - Sociétés & Représentations - le Social en questions Université Paris I, Décembre 1997.

Education permanente n° 128, Formation et dynamiques identitaires, décembre 1996

Education Permanente n°162, La (re)présentation de soi, mars 2005

Être vu, se voir, se donner à voir. Les dires de soi en situation d'étiquetage

Recherche et Formation, INRP, n°42, L'analyse de l'activité. Approches situées, pp. 119-125, 2003.

SAVOIRS n° 18, la dimension formative du travail social, 2008.

SEMINAIRES, COLLOQUES, JOURNEES D'ETUDE

Congrès international linguistique et philologie romanes, (22, Bruxelles, 23-29 Juillet 1998) : GALATANU O. La Reconstruction du système des valeurs convoquées et évoquées dans le discours médiatique.

Séminaire de la ScaPoLine, Université d'Aarhus : Polyphonie linguistique et littéraire (2, Uppsala, octobre 2000).

Séminaire Public de Recherche CRF – MRPP : l'injonction de subjectivité, (Paris, Cnam, 2003-2004).

Séminaire de recherche CRF – MRPP et CRIPPM-ARHIF (Centre de Ressources et d'Information sur les Professions Paramédicales de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France) : La coproduction de soins, (Paris, Cnam, 15 et 16 septembre 2004)

Colloque SOPHIAPOL (laboratoire de sociologie, philosophie et anthropologie politiques – université Paris X-Nanterre), La reconnaissance aujourd'hui, (Nanterre, novembre 2005) : CAILLE A. et LAZZERI C, La reconnaissance aujourd'hui.

Séminaire Public de Recherche CRF – MRPP (Paris, Cnam, 2005-2006) : A. Ogien, Concevoir les pratiques de l'intervention sur autrui.

Colloque de ADAEA, Famille en mouvement : modèles familiaux pluriels, approches socio-éducatives singulières (Evreux, 12 octobre 2006) : BOUCQUIAUX P., résultat d'un travail de recherche sur les rapports d'activité et enquêtes sociales, d'AEMO ou de tutelle.

Journée d'études CRF – MRPP Usages sociaux de la notion de compétences : quels savoirs ? Quels individus ? (Paris, Cnam, 9 mars 2006) : VINATIER I., La figure du « praticien réflexif » dans des entretiens de conseil ; analyse de la dynamique interactionnelle entre conseillers et enseignants en formation et/ou débutants.

Colloque du CEFA Passions, (Paris, 8-9 décembre 2006) : GEKIERE C, la passion classificatrice en psychiatrie : une maladie contemporaine ?

Colloque international Action collective et exclusion sociale en Europe (Lyon, Ecole Normale Supérieure, 11-12 janvier 2008) : DUVOUX N, Centre Maurice Halbwachs (UMR 8097) – Equipe de Recherche sur les Inégalités Sociales, Entre instrumentalisation et quête de reconnaissance : la difficile mobilisation des allocataires du RMI.

Séminaire de Recherche CRF – MRPP (Paris, Cnam, 2008-2009) : l'approche par la recherche des constructions de sens des sujets : JACQUES F, recherche, interrogation, sens le 22/2/08

THESES, ECRITS DE FIN D'ETUDES

DUTOIT-SOLA M. *De l'Interdit à l'inter-dit : l'Assistante sociale dans l'entre-deux thérapeutique*, (DHEPS-DSTS), IRTS Montrouge/Collège Coopératif de Paris/Rennes 2, 1997.

DUTOIT M. *L'Advocacy d'un Je*, (DEA formation d'adultes), Paris, Cnam, 1999.

GIANETTONI L. *Dynamiques temporelles dans les relations intragroupe et intergroupes*, Thèse présentée à la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne pour l'obtention du grade de docteur en psychologie sociale, 2007.

DOCUMENTS AUDIO VISUELS & SITES

1. **COSNIER J.** *Les gestes du dialogue* - vidéo - ARCI-VIA Comm.1989
2. **France - Culture** : *Surpris par la nuit* -- C. Baker, - De bonnes raisons d'écouter les fous -- du 10 au 14 septembre 2001 à 22H30
3. **Moderniser sans Exclure – AUSER – Advocacy** : *De l'hospitalisation à l'hospitalité*, Support Cassette vidéo – 45' - 2002.
4. **France - Culture** : François Teste, *Voyages en psychiatrie*, Présentée par Irène Omélianenko, du 7- 11 Août 2006
5. **OMS** (Organisation Mondiale de la Santé). *Résultats d'une campagne mondiale de sensibilisation* : (2001-2005), Bibliothèque de l'OMS, www.who.int/mental_health

ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1

Décryptage de la vidéo – De l'hospitalisation à l'hospitalité

Être vu, se voir, se donner à voir. Les dires de soi en situation d'étiquetage

Annexe 2

Analyse des types d'adresses dominantes des énonces des acteurs

Annexes 3

**DVD : De l'hospitalisation à l'hospitalité,
A.U.S.E.R – ADVOCACY Caen-BN- Moderniser Sans Exclure, 2002.**

Décryptage de la vidéo

De l'hospitalisation à l'hospitalité

Note pour la lecture du tableau :

Description des attitudes des actants et types d'adresse.

Dans un cadre correspondant le contenu des propos échangés.

Enfin, les flèches symbolisent le ton général de l'énonciation. (Voix égale, →
voix montante ↗ ou descendante ↘) indiquant les tonalités des échanges.

Analyse des types d'adresses dominantes des énoncés des acteurs

Note pour la lecture du tableau :

Les énoncés de chaque acteur correspondant à l'adresse dominante (intitulé de chaque colonne) sont en caractère gras.

