

Lise Demailly

Sociologie des troubles mentaux

Collection

R E P È R E S



La Découverte

ÉCONOMIE

SOCIOLOGIE

SCIENCES POLITIQUES • DROIT

HISTOIRE

GESTION

CULTURE • COMMUNICATION

Sociologie des troubles mentaux

Si vous désirez être tenu régulièrement informé des parutions de la collection « Repères », il vous suffit de vous abonner gratuitement à notre lettre d'information mensuelle par courriel, à partir de notre site <http://www.collectionreperes.com>, où vous retrouverez l'ensemble de notre catalogue.

ISBN : 978-2-7071-5814-7



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir du livre, tout particulièrement dans le domaine des sciences humaines et sociales, le développement massif du photocopillage. Nous rappelons donc qu'en application des articles L. 122-10 à L. 122-12 du code de la propriété intellectuelle, toute photocopie à usage collectif, intégrale ou partielle, du présent ouvrage est interdite sans autorisation du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris). Toute autre forme de reproduction, intégrale ou partielle, est également interdite sans autorisation de l'éditeur.

© Éditions La Découverte, Paris, 2011.

Introduction / Pourquoi une sociologie des troubles mentaux ?

L'augmentation de la fréquence des troubles mentaux dans notre société (on dit aussi « troubles psychiques¹ ») et l'amélioration souhaitable de leur prise en charge sont au cœur d'une série d'interrogations citoyennes et médiatiques : quelles sont les causes de l'apparent développement des souffrances mentales ? Comment lutter contre elles ou les prendre en charge au mieux ? Comment impliquer la famille et les proches dans les soins ? Comment accueillir la maladie mentale et le handicap psychique dans la cité et respecter les droits des malades ? Comment protéger la société de certaines personnalités ressenties comme dangereuses ? Quels sont ou devraient être les objectifs prioritaires des politiques de santé mentale en France ? Telles sont quelques-unes des multiples questions que pose le domaine de la santé mentale.

La sociologie permet d'éclairer ces questions en apportant des éléments d'observation sur le fonctionnement du trouble psychique envisagé comme phénomène social, ainsi que sur les processus de prise en charge saisis dans leurs dimensions relationnelle, organisationnelle, professionnelle et politique. Elle

1. Dans la suite de cet ouvrage, nous considérerons ces deux mots comme équivalents et interchangeable. Ils renvoient tous les deux à l'idée d'un désordre de l'esprit, à partir d'une racine grecque ou d'une racine latine. De fait, l'expression « troubles mentaux » est plus fréquente dans la littérature médicale actuelle, l'expression « trouble psychique » tendant à s'imposer dans les textes administratifs et politiques. En revanche, il y a un cas où le sens des adjectifs se différencie : le « handicap mental » renvoie à une atteinte grave des fonctions cognitives, à l'arrêt mental, au retard mental, tandis que le « handicap psychique » renvoie à l'invalidation sociale qui est la conséquence d'une psychose, de troubles obsessionnels compulsifs, etc. L'UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques) emploie aussi volontiers le terme « malades psychiques ».

propose des analyses de leurs enjeux. L'approche sociologique ne doit pas être pensée comme exclusive d'autres disciplines : elle ne signifie en effet pas que le trouble mental ne puisse avoir des causes biologiques (neurologiques, infectieuses, biochimiques, génétiques...) ou psychologiques (psychodynamiques, c'est-à-dire liées au passé de la personne et à sa structure psychique, ou événementielles, conjoncturelles, tels les séparations, les deuils, les harcèlements, les traumatismes...). L'approche sociologique affirme simplement que, comme tout phénomène humain, le trouble mental peut *en même temps* être saisi sous ses dimensions socioculturelle, socioéconomique et sociopolitique, concernant sa genèse ou le traitement que lui réserve la société. Elle considère que ce point de vue spécifique est utile à la compréhension des phénomènes et à l'action collective les concernant.

Le terme « santé mentale », d'une émergence récente et portée mondialement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), renvoie à la prise de conscience collective de l'explosion sociale de plusieurs formes de mal-être et de souffrance, de gravité variable, prises ou non en charge, diversement catégorisées. Ce terme a deux usages. Il renvoie d'une part à une dimension particulière de la santé des individus ou d'une population (être en bonne santé psychique), d'autre part, aux activités de traitement de ces troubles (prévention, soin, réadaptation des personnes atteintes), et il peut se trouver employé quasiment à la place du mot « psychiatrie », qu'il englobe. Sous ces deux faces, la question pratique de la santé mentale s'impose dans l'espace public.

Le choix du terme « santé mentale » dans les textes gouvernementaux, en lieu et place de « psychiatrie », entérine le changement de dénomination qui s'est opéré dans les rapports des experts, que ce soit en France ou dans le reste du monde occidental et à l'OMS : l'expression « les politiques de santé mentale » révèle l'entrée de la psychiatrie moderne dans des préoccupations de santé publique, donc de prévention des troubles mentaux. Elle révèle aussi une globalisation du problème pratique que représentent les troubles par rapport à un état de *bien-être mental* jugé souhaitable avec l'OMS qui définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Nous partirons donc d'une définition large des troubles mentaux comme souffrances invalidantes. Tous ceux qui sont

Les « troubles mentaux et du comportement » de la CIM-10 (CH 5)

| | |
|---------|---|
| F00-F09 | Troubles mentaux organiques, y compris troubles symptomatiques (Alzheimer, démences). |
| F10-F19 | Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (dépendance aux drogues, psychoses). |
| F20-F29 | Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants. |
| F30-F39 | Troubles de l'humeur (trouble bipolaire, dépression). |
| F40-F48 | Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (phobie, anxiété, obsession, stress post-traumatique). |
| F50-F59 | Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (troubles de l'alimentation, du sommeil, de la sexualité). |
| F60-F69 | Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (personnalité histrionique, anxieuse, paranoïaque, dyssoziale, transsexualisme, troubles de la préférence sexuelle). |
| F70-F79 | Retard mental. |
| F80-F89 | Troubles du développement psychologique (dyslexie, troubles envahissants du développement, dont autisme). |
| F90-F98 | Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (troubles des conduites). |
| F99 | Trouble mental, sans précision. |

listés dans le DSM-IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* publié par l'American Psychiatric Association [1994] : schizophrénie, névrose, dépression, anxiété généralisée, psychose, démence, troubles alimentaires, autisme, addictions, troubles sexuels, par exemple. Et ceux qui font partie de la *Classification internationale des maladies* CIM-10, dont l'encadré ci-dessus donne un aperçu (on a ajouté entre parenthèses des indications sur le contenu des sous-chapitres).

En d'autres mots donc, *les troubles mentaux recouvrent la maladie mentale, le handicap mental et la souffrance psychique*.

Quel point de vue spécifique les sociologues peuvent-ils développer sur ces troubles ?

