

Clinique de la réinstitution en prison :  
Jean-François et l'invention de la *walking cure*

Jérôme Englebert

## **Introduction**

Cette contribution a pour objectif de penser une clinique inspirée de la psychothérapie institutionnelle là où il est justement peu probable de déployer une pratique qui se réclamerait de ce courant. Dans un premier temps, je voudrais suggérer que les cliniques institutionnelles et antipsychiatriques gagnent à être considérées dans un même mouvement et à tolérer leurs différences plutôt que de se focaliser dessus. Ensuite, je défendrai une clinique de la réinstitution qui se démarque, principalement sur l'aspect politique et normatif, de la clinique du rétablissement. Les conditions seront alors réunies pour que Jean-François entre en scène pour nous apprendre le solfège de ce geste clinique. C'est l'utilité des conduites d'inutilité et la tentative de tendre vers la spontanéité qui nous mènera à définir le statut de cet étrange clinicien de la réinstitution que nous nommerons « thérapeute sans le savoir ». Cette condition, en réalité difficile à atteindre dans l'expérience clinique, nous ouvrira la voie à l'ultime recommandation de Jean-François qui consiste à pratiquer la *walking cure*, c'est-à-dire à se promener pour se perdre.

### **1. Considérer la psychothérapie et l'antipsychiatrie comme un même mouvement**

On le sait, la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle a vu naître deux courants qui sont à la fois parmi les plus radicaux, mais aussi les plus audacieux et sans doute les plus grandes réussites de la pensée du soin et de la thérapie dans l'histoire de la « psychopathologie » : la psychothérapie institutionnelle et l'antipsychiatrie. Il est classique de rappeler que le concept « psychothérapie institutionnelle » apparaît, dans une publication de Georges Daumézon et Philippe Koechlin, la même année que la découverte des premiers neuroleptiques, soit en 1952, alors que celui d'antipsychiatrie apparaît sous la plume de David Cooper en 1967. Ces deux mouvements historiques se caractérisent par un changement de paradigme dans l'histoire de la psychiatrie et du traitement clinique qui peut être défini de plusieurs façons. Pour cette contribution, je suggérerai que leur originalité est à situer du côté d'une prise en considération originale de la dimension spatiale de l'expérience thérapeutique. Si la psychothérapie est pour

ainsi dire immergée dans les domaines du temps, de l'histoire et de la narrativité, associés à une logique de construction ou de reconstruction (en grande partie grâce à l'apport de la psychanalyse), il me semble que l'on puisse identifier une double originalité dans le rapport que ces deux courants entretiennent avec les notions d'espace et de destruction : l'antipsychiatrie détruit les murs fondateurs de l'institution car c'est la socialisation, le retour dans la cité, qui est thérapeutique ; alors que la psychothérapie institutionnelle, pour créer de la circulation, détruit les murs à l'intérieur d'une institution dont les fondations sont préservées car l'institution est, moyennant ces aménagements, thérapeutique (il s'agit alors de soigner l'institution et les soignants à l'intérieur de celle-ci). Ce processus de *destruction* est considéré, dans un cas comme dans l'autre, comme salvateur et émancipateur.

Il est bien évidemment essentiel d'ajouter que ce qui caractérise ces deux perspectives, plus que toute autre, est une dimension politique et idéologique<sup>1</sup>. Ces lectures critiques pouvant estimer que le trouble psychiatrique est une résistance au discours capitaliste ou voire une construction sociale. Ces lectures politiques (qui, si elles sont difficilement systématiquement défendables, ne devraient jamais être oubliées) ont mené à des oppositions (parfois féroces) entre ces deux mouvements. La position antipsychiatrique pouvant reprocher à la psychothérapie institutionnelle d'être le complice du contrôle social et de perpétuer le fonctionnement normatif d'une psychiatrie contribuant à l'objectif d'adaptation du sujet à la société capitaliste et bien-pensante. Dans l'autre sens, la critique de la psychothérapie institutionnelle peut dénoncer une position trop radicale, rigide et impraticable dans la réalité clinique, voire une lecture romantique et idéalisée de la personne souffrante qui serait véhiculée par l'antipsychiatrie.