Film

De l'hospitalisation à l'hospitalité

A.U.S.ER- Moderniser Sans Exclure -ADVOCACY CAEN Basse Normandie

2002

To see oneself and to be seen by others, linking lived experiences of labelling and its effects.

Just as action on the physical world implies acts of nomination, subjects in their social interactions rely on processes of categorization based on their earlier experiences. This labelling of others offers a framework for interpreting the relationship between subjects, and is coherent with the place and the role which subjects give themselves and the way in which they see their own action, as well as the place and the role that they assign to others. The practices of labelling are visible in the institutions, giving rise to many differing forms of social intervention (for example, Education, Formation, Social Work and Health).

This thesis, starting from the perceived facts of what social actors feel is “being catalogued”, is centred on a filmed debate of “psychiatric patients”. Negatively labelled people have the feeling of being categorised as members of a stigmatised group, rather than as being seen as real individuals.

How do people perceive such labelling? How do they adapt to it? How does such labelling effect the way in which individuals/groups present themselves? It is through a variety of settings that each of these actors express verbally and gestually the label(s) which impact on a given social interaction.

Thus, appear strategies of self-ostension characterized by a more or less critical positioning with respect to carers, peers and group membership to which they relate. Recalling lived experience of labelling is determined by the presentation of oneself in situation of interaction and communication. This judgement of oneself, dependent on what people think of being the images and expectations of others, is accompanied by an expression by justifications, statements of truths, in which they would like to believe, to be accepted, and allowed among “normal people”.

This research task updates a process of experience linked to the representations of oneself and images given to others. In summary, the objective is: to see oneself and to be seen by others, linking lived experiences of labelling and its effects. Thus, in other situations apparently similar to those in the ‘experiment’, bringing into play or putting in danger one’s self image, this representation of oneself and others will condition the subject, and influence their behaviours and competences. Subjects are not then the passive carriers of labels emitted by others, but active in the way in which they live out such labels. As a consequence, this thesis opens prospects for comprehension and action for further research, and for the social practices of the negatively “labelled” people.

KEY WORDS AND CONCEPTS : labelling/label - role/in situation - typification/stereotype - experience/process – identity/ strategies/ostension of oneself - addresses/polyphony - images of oneself/ - presentation of oneself

PRINCIPAL THEORETICAL REFERENCES : Social Psychology, Interactionnism, Symbolic System, Ethnomethodology, Anthropology, Argumentative Semantics, Interpretative Semantics

Être vu, se voir, se donner à voir, les dires de soi en situation d'étiquetage dans une communication publique de patients de la psychiatrie.

De même que l'action sur le monde physique implique des actes de nomination, les sujets dans leurs interactions sociales procèdent à une catégorisation reposant sur leurs expériences préalables. Cet étiquetage d'autrui fonctionne comme une grille d'interprétation des rapports entre sujets. Elle est en cohérence avec la place et le rôle que le sujet se donne lui-même et la manière dont il voit sa propre action, ainsi que la place et le rôle qu'il assigne à autrui. Les pratiques d'étiquetage sont visibles dans les institutions, donnant lieu à autant de métiers d'interventions sur autrui (Education, Formation, Travail Social, Santé, etc.).

Cette thèse analyse les processus d'étiquetage à partir de ce que les acteurs sociaux repèrent comme le fait d' "être catalogué", et pour cela, s'appuie sur l'analyse d'un débat filmé entre patients de la psychiatrie. Les personnes étiquetées négativement ont le sentiment de n'être pas vues comme des personnes, mais regardées comme membres d'une catégorie stigmatisée. Comment les personnes perçoivent ces étiquetages et comment se les sont-elles appropriés ? De quelles façons les négocient-elles de soi à soi et de soi à autrui, particulièrement lorsqu'elles se présentent ?

C'est au travers d'une variété de mises en scène de soi que chacun de ces acteurs manifeste verbalement et gestuellement son étiquette pour s'imposer dans la situation d'interaction. Ainsi, se révèlent des stratégies d'ostension de soi caractérisées par des positionnements plus ou moins critiques vis-à-vis des soignants, vis-à-vis des pairs et du groupe d'appartenance auquel ils sont assimilés. Le rappel d'un vécu de situations d'étiquetage est un déterminant d'une présentation de soi en situation d'interaction et de communication. Ce jugement sur soi, dépendant de ce que les personnes pensent être les images et les attentes de l'autre sur elles, s'accompagne d'une expression de justifications, d'énoncés de vérités, auxquelles elles voudraient croire, pour être acceptées, admises parmi "les gens normaux".

Ce travail de recherche met au jour un processus expérientiel, producteur de représentations de soi et d'images données à autrui, identifié en *être vu, se voir, se donner à voir comme*, liant vécus de situations d'étiquetage et retentissement de ce vécu. Ainsi, dans de nouvelles situations paraissant "similaires" aux situations d'étiquetage connues par expérience, c'est-à-dire ressenties comme mettant en jeu et en danger l'image de soi, cette représentation de soi et d'autrui va conditionner l'agir du sujet, influencer ses comportements et ses compétences.

Le sujet, actif dans sa façon de vivre ses étiquettes, n'est pas le "porteur" passif des étiquettes émises par d'autres. Alors, s'ouvrent des perspectives de compréhension et d'action tant pour la recherche, que pour les pratiques sociales des personnes "étiquetées" négativement.

MOTS ET NOTIONS CLES : étiquetage/étiquette – rôle/situation -- typification/stéréotype - labellisation/stigmate- expérience/processus expérientiel - stratégies identitaires/ostension de soi -- sens/significations – adresses/polyphonie- images de soi/présentation de soi.

PRINCIPAUX ANCRAGES THEORIQUES : Psychologie Sociale, Interactionnisme Symbolique, Ethnométhodologie, Anthropologie, Sémantique argumentative, Sémantique interprétative.