— Ils peuvent, avec l'aide du travail des médecins épidémiologistes, travailler sur les taux sociaux de telle ou telle affection, telle maladie, tel acte révélateur d'une souffrance, comme Durkheim en a ouvert la voie avec son ouvrage pionnier sur le suicide. Il s'agira alors de voir à quelles régularités sociales obéissent les taux de « morbidité » (maladie) ou de « prévalence » (présence statistiquement observée), quelles inégalités sociales

de santé elles révèlent, ce qu'elles nous apprennent sur le fonctionnement de la société ;

— ils peuvent éclairer la fabrication sociale des subjectivités souffrantes. Qu'est-ce qui fait malheur, misère, drame dans notre société, et pourquoi ? Ils peuvent prendre du recul par rapport à la désignation sociale de l'anormal, en montrant la dimension historique et culturelle ;

— enfin, ils peuvent décrire les différentes façons de catégoriser et de prendre en charge ces souffrances, dans le cadre des politiques publiques sanitaires et sociales, les pratiques de soins et d'accompagnement, avec ou sans la famille, dans les murs de l'hôpital psychiatrique, dans les établissements médico-sociaux ou dans la cité, au sein de dispositifs et d'orientations soignants divers. Ils peuvent décrire l'intrication du psychiatrique et du politique. Ils peuvent rendre compte de la manière dont les malades peuvent lutter pour développer une certaine autonomie individuelle et collective et pour améliorer le système de soins.

Le premier chapitre de cet ouvrage présente l'état de santé mentale des Français et dégage quelques interrogations tant méthodologiques que sociologiques sur cet état. Le chapitre II explore les théorisations du rapport entre trouble psychique et société. Le chapitre III décrit les dispositifs de prise en charge que rencontrent les usagers du système de soins en santé mentale et analyse leur fonctionnement. Le chapitre IV rend compte, au plus près des vécus, des parcours des sujets « troubles » et de leurs familles. Le chapitre V résume les questions dont débattent aujourd'hui les acteurs du champ de la santé mentale : professionnels et experts, patients et familles, politiques et gestionnaires, les nouveaux développements en cours et les interrogations des sociologues à leur sujet.

I / La santé mentale des Français

Ce chapitre dresse un état des lieux de la santé psychique des Français, autrement dit de la « prévalence » (présence statistiquement observée) des troubles mentaux et de son évolution.

À suivre les discours journalistiques et médicaux, la santé mentale des Français se dégrade. Pour appréhender cet état de santé mentale des Français, nous devons surtout recourir aux travaux d'épidémiologie psychiatrique qui relèvent de la biomédecine ou de la santé publique (encadré).

Ces enquêtes se déroulent soit en « population générale » (population d'un territoire donné, en mélangeant sujets troubles et sujets en bonne santé), soit en direction de populations spécifiques (par exemple, les « files actives » des secteurs psychiatriques, autrement dit le nombre de patients vus dans l'année). Les prévalences sont calculées soit à un instant donné, soit en risque probabiliste au long de la vie. Les taux d'incidence concernent les nouveaux cas enregistrés dans une durée donnée.

Lorsqu'on étudie le résumé des résultats globaux et transversaux de ces études, on constate que les troubles psychiques concernent *dans le monde* un nombre de personnes considérable, en moyenne une personne sur quatre selon l'OMS.

Nous allons dans ce chapitre détailler ces résultats par rapport à quelques pathologies en France (première section). Nous verrons, chemin faisant, que ces études — souvent critiquées — posent de nombreux problèmes épistémologiques (deuxième section). Mais, quelles que soient leurs limites, les travaux épidémiologiques permettent de prendre conscience de problèmes sociaux graves concernant les troubles mentaux : l'augmentation de la souffrance psychique, le poids des troubles mentaux en prison (troisième section), celui des inégalités sociales de santé (quatrième section).

Les sources en épidémiologie

Les données sont aujourd'hui produites par différents organismes.

1) Les organisations internationales — comme l'OMS (Organisation mondiale de la santé) — ou européennes : enquêtes ESEMED (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*), MINDFUL (*Mental Health Information and Determinants for the European Level*), EPREMED (*European Policy Information Research for Mental Disorders*), l'Eurobaromètre.

2) Les administrations nationales ou locales. Des enquêtes régulières (tous les ans ou tous les deux ans) ou ponctuelles sont produites par : le ministère de la Santé, les secteurs psychiatriques (compte rendu d'activité annuel), l'InVS (Institut de veille sanitaire), l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), La Fondation MGEN, l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de santé) et son ESPS — Enquête santé protection sociale), la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation

et des statistiques : par exemple, l'exploitation secondaire des données de l'enquête HID — Handicap incapacités dépendance — de l'INSEE, les travaux de l'équipe de Magali Coldefy, les travaux pour *L'État de santé de la population en France*, l'ex-CFES (Comité français d'éducation pour la santé, qui a créé le Baromètre santé) remplacé par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), le centre de recherche CREDES (Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé : enquête sur la dépression), le centre collaborateur OMS France santé mentale (l'enquête SMPG — Santé mentale en population générale), la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), les Observatoires régionaux de la santé, les DRASS (Directions régionales des affaires sanitaires et sociales).

3) La recherche en épidémiologie psychiatrique (des laboratoires de l'INSERM — Institut national de la santé et de la recherche médicale —, des chercheurs de CHU — centre hospitalier universitaire).

Quelques statistiques sur les troubles mentaux en France

Les troubles psychiatriques affectent en France une personne sur cinq chaque année et une personne sur trois sur la durée de vie. Ces troubles sont responsables d'une forte mortalité par suicide (13 000 morts par an), à laquelle s'ajoutent la surmortalité non suicidaire (accidents, comorbidité somatique, consommation d'alcool, de drogue) et une mauvaise qualité de vie des sujets et de leur famille, avec des handicaps divers (par exemple, moins de 10 % des 400 000 psychotiques ont une activité professionnelle).

Si la prévalence des troubles mentaux majeurs (dont la schizophrénie) reste stable, certains connaissent une légère diminution, d'autres une forte expansion.

Les troubles à prévalence stable

Les taux d'incidence de la schizophrénie varient, selon les sites de l'étude de l'OMS, entre 0,10 ‰ et 0,70 ‰ à une date donnée, avec une valeur médiane pour l'Europe de 0,20 ‰ en population générale. Environ 10 % à 20 % des malades schizophrènes meurent de suicide. La prévalence des troubles psychotiques en France est de 1 % environ (sur la vie) en population adulte, soit environ 400 000 sujets atteints. Ce taux semble stable dans le temps.