Toutefois, face à la violence actuelle des évolutions en matière de santé mentale dans les pays occidentaux, ces querelles apparaissent quelque peu désuètes face à la

---

<sup>1</sup> De ce point de vue on ne peut que considérer avec sourire les positions de certains décideurs politiques ou administratifs (généralement peu informés et, il faut bien le dire, peu cultivés en la matière) indiquant que les réformes actuelles en santé mentale reposant sur la désinstitutionnalisation, la psychiatrie mobile ou des services d'*outreaching* sont inspirées, voire superposables à la mouvance antipsychiatrique. La différence principale est qu'alors qu'à l'époque de Basaglia la désinstitutionnalisation reposait sur une lecture politique et idéologique (qui serait d'ailleurs pour beaucoup de ces décideurs probablement totalement indigeste) elle apparaît aujourd'hui strictement économique (ce qui est certes une autre forme d'idéologie), reposant sur l'observation rationnelle du coût des lits psychiatriques en regard de l'engagement de cliniciens mobiles. J'insiste sur le fait que je pense qu'à bien des égards ces évolutions en santé mentale ont plusieurs intérêts et de nombreuses qualités. Je veux juste mettre en évidence la mauvaise foi, ou plus que probablement la lecture très superficielle, qui est faite des décideurs lorsqu'ils revendiquent s'inscrire dans ces courants historiques. Les pionniers de ces mouvements cités ci-avant se sont en effet probablement retournés plusieurs fois dans leur tombe lorsque de tels arguments ont pu être évoqués.

managérialisation, la rationalisation et la protocolisation du soin selon une conception strictement néolibérale du sujet. Il me semble plus cohérent et pertinent de les considérer dans un mouvement commun, émancipateur et singulier au niveau de la prise en considération de l'espace vécu.

## **2. Intégrer la psychothérapie institutionnelle à l'intérieur de la démarche singulière du clinicien : (R)établissement ou (Ré)institution ?**

La psychothérapie institutionnelle, à travers des auteurs comme Tosquelles ou encore Oury, fait une célèbre distinction entre établissement et institution<sup>2</sup>. L'établissement répond au respect des règles prescrites et normes de fonctionnement. L'institution repose plutôt sur l'expérience et l'investissement intersubjectif des lieux. Ce qui est institué concerne l'appropriation subjective produite par les différentes singularités peuplant le lieu où le soin se fait. Il demeure intéressant d'observer, pour toute pratique du soin en collectivité, si elle tend plus du côté de l'établissement et de ses normes à respecter ou du côté de l'institution et du pouvoir intersubjectif qu'elle tolère. Pour le propos qui nous occupe ici, je suggère de penser l'acte de soin lui-même à la lumière de cette distinction, en appliquant cette critique des lieux du soin à l'expérience-même du soin. Le sacrosaint rétablissement, si on le libère des fragilités normatives que l'on a trop souvent tendance à occulter, et si on l'accompagne d'une lecture politique renouvelée, devrait plutôt être considéré comme une réinstitution du sujet. Cette volonté de réinstaurer, plus que de veiller à normaliser une série d'exigences sociales, n'oublie pas de considérer le sujet comme étant créateur de ses propres normes d'existences dans lesquelles il s'épanouira selon ses propres attentes et les critères qu'il aura lui aussi contribué à établir. Il s'agirait donc de réinstaurer le sujet plutôt que de le rétablir.

Ce mouvement du rétablissement vers la réinstitution me semble intéressant car il offre la possibilité de penser le soin depuis son geste le plus intime. Il ne devrait plus être nécessairement pensé en collectivité (en institution) mais pourrait également l'être dans la relation entre le thérapeute et son patient. Je propose d'appeler ce mouvement « introjection de l'institutionnel » pour marquer le caractère éthique, clinique et politique d'une praxis incarnée par un (ou des) clinicien(s) dans des environnements institutionnels en souffrance comme c'est souvent le cas en prison. Qu'on me comprenne bien : il est bien évident que je ne cherche pas à empêcher l'essor de pratiques de soins inspirées des paradigmes institutionnelle et

---

<sup>2</sup> Tudi Gozé, Jérôme Englebert, Florent Amadei, Hubert Wykretowicz, *Phénoménologie du soin*, Paris, Hermann, Coll. « Phénoménologie Clinique », 2025.