Outre le risque de mortalité prématurée, le trouble schizo a un retentissement considérable sur la qualité de vie des malades schizophrènes et de leurs familles (principalement les parents). Débutant vers 15-25 ans, il connaît une évolution permettant une bonne autonomie dans 10 % des cas, une autonomie partielle (incapacité à vivre seul, mais ne nécessitant pas l'hébergement dans une institution) dans 70 % des cas et une perte d'autonomie dans 20 % des cas.

L'autisme, après avoir été déclaré en augmentation pendant plusieurs années, a été reconnu par les épidémiologues comme étant, en fait, un phénomène plutôt stable.

Le suicide

Les tentatives de suicide sont estimées à environ 190 000 par an et les décès à environ 13 000 par an (10 000 déclarés, plus une sous-déclaration estimée à 20-25 ‰). La France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé, après les pays de l'Est, la Belgique et la Finlande. Les taux ont tendance à diminuer globalement et régulièrement depuis vingt ans. Mais, dans quelques régions (Lorraine, Alsace, Limousin, Auvergne, PACA et Champagne-Ardenne), le taux de décès par suicide augmente.

Les addictions classiques, dont l'alcoolisme

En 2006, 31 % des adultes présentent une consommation d'alcool nocive ou à risque (ponctuelle ou chronique) selon l'ESPS (de l'IRDES) en population générale. Elle est tendanciellement en diminution.

La dépression

Pessimisme, sentiment d'impuissance, dévalorisation personnelle, manque d'appétit, diminution du désir sexuel, ralentissement général de l'activité ou des fonctions intellectuelles, la dépression est une maladie aux conséquences parfois lourdes et aux contours mal définis. Si elle se développe de manière accrue dans l'ensemble du monde contemporain, c'est dans les pays industrialisés qu'elle sévit le plus sévèrement. Selon l'OMS, c'est la première cause de handicap, 5 % à 10 % des hommes et 10 % à 20 % des femmes vivant actuellement se retrouveraient une fois au moins dans leur vie dans un état dépressif pathologique (prévalence sur l'année en cours : 7 % ; sur la vie entière : 15 %). Seules 25 % des dépressions seraient soignées.

La dépression en France, évaluée dans plusieurs enquêtes, représente environ 5 % à 10 % de la population adulte, le taux variant selon le mode de calcul, et le type d'outils de diagnostic. Elle est en augmentation régulière. Non traitée, la dépression récidive ou se chronicise, se complique de conduites addictives (qui la masquent) ou de conduites à risque et de négligences qui nuisent à la santé.

Sont considérés comme également en augmentation les troubles sexuels, la dépressivité adolescente (montée des addictions de toute nature, des troubles alimentaires, de l'auto-violence adolescente), sans que les chiffres soient très probants. Enfin, l'addiction au jeu, notamment à Internet, est en augmentation et concerne aujourd'hui 1 % de la population adolescente et adulte mondiale.

La consommation de psychotropes

Elle est élevée et croissante dans le monde [Cohen, 1996]* et en particulier en France alors même que la prévalence des troubles psychiques ne semble pas être plus importante que dans les autres pays occidentaux. L'enquête Santé de 1991, menée par l'INSEE, le CREDES et le ministère de la Santé, a déjà montré que 11 % des sujets interrogés consomment régulièrement des psychotropes (tranquillisants, hypnotiques pour dormir et antidépresseurs), supérieure pour les femmes et croissante avec l'âge. L'Agence du médicament en 1998 et l'enquête ESEMED 2000 ont mis aussi en évidence une surconsommation

et un usage inadapté des psychotropes. La vente d'antidépresseurs a été multipliée par sept en vingt ans [Amar et Balsan, 2004].

En résumé, l'épidémiologie nous montre donc la stabilité de la « maladie mentale », mais un fort développement de la souffrance psychique (troubles anxieux dépressifs et assimilés, consommation de psychotropes).

Les problèmes méthodologiques de la mesure du trouble mental

Au-delà de ces quelques grandes tendances sur lesquelles tous les statisticiens se retrouvent, le détail des chiffres, on vient de le voir, est assez variable d'une enquête à l'autre et certaines mesures ont été fortement controversées : par exemple, l'augmentation de l'autisme qui a ensuite été considérée comme une erreur. La surveillance de l'état de santé mentale de la population française est encore faible et peu standardisée, comme le constate Anne Lovell [2009] qui a fait le point sur cette question pour l'Institut de veille sanitaire.

Pour l'OMS, l'objectif serait clair : « Concevoir un système national de surveillance et des systèmes de collecte de données fondés sur des indicateurs uniformisés, harmonisés et comparables à l'échelle internationale (ou renforcer les systèmes existants), afin de suivre les progrès accomplis par rapport aux objectifs locaux, nationaux et internationaux en matière d'amélioration de la santé mentale et du bien-être mental » [Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, 2005]. Mais les problèmes épistémologiques et méthodologiques abondent. On peut les regrouper sous quatre rubriques : la question des lieux de mesure, celle des temporalités, celle des outils de mesure, celle de l'interprétation des corrélations.

La question des lieux de mesure

En dehors des enquêtes en population générale (qui interrogent des échantillons aléatoires d'individus lambda), les principales données sont issues en France des secteurs publics psychiatriques et de leurs rapports sur les files actives, qui regroupent sans distinction les monoconsultants et les patients chroniques.

* Les références entre crochets renvoient à la bibliographie en fin d'ouvrage.

Si les données issues des lieux de soins psychiatriques sont intéressantes quant à l'augmentation globale du nombre de consultations (le taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale était de 17 pour 1 000 habitants en 1989 et atteint 26 pour 1 000 habitants de plus de 20 ans en 2000), elles sont néanmoins très partielles par rapport au champ du trouble mental. Une proportion non négligeable de patients pris en charge dans la médecine de ville n'est pas prise en compte. Dans l'étude de Debreu et Catteau [2003], on trouve, hors sujets hospitalisés, 60 % de sujets déprimés pris en charge par un médecin généraliste, 8 % par des psychologues, 10 % par des psychiatres libéraux et 13 % par d'autres spécialistes, d'autres personnes encore se tournant vers les médecines parallèles.

Même constat chez les auteurs qui ont observé les apports de l'enquête HID sur les patients des établissements psychiatriques (centres publics spécialisés, hôpitaux privés de service public, cliniques privées et centres de postcure) et les pensionnaires des institutions médico-sociales (établissements pour enfants handicapés, établissements pour adultes handicapés et établissements d'hébergement pour personnes âgées — EHPA) : le repérage de déficiences intellectuelles et d'atteintes au psychisme montre qu'un pourcentage élevé de personnes résidant en institution présente des déficiences ou troubles mentaux. Les prises en charge par les établissements spécialisés en psychiatrie ne constituent qu'une part très relative dans un ensemble plus large, celui des prises en charge institutionnelles des populations souffrant de troubles mentaux. On constate que, pour la plupart des catégories de diagnostic, les effectifs estimés dans les établissements spécialisés en psychiatrie sont relativement faibles par rapport aux effectifs dans les autres institutions.

Une autre dimension du problème est le non-recours au soin. On considère en général qu'une personne présentant un épisode dépressif n'a pas recours aux soins si elle ne s'est pas rendue dans une structure de soin, n'a pas non plus rencontré un professionnel de la santé pour des raisons de santé mentale et n'a pas suivi de psychothérapie dans la période où elle a souffert de l'épisode dépressif. L'épisode dépressif retenu est souvent un trouble identifié par le questionnaire d'enquête, MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) ou CIDI-SF, comme épisode dépressif léger, moyen ou sévère. On identifie alors, parmi les personnes résidant en France métropolitaine, âgées de 18 à 75 ans et ayant un épisode dépressif ainsi repéré, que la part

Les troubles mentaux dans les établissements du médico-social

Les troubles organiques (démences) sont considérablement plus nombreux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) (43 915 personnes contre 1 155 en psychiatrie). Globalement, les déclarations de déficience intellectuelle ou du psychisme concernent 92 % des patients en psychiatrie, un peu plus de 80 % en institution pour enfants ou adultes handicapés et un peu plus de 50 % en EHPA. Les institutions psychiatriques se distinguent par la prévalence élevée des déficiences du psychisme : 62 %, contre 12 % à 18 % dans les autres institutions. Dans ces dernières, les déficiences intellectuelles sont majoritaires. Les déclarations où déficiences intellectuelles et

du psychisme sont associées représentent 13 % des patients en psychiatrie et 15 % à 19 % des pensionnaires dans les autres institutions. Pour 43 % des personnes enquêtées en institution, on relève des atteintes attribuables à un trouble mental. L'effectif estimé correspondant est de 280 000 personnes. Environ 150 000 sont en EHPA et représentent 30 % des pensionnaires de ces établissements, environ 60 000 sont en établissement pour adultes handicapés et représentent 72 % des pensionnaires (80 % en maisons d'accueil spécialisées), 42 373 sont dans les institutions psychiatriques enquêtées, et environ 35 000 sont en établissement pour enfants handicapés et représentent 77 % des pensionnaires (86 % dans les foyers pour enfants handicapés intellectuels ou polyhandicapés). Ces chiffres concernent les personnes présentes une nuit donnée.

des personnes n'ayant pas déclaré de recours aux soins est de deux tiers pour le CREDES, 48 % dans le Baromètre santé et de 40 % selon l'enquête SMPG (CC-OMS), bref, dans tous les cas, une proportion importante.

Selon le rapport du Groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO), « toutes les grandes enquêtes en épidémiologie psychiatrique font état de ce problème : d'une part, il s'avère qu'une partie importante des "cas théoriques" (identifiés par les outils de diagnostic) n'est pas prise en charge, et d'autre part que, pour une partie importante des sujets ayant eu un recours au soin, le trouble mental n'est pas repéré par l'outil de diagnostic de l'enquête. [...] La plupart des troubles mentaux et des problèmes de santé mentale ne sont pas pris en charge en psychiatrie ou ailleurs. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, la majorité des personnes classées par les études épidémiologiques comme ayant un trouble psychiatrique ne consulte pas un soignant (psychiatrique ou autre) pour ce trouble ». Cela indique que les troubles mentaux et leur retentissement ne peuvent pas être mesurés uniquement à partir des systèmes de soins ou d'hébergement.

Corollairement, il faut être conscient que la signification sociologique des prévalences « traitées » et des prévalences « réelles » n'est pas la même. Les populations « traitées » concernent des individus qui ont participé à un processus social de désignation dans lequel interviennent de nombreux acteurs. Les prévalences « réelles » repérées en population générale par les épidémiologues psychiatres le sont du seul point de vue de la psychiatrie, de ses outils, de ses connaissances, de sa vision du monde, de ses intérêts corporatifs.

Globalement, les incertitudes qu'expriment aujourd'hui les psychiatres quant aux catégories nosographiques qu'ils utilisent jettent bien sûr la suspicion sur les enquêtes épidémiologiques.

La question des temporalités et des points de vue dans la mesure

La disparité des chiffres annoncés pour telle ou telle pathologie s'explique par la complexité temporelle de la mesure (bien prise en compte en revanche dans le rapport HID/psychiatrie où les dates de début de trouble et la durée des traitements sont fournies et font partie des variables traitées).

Un trouble mental est un objet temporel. Différentes étapes existent, en effet, entre le moment de la reconnaissance par les sujets d'un problème (identifié ou non comme de santé mentale), l'expression d'un besoin d'aide, le recours à un service — ponctuel, de durée moyenne, de durée longue —, la stabilisation éventuelle de la maladie sous médication ou sa guérison. On peut complexifier encore la représentation du processus en ajoutant que l'entourage de la personne ou un autre lieu peut être le premier témoin du pathologique et peut percevoir un dysfonctionnement relationnel ou un désordre social, alors que la personne n'est pas consciemment en souffrance et que le diagnostic critérié ne donnerait rien (ou pas encore). Or de nombreuses enquêtes ne traitent pas les temporalités des troubles. Les chiffres de prévalence produits par une enquête en population générale ne sont pas ceux qui correspondent aux sentiments des sujets, c'est notamment visible sur le cas de la dépression. Il existe à un moment donné des dépressions identifiées au MINI, mais non ressenties (8 %), des dépressions ressenties, mais non identifiées (41 %), et des dépressions ressenties et identifiées (43 %) [Le Pape et Lecompte, 1999].

La vigilance s'impose donc pour que les indicateurs n'écrasent pas les différences entre l'absence de trouble et un trouble soigné, le trouble non pris en charge et le trouble pris en charge,

brèvement ou au long cours (pris en charge depuis un mois, deux ans ou quinze ans), le trouble perçu et non perçu, les besoins perçus par les chercheurs ou par les sujets eux-mêmes.

La question des critères diagnostiques

Chaque pathologie est l'occasion d'une multitude de tests et d'échelles destinés à la diagnostiquer. Ces outils eux-mêmes posent problème et relèvent d'un certain arbitraire qui évoque la fameuse formule de Binet : « Qu'est-ce que l'intelligence ? C'est ce que mesure mon test. »

La psychose est particulièrement difficile à mesurer. Rappelons que la psychiatrie, à la différence de la médecine somatique, ne dispose pas d'outils tels que l'imagerie cérébrale ou les examens biologiques pour établir et prouver un diagnostic. Dans l'enquête britannique *National Psychiatric Morbidity Surveys*, seulement un quart des patients hospitalisés pour état psychotique sont dépistés comme tels par l'outil d'enquête. Le fait qu'une partie importante des sujets soignés ne sont pas repérés par l'outil de diagnostic peut inquiéter sur la validité ou le degré de sensibilité trop faible ou excessif (selon les cas) des outils diagnostiques, avec des phénomènes de sur- ou de sous-estimation importants.