antipsychiatrique, mais bien de réfléchir à la possibilité de déployer un élan clinique de cet ordre lorsqu'il n'est pas (encore ?) possible de le penser de façon collective. Cette proposition me semble intéressante car elle répond à un obstacle majeur de l'implémentation de ces perspectives dans la clinique carcérale. En effet, quiconque tente ou a tenté de travailler en tant que clinicien en prison sait que 1/ *a priori* on ne détruit ni les murs fondateurs d'une prison, ni même les murs à l'intérieur, 2/ l'inertie des figures d'autorités (directions, responsables ou coordinateurs des soins) jamais (ou rarement) ne permet d'ériger un collectif qui s'organiserait sur les préceptes institutionnels ou antipsychiatriques, 3/ les prisons ont pour logique enracinée de répondre avant tout à la logique de l'établissement et non à celle de l'institution. Penser une clinique de la réinstitution peut dès lors être considéré comme un viatique, un pli de résistance, un lieu discret où une considération politique du sujet sera préservée. Mais comment pourrait-elle fonctionner ?

### **3. L'entrée en scène de Jean-François en deux séquences**

Je souhaite maintenant convoquer Jean-François, patient schizophrène rencontré dans un dispositif carcéral<sup>3</sup>, qui nous permettra d'esquisser le geste d'une clinique de la réinstitution.

*Première séquence :*

*Je suis dans mon bureau de consultation et suis encore bouleversé en raison du décès et de l'enterrement de mon collègue et ami Christophe Adam qui a eu lieu quelques jours plus tôt. Jean-François entre dans mon bureau... Comme à son habitude, il s'assied et me laisse travailler. Notre rencontre est d'abord marquée par le silence. Il faut dire que c'est généralement moi qui cherche à parler et, ce jour-là, je suis taiseux. Au bout d'une dizaine de minutes, Jean-François me regarde : « ça va toi ? » me demande-t-il... Je réponds « ça va... ». Jean-François : « T'es tout blanc »... J'explique alors à Jean-François pourquoi je ne suis pas bien. Je lui dis que je suis triste. « Aaahh » me dit Jean-François, qui n'ajoute rien mais décale son corps de façon à me montrer qu'il va se taire pendant quelques instants, mais aussi qu'il va rester près de moi. Les minutes qui suivent me font du bien. Je le regarde et ne bouge pas. Il alterne entre un regard en ma direction (comme s'il voulait voir comment je vais) et un regard dans le vide (comme s'il voulait me laisser tranquille). Au bout de 5 à 10 minutes, il se met à rire, à éclater de rire. Je souris. Il voit que je souris (peut-être suis-je d'ailleurs aussi un peu moins blanc) et il*

---

<sup>3</sup> Je le rencontre dans un Etablissement de Défense Sociale (en Belgique) où il est interné après avoir été reconnu irresponsable de ses actes (l'acte délinquant à l'origine de son internement n'a pas d'importance pour le propos).

*continue à rire, de plus belle, il augmente le tempo. Assez vite, mon sourire se transforme en rire et même en éclat de rire. J'ai rejoint Jean-François, nous nous marrons tous les deux. Je suis franchement bien. Je crois que lui aussi. Rapidement après, il se lève : « Allez, au revoir, à bientôt ».*

Jean-François produit-il là un comportement tout à fait inadapté ? Faudrait-il l'envoyer en thérapie pour subir un traitement de régulation émotionnelle ou s'agit-il d'un génie qui a agi selon une certaine « anthropologie », comme le font les vieux oncles à un enterrement qui s'échinent lors du café à trouver les moyens de faire rire, à rappeler une anecdote cocasse en hommage au défunt ?

*Deuxième séquence :*

*Jean-François entre dans un local où je me trouve avec plusieurs membres du personnel avec superbe une corbeille de fruits qu'il vient d'acheter. Il dit « je ne veux plus de ces fruits. Ils m'en veulent... Les fruits disent du mal de moi ». Un collègue lui crie dessus : « Jean-François, arrête un peu avec tes délires ». Sans trop savoir pourquoi je le fais, je prends la corbeille des mains de Jean-François. Je prends une banane et dis « Écoute-moi bien, maintenant c'est terminé, vous arrêtez d'embêter Jean-François », puis je prends une prune : « Toi aussi c'est terminé et c'est le cas pour tous les autres... je ne vous le dirai qu'une seule fois, vous laissez Jean-François tranquille ». Je me tourne alors vers Jean-François : « Voilà Jean-François, je pense que ça va aller ». Jean-François me regarde, déconcerté : « Ahh... dans ces conditions... merci ! » et Jean-François est reparti.*