Certains critères diagnostiques semblent produire des surestimations de prévalence. « Dans la littérature scientifique, les taux de troubles mentaux — 30 % (actuels) et 50 % (sur la vie) — utilisés pour estimer le besoin de soins étaient tirés des résultats de la première de ces études, l'*Epidemiological Catchment Area* (ECA), menée dans cinq aires géographiques des États-Unis à l'aide du *Diagnostic Interview Schedule* (DIS). Les taux venant de la deuxième étude, *National Comorbidity Study* (NCS), basés sur un échantillon représentatif des États-Unis et utilisant le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) de l'OMS, étaient encore plus élevés. Or, récemment, ces résultats ont été critiqués : ils présenteraient des surestimations importantes. Les problèmes de la définition et de l'opérationnalisation des critères de gravité ou de « signification clinique » seraient à l'origine d'une partie de cette surestimation » [Lovell, 2009].

Un autre exemple de biais a été le faux constat de l'augmentation régulière de l'autisme infantin. Entre 1998 et 2004, le nombre d'enfants ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement (TED) scolarisés à la commission scolaire de Montréal a augmenté de 337 %. En Californie, une explosion

similaire a été constatée. Puis ces résultats ont été critiqués. Comment savoir en effet s'il s'agit d'une augmentation réelle de la maladie (certains chercheurs mettaient en avant que les facteurs de risque environnementaux et organiques identifiés sont multiples et croissants), d'un meilleur et plus précoce dépistage ou d'une codification différente, avec des critères englobant dans l'autisme des troubles qui auparavant auraient été classés différemment ? Enfin, les médecins ne diagnostiquent-ils pas mieux ou plus un trouble qui auparavant ne retenait pas leur attention ? De nouvelles réalités apparaissent sous le regard et dans le langage, montrait Foucault dans *Naissance de la clinique* [1963]. L'épidémiologie de l'autisme a conclu à la nécessaire rectification de ces données.

Nous prendrons un troisième exemple, légèrement différent. En septembre 2005, l'INSERM a publié un rapport sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Il déclenche aussitôt les polémiques. Une pétition (« Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans »), qui a réuni 100 000 signatures en mars 2006, s'insurge contre le rapport. Les tenants de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) critiquent la classification américaine utilisée par l'INSERM qui listerait des symptômes de manière linéaire et déterministe et interpréterait les premières bêtises des enfants selon une lecture pathologiste. Les troubles des conduites seraient artificiellement isolés d'autres troubles (bien que la comorbidité soit reconnue, par exemple avec le repli sur soi et la dépression) pour ne retenir que les comportements bruyants. « On a un entassement de facteurs, génétiques, neurobiologiques, d'attachement, d'environnement, etc., dont on ne voit ni les liens entre eux ni la ligne directrice », écrit Ehrenberg [2006].

Dans ce troisième exemple, c'est la frontière même du normal et du pathologique qui est interrogée. Cette interrogation est ancienne et récurrente. Ce qui est désigné comme trouble ne serait-il pas le produit de notre intolérance, ou le signe de la folie de la société comme disaient les antipsychiatres ? Nous aurons à y revenir.

L'interprétation des corrélations

Comme nous allons le voir dans la section suivante, l'interprétation des corrélations, c'est-à-dire leur traduction en termes de relation causale, pose toujours problème.

Les outils très imparfaits de l'épidémiologie psychiatrique ont tout de même l'intérêt d'identifier des problèmes sociaux concernant le trouble mental.

La querelle des chiffres sur le trouble mental en prison

L'état des lieux de la santé mentale des Français révèle un premier problème social : la forte prévalence du trouble mental en prison. Selon Brahmy [2005], une enquête de 1997 a évalué à 20 % chez les hommes détenus et 30 % chez les femmes détenues la présence de troubles. L'enquête de Falissard *et al.* [2004] trouve 3,8 % de malades schizophrènes et 17,9 % de dépressifs en prison. On doit ajouter à ce tableau le nombre de personnes qui se suicident : cent vingt par an environ, mais il est difficile ici de savoir si les troubles sont antérieurs à la prison ou si c'est la détention qui a favorisé leur survenue.

Ce constat a déclenché diverses polémiques sur ce qu'il convient de faire par rapport à un tel problème, car ces détenus malades sont actuellement mal soignés. Restons-en pour le moment à l'explication de ces chiffres et de leur croissance.

On peut évoquer quatre facteurs qui expliquent le nombre croissant de personnes incarcérées dans les établissements pénitentiaires français et qui présentent de graves troubles mentaux :

- le *fonctionnement de la justice lui-même* : les comparutions immédiates pour délits mineurs ne favorisent pas la défense de personnes ayant du mal à s'exprimer ;

- les *tendances de la pratique en matière d'expertise psychiatrique* : les psychiatres experts prononcent de moins en moins d'irresponsabilités pénales. Le plus souvent psychiatres hospitaliers, ils ont une réticence à voir des hospitalisations d'office longues bloquer des lits d'hôpital. D'autre part, certains sont convaincus que le procès est psychologiquement utile au criminel, même malade, car il est alors traité comme un citoyen ordinaire. Enfin, ils sont sensibles à la pression de victimes qui souhaitent la tenue des procès ;

- les *conditions d'incarcération* : très mauvaises en France en raison de la surpopulation des prisons (allongement actuel de la durée des peines, conditions de vie violentes), elles peuvent être par elles-mêmes créatrices ou révélatrices de troubles ;

- le *fonctionnement actuel de la psychiatrie publique* : les postes vacants, le manque de lits au regard de l'absence de solutions alternatives, le manque de temps pour les visites à domicile

limitent le travail de réinsertion et de réhabilitation des malades et favorisent la production de délits qui tombent sous le coup de la loi.

La comparaison des prévalences de troubles en prison et dans la population générale montre que les taux en prison se rapprochent de ceux de la population précaire, qui fournit les gros contingents des détenus.

La question des inégalités de santé

Les taux de prévalence des différentes pathologies n'affectent pas de la même façon les différentes couches de la société, à tel point que c'est devenu une préoccupation explicite de la Commission européenne.

On entend habituellement par inégalités sociales de santé le lien entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Les études sont concluantes : qu'il s'agisse de morbidité ou d'espérance de vie, il existe une corrélation inverse entre l'état de santé d'un individu et divers indicateurs de position sociale (revenu, niveau d'instruction, profession).

Comment appréhender cette corrélation ? Un premier piège est à éviter : les inégalités sociales de santé psychique ne sont pas un effet mécanique et « naturel » des inégalités socioéconomiques. Certes, les troubles psychiques affectent relativement plus les personnes de bas revenu et de niveau scolaire moindre. Néanmoins, corrélation ne signifie pas causalité linéaire, et l'établissement de cette corrélation ne suffit ni à expliquer ni à comprendre la production concrète de ces inégalités. Pour éviter, dans le propos sociologique, le recours à la magie sociale et au sentiment d'évidence ininterrogée, il est nécessaire d'analyser plus finement les processus par lesquels les inégalités socioéconomiques produiraient du malheur psychique.

Cette analyse est d'autant plus importante à mener que l'on pourrait tout aussi bien — certains acteurs sociaux ordinaires le font d'ailleurs spontanément — interpréter la corrélation dans l'autre sens : ce serait le trouble psychique et les défaillances induites par lui qui conduiraient à la misère, à l'inemployabilité, à l'errance, au chômage, à la prison. Dans cette conception, le trouble est pensé comme moindre adaptation, carence ou « vice », toutes choses qui expliquent, dans le cadre d'une idéologie méritocratique, la moindre réussite sociale et professionnelle : les inadaptés psychiques ne pourraient réussir.

La corrélation pourrait enfin être interprétée dans un troisième sens, foucauldien, qui expliquerait que si les statistiques lient exclusion sociale et trouble psychique, c'est parce que la politique de « santé mentale » s'est affirmée comme nouveau mode de gestion politique de la question sociale. Plusieurs enquêtes américaines (citées in Dufrancatel [1968]) montrent que la conduite des psychiatres n'est pas la même selon la classe sociale d'appartenance des patients : elle est plus autoritaire et plus favorable à l'hospitalisation rapide s'il s'agit de pauvres ou de Noirs ; en revanche, un problème d'ordre public sera plus facilement psychologisé pour un membre des classes supérieures.

Entre les idéologies divergentes — le misérabilisme (« la pauvreté crée le trouble mental »), le méritocratie (« la maladie fait échouer professionnellement ») et le foucauldisme rigide (« on psychiatrise les pauvres pour les contrôler ») —, le travail sociologique a des difficultés à construire un discours objectif sur les corrélations et causalités en jeu.

Cela l'est d'autant plus qu'il n'existe pas suffisamment de séries statistiques fiables. Un certain consensus chez les psychiatres semble toutefois se dégager pour formuler l'hypothèse suivante : le trouble mental grave est créateur de précarité, les troubles anxieux-dépressifs sont favorisés par la précarité. Et le sociologue ajoutera que le processus de désignation étant social, l'identification d'une conduite comme relevant d'un trouble mental obéit elle-même à des déterminismes sociaux.

Les études de type ethnographique (cf. *infra*) apportent quelques éclairages sur le second mécanisme. Plusieurs phases — analytiques plutôt que chronologiques, car elles sont pratiquement entremêlées — concourent à la construction de l'inégalité sociale face au malheur psychique ou, plus largement, dans le malheur psychique : dans la genèse psychosociale de celui-ci, dans les effets sociaux du trouble sur la situation socioéconomique des personnes, dans l'accès socialement différencié aux soins, au diagnostic et la prise en charge, dans les effets sociaux de la prise en charge. À ces quatre niveaux, dans ces différents processus, les inégalités dues aux positions socioéconomiques s'entremêlent et se cumulent pour finalement faire peser plus lourdement, de façon psychologiquement et socialement plus cruelle, les questions de santé mentale sur les classes populaires, et tout particulièrement les fractions de celles-ci en situation précaire et marginalisées, qu'il s'agisse de Français de

souche, de Français d'origine étrangère ou d'étrangers. Reprenons de manière plus détaillée ces quatre points.

1) Les observations de travailleurs sociaux, d'élus, de psychiatres publics, de généralistes (*Rhizome* [2001], Lazarus et Strohl [1995]) convergent pour noter l'apparition d'une souffrance psychosociale fortement liée à la précarité (peur du lendemain, stress), à la perte du travail, au chômage prolongé, à l'absence de logement correct, voire à l'absence complète de logement, aux cadences trop élevées et à l'extrême pression à la productivité. Elle prend la forme de troubles anxieux-dépressifs et d'addictions notamment alcooliques.

2) Les effets sociaux des symptômes ont un poids différent selon le statut social. Les symptômes qui constituent la face visible et sensible d'un trouble psychique gênent la vie de l'individu qui en est affecté, sa vie familiale, sa vie sociale. Or les organisations productives sont inégalement tolérantes aux troubles psychiques (mieux vaut, si on a une dépression longue, être employé dans la fonction publique que dans une entreprise privée) et les différents statuts protègent plus ou moins bien des conséquences sociales et économiques des symptômes. De nombreux travailleurs malades sont accusés d'absentéisme, placardisés à cause de leur maladie, voire chassés de leur emploi.

Même si la mise en place d'allocations spécialisées, comme celle pour le « handicap psychique », permet d'éviter la misère totale, il est évident ici que les conséquences sociales des symptômes sont plus lourdes pour un travailleur précaire, un jeune en voie d'insertion, un étranger, vite soupçonnés d'« inemployabilité » en cas de trouble anxieux-dépressif.

Une autre composante fréquente de nombreuses situations de malheur psychique est la baisse de l'estime de soi, les sentiments de honte et de culpabilité, l'autostigmatisation, la fuite des contacts sociaux. On peut, sur la base de matériaux cliniques, faire raisonnablement l'hypothèse que les défaillances des supports sociaux, ou les défaillances du réseau social de la personne « touchée », sont d'autant plus fortes que le capital social d'origine est faible. La solitude dont on sait qu'elle frappe déjà certaines catégories de pauvres est alors renforcée. On peut faire l'hypothèse corrélative qu'un moindre capital culturel, des possibilités de verbalisation moindres, moins de soutien narcissique sont l'occasion d'autostigmatisations plus fortes. En somme, à trouble psychique théorique « égal », les conséquences destructurantes des symptômes sur la vie relationnelle seraient plus fortes dans le cas de ressources économiques et culturelles

faibles. Il n'y a pas d'étude épidémiologique sur le sujet. Mais c'est à cette conclusion que conduisent les observations cliniques réalisées au sein des réseaux qui travaillent sur la précarité.

3) Un troisième niveau d'analyse pour comprendre les liens entre inégalités sociales et malheur psychique concerne l'accès aux soins, notamment l'accès à des soins continus et de qualité.

Sans forcément accorder foi au chiffre de 25 % ou 30 % de troubles psychiques objectifs en population générale que l'on trouve souvent avancé dans les publications de l'OMS, il est raisonnable de penser qu'un certain nombre de sujets en état de malheur psychique ne consultent pas, ne demandent pas d'aide. Les conceptions de soi comme patient varient selon les classes sociales. Pascale Jamouille [2002] a ainsi observé à Charleroi la profonde méfiance des populations précarisées à l'égard de toute institution sanitaire et sociale ; même le généraliste n'est pas consulté.