La pratique clinique (en ce sens héritière de ce que Freud a nommé la « *talking cure* ») repose généralement sur le recours au dialogue entre le clinicien et son patient. Les arguments sont nombreux pour faire valoir le sens et la plus-value de cette pratique discursive donnant la parole à des personnes qui généralement (c'est tellement criant en prison) ne l'ont que très peu, voire pas du tout. Une rencontre intersubjective autour de l'expérience profonde, minutieusement déployée, est un moment qui peut être décisif pour les personnes (malades mentales ou non, délinquantes ou non). Cette reconstruction de l'expérience par la médiation de la narrativité permet de déplier le monde dans lequel le sujet s'exprime. Le monde, une fois

déplié, est alors plus vivable. Le pari implicite de cette proposition thérapeutique est que *comprendre l'existence permet de mieux exister*<sup>4</sup>.

En complément de cet apport narratif fondamental, je voudrais proposer de valoriser l'apport d'une dimension que j'appellerai « spatiale » de l'expérience thérapeutique. Il est de fait évident que le rapport que nous avons avec l'espace est une question essentielle de l'existence (centrale d'ailleurs chez nombre de délinquants<sup>5</sup>). Par ailleurs, il est commun de constater que les personnes en souffrance psychique manifestent souvent un excès de recours à la partie narrative du soi. C'est particulièrement central dans la schizophrénie avec ce que l'on appelle l'hyper-réflexivité, c'est-à-dire une interrogation réflexive d'expériences *a priori* pré-thématiques, tacites et préréflexives<sup>6</sup>, mais c'est également le cas de nombreux troubles ou difficultés psychiques qui s'accompagnent de ce que l'on appelle par exemple la rumination cognitive, l'anticipation anxieuse ou les obsessions. Si Canguilhem, citant René Leriche, suggère que « la santé c'est la vie dans le silence des organes »<sup>7</sup> (ce qui est une très belle formule mais pas si juste en définitive car on peut bien entendu avoir une grave maladie sans que les organes ne se manifestent à l'expérience consciente pour le signaler), on pourrait le paraphraser et dire que *la santé mentale, c'est le silence de la vie mentale*. Le bien-être serait l'insouciance du flux d'une existence qui ne vient pas nous questionner et révéler des questions existentielles (très fréquentes par exemple dans la dépression, mais aussi selon moi dans la clinique carcérale).

Dans ce contexte, n'est-il pas paradoxal de constater que, si l'on s'accorde pour dire que cette sur-interrogation existentielle est un signe caractéristique du trouble ou de la souffrance, la perspective narrative consiste précisément à susciter une introspection qui est en partie superposable à ces symptômes ? Bien entendu, le fait que cette activité se produise dans le cadre d'une relation avec le clinicien ne doit pas être minimisé, mais il est troublant de constater que la solution thérapeutique principale – le discours à propos de l'expérience – soit superposable à un des symptômes cardinaux du trouble. Pourrait-on concevoir, pour des personnes qui

---

<sup>4</sup> On pensera évidemment au concept d'*identité narrative* de Ricœur (*Temps et récit : Le temps raconté, t. III*, Paris, Seuil, 1985).

<sup>5</sup> Il s'agit d'une thématique que j'ai développée avec Chr. Adam dans « Éthologie et criminologie clinique : Debuyst avec Demaret pour une éthique de l'adaptation », *Cahiers de psychologie clinique*, vol. 47, 2016, p. 11-40.

<sup>6</sup> Jérôme Englebert, Giovanni Stanghellini, Caroline Valentiny, Valérie Follet, Thomas Fuchs, Louis Sass, « Hyper-réflexivité et perspective en première personne : un apport décisif de la psychopathologie phénoménologique contemporaine à la compréhension de la schizophrénie », *L'Évolution psychiatrique*, vol. 83, n° 1, 2018, p. 77-85.

<sup>7</sup> Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966, p. 52.

interrogent la vie plutôt que de la vivre, de les aider à moins participer à cette connaissance technique de l'expérience et à les rejoindre au niveau du préreflexif et du pré-cognitif – c'est-à-dire dans la relation – en proposant aussi des séquences permettant de retrouver l'insouciance de la vie, la naïveté et la spontanéité d'une expérience qui cesse alors de se questionner ?