À l'inverse, le capital culturel ou scolaire autorise les stratégies personnelles de précaution, de prévention, d'autosoins, qui va jusqu'à la prise de conscience assez rapide de la nécessité de « demander de l'aide », de « faire un travail sur soi », de « voir quelqu'un », et même l'aptitude à consulter plusieurs soignants, à tester plusieurs techniques, plusieurs lieux.

C'est enfin la structure de l'offre de soins et les pratiques professionnelles des soignants qui excluent les plus démunis, sans forcément qu'il s'agisse toujours de pratiques délibérées (cf. chapitre III).

4) Les inégalités sociales dans le malheur psychique se jouent également en appui sur le processus de soin lui-même. Des études américaines déjà anciennes [Dufrancatel, 1968] montraient que les patients des classes supérieures étaient orientés vers des psychothérapeutes mieux formés et bénéficiaient de suivis plus longs, et que, à informations équivalentes, le diagnostic était plus sévère pour les patients de milieu populaire. De plus, certains soins sont stigmatisants, ont des effets disqualifiants, et ce d'autant plus que la personne dispose de moins de ressources économiques, culturelles, sociales. Le soin le plus stigmatisant est l'hospitalisation en hôpital psychiatrique. Or les professionnels des secteurs en sont conscients, à trouble similaire, l'hospitalisation (dans le secteur public) touche les plus pauvres, les plus seuls. Et, à durée égale d'hospitalisation, il est encore plus stigmatisant pour eux.

Conclusion : la nécessité des investigations qualitatives

Les statistiques posent question : peut-on évaluer objectivement et précisément l'augmentation des troubles mentaux ? Dans quelle mesure est-elle objective ? Dans quelle mesure est-elle un artefact dû au processus du travail scientifique psychiatrique, à la modification des outils de mesure ? Dans quelle mesure est-elle un effet de la montée de l'intolérance subjective ou sociale au désordre ? Il ne s'agit pas de nier la réalité des malheurs psychiques, mais d'être conscient que la mesure même de l'état des lieux des troubles mentaux est, par bien des aspects, un construit social.

Sur le plan méthodologique, on peut conclure de l'état des lieux que l'approche statistique doit bénéficier d'un travail réflexif et épistémologique important et qu'elle doit être complétée par des travaux plus longitudinaux et plus qualitatifs, cliniques ou socioethnographiques.

Sur le plan sociologique, ce tour d'horizon permet de dégager quelques grandes tendances incontestables :

- l'augmentation de la souffrance psychique (classée comme « dépression » et troubles assimilés) qui aboutit à une hausse régulière des consultations ;
- une prise en charge du trouble mental en grande partie dans le secteur médico-social et social (et non pas seulement dans le système de soins) ;
- l'augmentation des troubles en prison ;
- le problème récurrent des inégalités de santé.

II / Les dimensions sociales du trouble mental

Ce chapitre sera consacré à l'appréhension de la construction du trouble mental comme fait social. Cette opération a son père fondateur, Durkheim, qui, par l'intermédiaire d'un objet de connaissance, le « taux social de suicide » et toutes ses variations, a appréhendé le suicide comme fait social. Ce sont à proprement parler les variations du taux social de suicide (en fonction des pays, des saisons, des jours de la semaine, des espaces religieux, des données historiques, etc.) qui lui ont permis d'opérer une rupture épistémologique avec la naturalité psychologisante du suicide et de démontrer la pertinence qu'il y avait, pour notre compréhension du monde humain, à saisir le suicide comme un phénomène social.

Mais ce sont aussi les anthropologues qui nous font nous décaler par rapport à la vision naturaliste du trouble. Le trouble mental est un fait de culture, car l'anormal est lui-même un fait culturel. Là aussi, ce sont les variations, d'une culture à l'autre, des troubles, de leurs manifestations, de leurs noms, de leurs interprétations qui font coupure avec une vision ethnocentrée. De ce point de vue — qui, répétons-le, ne peut être exclusif —, il y a trouble s'il y a désignation d'une anormalité, d'une déviation, par la collectivité, et cette désignation de l'anormalité est en partie arbitraire. Nous suivrons ce point de vue relativiste et provocant pour des raisons d'hygiène intellectuelle en quelque sorte. Mais nous l'abandonnerons pour reconnaître, avec Canguilhem [1966], l'impasse d'un relativisme culturel absolu et admettre donc une certaine objectivité du trouble.

Mais cette objectivité n'empêche pas, bien au contraire, l'existence de déterminants sociohistoriques et d'aspects sociaux d'une dimension spécifique de la vie humaine aussi ancienne que l'humanité, et d'ailleurs repérée dans toute société, et que,

pour esquiver les catégories contemporaines et en restituer l'ampleur historique, l'on pourrait essayer de nommer « malheur psychique » ou « étrangeté d'âme ».

Son caractère social sera saisi à quatre niveaux, articulés dans les faits, mais commodes à distinguer pour la clarté de l'exposé :

— un niveau relativement superficiel, mais mobilisé par des débats actuels : celui des *modes de catégorisation et de classification des anomalies et/ou pathologies*. Un exemple type peut être celui de l'« hyperactivité » (trouble déficit de l'attention/hyperactivité — TDAH). Son apparition récente dans les nomenclatures nosographiques, l'existence d'un médicament censé la soigner font qu'une série de comportements sont maintenant diagnostiqués sous ce vocable et des sujets déclarés affectés de ce trouble mental. Ces comportements, avant la création de la catégorie, étaient diagnostiqués autrement ou même non perçus, non pensés comme dignes d'entrer dans un examen ;

— celui de la *définition sociétale du périmètre de l'anormalité*, définition en partie contingente, en tout cas à historiciser et localiser. L'exemple type est ici celui de la sexualité homosexuelle. Longtemps considérée comme anormale, comme une maladie psychique guérissable, comme une perversion, un vice ou un péché, elle a maintenant dans un grand nombre de pays réintégré la normalité. Les figures du normal et de l'anormal fondent au niveau d'analyse le plus profond le rapport des hommes dans une société donnée à la santé mentale ;

— celui de la *fabrication sociétale des subjectivités*, autrement dit de l'inscription du lien social dans les personnalités. Les grandes références de ce niveau d'analyse sont l'œuvre d'Ehrenberg décrivant le passage de la névrose à la dépression comme forme pathologique banale caractérisant notre société ou celle de Melman et Lebrun décrivant la « nouvelle économie psychique » propre aux sociétés occidentales qualifiées de post-ou hypermodernes ;

— celui de la *fabrication psychosociale du sujet souffrant*. Comment, dans une société donnée, des histoires de vie spécifiques, des variables sociodémographiques particulières, favorisent chez certains individus l'émergence de troubles mentaux : il s'agirait d'une sociogenèse du trouble en quelque sorte, qui viendrait compléter la biogenèse ou la psychogenèse éventuelles.