#### **4. L'utilité de l'inutile du *thérapeute-sans-le-savoir***

Cette dimension territoriale de rencontrer le tacite de l'expérience. La particularité de ces gestes est que, bien qu'étant intrinsèquement thérapeutiques, ils sont paradoxalement produits sans objectif thérapeutique annoncé. Le clinicien, dans ces cas-là, ne sait pas pourquoi il est en train de faire ce qu'il fait. Alors que les patients peuvent estimer que leur thérapeute sait fort bien « où » ils en sont dans la thérapie, que celui-ci donne un sens minutieux à la moindre de ses interventions, qu'il les calcule, les soupèse..., il n'est pas déraisonnable d'annoncer que bien souvent le clinicien ne sait pas plus que son patient « où on est » et « où on va ». Lorsqu'il ne répond pas aux normes d'un protocole, le thérapeute parvient à entrer en relation avec son patient avec qui il pratique la vie, plutôt qu'il ne la pense. Il convient dans ces circonstances, selon la proposition de Jean Oury, de « programmer le hasard »<sup>8</sup>, de rechercher la spontanéité et l'insouciance de l'expérience.

Face aux propositions de plus en plus normatives de la clinique contemporaine, il me semble nécessaire de se décentrer de la réflexivité et de la cognition pour mettre en exergue les pratiques anecdotiques, inutiles, originales, parfois folkloriques des cliniciens. Chaque clinicien rencontre un patient à sa façon, donc d'une façon qui ne sera pas la même d'un clinicien à l'autre et pourrait prôner *L'utilité de l'inutile*<sup>9</sup>. Car, au fond, qu'y a-t-il de plus inutile qu'une relation et qu'y a-t-il de plus essentiel que l'inutile dans l'existence ?

On retrouve, parmi les médiations préreflexives, les pratiques artistiques, le recours à l'humour, ou encore les thérapies avec le monde animal. Celles-ci me semblent d'une « remarquable inutilité ». En effet, on sait que l'introduction des animaux dans les séquences cliniques ont des effets thérapeutiques absolument stupéfiants (que ce soit pour des pathologies lourdes ou pour des troubles plus légers), mais pourquoi cela « fonctionne-t-il » ? C'est peut-

---

<sup>8</sup> « Programmer le hasard pour qu'il y ait possibilité de rencontre. Mais pour qu'il y ait cette possibilité, il faut [...] un lieu où l'on vous fout la paix, sinon on ne rencontre rien du tout. Une vraie rencontre, c'est toujours par hasard, une surprise » (Jean Oury, *Hiérarchie et sous-jacence : Séminaire Saint-Anne 1991-1992*, Collection Boîte à Outils, 2014, p. 7).

<sup>9</sup> Nuccio Ordine, *L'utilité de l'inutile*, Paris, les Belles lettres, 2014.

être précisément parce que l'animal ne joue pas au thérapeute, que son génie thérapeutique, c'est précisément de ne pas chercher à l'être et de s'offrir le luxe d'une véritable rencontre intersubjective vierge de standardisations protocolaires. Un *thérapeute-sans-le-savoir* : qui parvient à faire fi de son savoir, mais aussi qui n'est pas en train de savoir qu'il l'est<sup>10</sup>. Il ne s'agit pas d'abandonner toute forme de narrativité et d'abandonner toute forme de techniques thérapeutiques, plutôt d'être capable de se *néantiser*, d'expérimenter et de tolérer sa propre inutilité... Il ne me semble pas déraisonnable d'émettre l'hypothèse qu'il pourrait s'agir là du but ultime d'une clinique de la réinstitution, rencontrant les recommandations d'Irvin Yalom, célèbre thérapeute humaniste américain :

Par essence, le cours de la thérapie devrait être spontané, coulant immuablement le long de vallées inattendues : elle est grotesquement dénaturée lorsqu'elle se réduit à une formule qui permet à des thérapeutes inexpérimentés, imparfaitement formés (voire à des ordinateurs), de pratiquer un mode de thérapie uniforme. Une des véritables abominations [...] est la dépendance toujours accrue envers une thérapie de protocole<sup>11</sup>.

Et si la clinique était un retour à l'observation de chaque détail et à une recherche permanente et avec tous ses sens et toute son intelligence, des indices pointant dans la direction où un clinicien et son patient iront ? Peut-être s'agit-il aussi de ces nombreux moments informels entre ces protagonistes (comme lorsque Jean-François entre dans mon bureau après le décès de mon ami Christophe). Moments lors desquels le thérapeute pourrait laisser croire qu'il ne fait pas son travail et qui sont peut-être ceux où il est au plus profond de celui-ci.

Penser la réinstitution du sujet mène à réanimer les préoccupations politiques des cliniques antipsychiatriques et institutionnelles. James C. Scott, philosophe anarchiste de la prestigieuse université de Yale, s'il ne traite pas directement de matières cliniques, offre un outillage intellectuel renouvelé pour penser cette dimension politique de nos pratiques en démontant minutieusement les logiques managériales et bureaucratiques émergeant dans les différentes organisations sociales contemporaines poussant à toujours plus de lisibilité, de

---

<sup>10</sup> Cette formule n'est certainement pas éloignée de la proposition de Lacan du « sujet supposé savoir » à la différence, peut-être, que si Lacan suggère qu'« il revient à l'analyste de feindre que la position du sujet supposé savoir soit tenable » (*Le Séminaire XV, L'Acte psychanalytique*, Paris, Seuil, 2024, p. 66.), je suggérerais plutôt de chercher à plus directement l'assumer.

<sup>11</sup> *L'Art de la thérapie*, Paris, Galaade, 2002, p. 63-64.

transparence, mais aussi de contrôle sur l'individu et sur l'environnement<sup>12</sup>. En appuyant leur pouvoir sur des formes de classification et de standardisation, la gestion managériale tend à négliger les processus informels d'ajustement pourtant essentiels à l'expérience humaine. Elle échoue car elle marginalise les savoirs locaux de celles et ceux qu'elle cible. À l'encontre de ces approches autoritaires et surplombantes, productrices de souffrances au travail évidentes, Scott défend le rôle de formes de savoirs plus modestes, étroitement liées à l'expérience pratique et davantage capables d'adaptation au gré des circonstances. Ce qu'il appelle les « savoir locaux » ou encore la *Mètis* est en fait une reprise de sa célèbre proposition d'une « infra-politique »<sup>13</sup>, en distinguant le discours officiel du discours texte caché, rappelant que la tâche prescrite n'est pas l'activité dans sa mise en œuvre subjective.

Il me semble intéressant de constater que cette proposition d'une clinique de la réinstitution, cherchant en quelque sorte à *faire de la psychothérapie institutionnelle sans psychothérapie institutionnelle*, conçoit dès lors l'intégration d'une position de résistance à l'environnement normatif de l'établissement. L'infra-politique requiert des savoirs qui intègrent le principe de la surprise et l'impossibilité d'une planification<sup>14</sup> œuvrant à déployer les germes d'une pensée institutionnelle/antipsychiatrique dans des environnements encore trop hostiles à la mise sur pied de projets aussi fondamentaux. Ces propositions s'expriment à travers une capacité d'ajustement à l'environnement qui demandent un travail infini, de l'expérience et une solide expertise. Plutôt que de chercher à maîtriser son objet d'étude, ces modalités s'efforcent de négocier avec la complexité inhérente au phénomène humain plutôt que de contribuer au fantasme d'une maîtrise de ce même phénomène.

## 5. Conclusion : La *walking cure* de Jean-François

*Dernière séquence :*

*Jean-François est dans mon bureau... Il me propose de sortir marcher avec lui. Il me dit cette phrase incroyable : « Depuis que je suis ici, j'ai perdu le droit de me perdre ».*

Au fond, Jean-François a raison, c'est une condition inattendue de l'enfermement psychiatrique ou carcéral : trop souvent, on y a perdu toute spontanéité, toute insouciance,

---

<sup>12</sup> James C. Scott, *L'œil de l'État : Moderniser, uniformiser, détruire*, Paris, La Découverte, 2021.

<sup>13</sup> James C. Scott, *La domination et les arts de la résistance. Fragments du discours subalterne*, Paris, Amsterdam éditions, 2019.

<sup>14</sup> « S'attendre à des surprises. Choisir des plans qui permettent de ménager la plus grande place à l'imprévu » (*L'œil de l'État*, p. 520).

jusqu'à celle de se perdre. Mon ultime proposition sera de suivre les conseils de Jean-François et, en plus la « *talking cure* » de Freud, de pratiquer la « *walking cure* » de Jean-François. Il s'agit donc d'une invitation à la balade comme acte thérapeutique et à la possibilité de se perdre (au sens primaire de ces termes) en arpentant les sentiers que sont la rue, le chemin ou le couloir de l'institution : « La promenade [...] : c'est un meilleur modèle que le névrosé couché sur le divan. Un peu de grand air, une relation avec le dehors »<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Gilles Deleuze, Félix Guattari, *L'Anti-Œdipe*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1972., p. 7.