Pour clore ce chapitre sur un exemple concret, nous explorerons la diversité et les divergences de représentations sociales de la dépression.

Les modes de catégorisation des troubles mentaux

Puisqu'il fallait démarrer cet ouvrage avec une définition provisoire de son objet et de son périmètre, nous sommes partis de la classification internationale CIM-10 des troubles mentaux promue par l'OMS, appliquée en France par les hôpitaux et l'administration, outil de dialogue des psychiatres du monde entier, qui délimite un champ du malheur psychique et en propose une segmentation.

Mais, sur les terrains de la santé mentale, les choses ne sont pas si simples. Les conflits sont incessants pour poser et déplacer les limites du désordre mental et en nommer les segments. La CIM-10 et le DSM-IV ne sont que le résultat, officiellement consensuel, mais provisoire et mouvant, d'un ensemble de négociations. La difficulté pour passer du DSM-IV au DSM-V, annoncé depuis longtemps et finalement non disponible avant 2014, est significative de ces négociations compliquées.

Sur le terrain, dans les hôpitaux psychiatriques, les cabinets de généraliste, les associations du secteur social et médico-social, l'administration de la santé, les élus locaux, les catégories utilisées par les acteurs sociaux dans le quotidien de leurs pratiques sont assez différentes. Le diagnostic, comme pratique concrète, met en jeu des modes de catégorisation non consensuels, disponibles dans la société, soit sous forme de systèmes de représentation peu formalisés, soit sous forme de classifications standardisées, elles-mêmes débattues dans le monde médical, mettant en jeu des rapports de forces symboliques et des négociations macrosociales (avec l'industrie pharmaceutique, les mouvements sociaux, les pouvoirs politiques).

Les segmentations non standardisées, quasi profanes ou savantes

Il n'existe pas de segmentation objective pour découper le domaine du « malheur psychique ». Toutes les segmentations sont performatives et engagent des représentations sociales de son étiole et de l'action correctrice préférable.

Sans doute une des segmentations les plus usitées en France aujourd'hui repose-t-elle sur le financement des soins, ce qui lui donne une certaine forme de robustesse pratique. Soit c'est l'État qui paye directement l'hôpital public (et on serait dans le domaine de la « maladie mentale »), soit c'est l'État qui finance indirectement le tissu associatif et le travail social et médico-social (il s'agirait de la « souffrance psychosociale »), soit ce sont

les particuliers qui payent, pour les psychothérapies en libéral et les cliniques privées à but lucratif (et cela concernerait le « mal-être »). Cette segmentation est largement utilisée par les agents administratifs de la santé.

Dans le discours de ceux des soignants qui sont les plus opposés à formuler rapidement un diagnostic dans leur pratique, tous les troubles psychiques sont rassemblés dans la « difficulté à vivre ». Il y a dans ce cas une réticence à tout étiquetage et même la rupture normal/pathologique est euphémisée et affaiblie en quelque sorte. Cela n'empêche pas l'existence de catégorisations, mais elles font fonctionner d'autres critères, comme la « qualité de la demande » (demande bien formulée/demande peu élaborée) ou l'opposition entre les « patients prêts à évoluer » et « ceux qui attendent les solutions miracles ». Ces modes de catégorisation caractérisent plutôt les psychiatres et psychologues libéraux, ainsi qu'une partie des travailleurs sociaux des associations de la clinique psychosociale.

Chez les généralistes, la principale segmentation du malheur psychique est ternaire : « cas lourds » ou « malades psychiatriques », « vrais malades », « faux malades ». Les « cas lourds » sont ceux que le médecin réadresse ailleurs. Les « vraies dépressions » et « vraies anxiétés généralisées » déclenchent la prescription de psychotropes. L'état dépressif « normal », ou « fausse dépression », dû à une difficulté dans le travail ou la famille (raisonnement par sociogenèse repéré par Laplantine [1986]), relève de l'écoute, du conseil de vie ou de la réassurance (« ce n'est pas grave, c'est psychologique, c'est momentané ») ou de la prescription de vitamines ou de placebos.

On sent pointer chez certains psychiatres du public qui pratiquent la même segmentation un agacement devant la montée de la demande sociale de soins psychiques pour trouble « mineur » : la « bobologie » et les « bleus à l'âme » sont des catégories qu'ils utilisent pour désigner ce qui, à leurs yeux, ne devrait pas être adressé à la psychiatrie.

Une autre configuration de catégorisation, plus courante en milieu hospitalier, fait fonctionner les différenciations savantes des troubles qui empruntent à la nosologie psychiatrique de tradition française : « schizophrénie », « dépression », « maladie bipolaire ». De nombreux psychiatres empruntent quelques nouveaux *syndromes* (ensemble de symptômes) au DSM-IV, tout en manipulant aussi les trois grandes « structures » psychiques de la psychanalyse (névrose, psychose, perversion). De nombreux secteurs psychiatriques pratiquent cet *éclatisme*

théorique, ainsi que d'autres soignants ou travailleurs sociaux qui ont reçu une certaine formation dans le domaine du trouble mental.

Plusieurs facteurs jouent donc sur les modes de catégorisation spontanés mis en jeu dans les segmentations non standardisées : la profession (psychiatre, généraliste, psychothérapeute), le cadre d'exercice (libéral ou public), les connaissances en psychiatrie, les représentations du cœur du métier, les modes de financement des soins.

Les classifications standardisées : les nomenclatures et les tests

Les classifications standardisées visent la précision des diagnostics et le caractère objectif des signes. Elles ne sont cependant pas toutes fondées sur les mêmes postulats théoriques. La CIM-10 et le DSM-IV reposent sur l'idée de syndromes objectifs et détachables du fonctionnement psychique et de l'histoire du sujet, ce qui est moins le cas de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA), un peu plus marquée par la tradition psychanalytique.

CIM-10 et DSM-IV s'opposent aux catégorisations de type psychanalytique qui avaient pendant longtemps fortement influencé la psychiatrie française (et encore le DSM-III) et qui reposaient sur la différenciation ternaire névrose/psychose/perversion. Dans la conception psychanalytique, le symptôme est une écriture à déchiffrer d'une vérité refoulée, modifiée par la relation au thérapeute (le « transfert »), se présentant au sujet comme résistante, tenace (« c'est plus fort que moi »), il a un sens par rapport à la globalité de l'appareil psychique, l'histoire du sujet, sa personnalité. Dans le DSM-IV et la CIM-10, le *disorder* est un syndrome qui concatène des « symptômes ». Pour être déclaré « déprimé » selon le MINI DSM-IV, il faut au moins quatre « symptômes » qui soient constatables et mesurables grâce à des tests et des questionnaires pris dans une liste. Le « symptôme » n'est pas un signe à déchiffrer, mais un donné, un granulé de comportement comptabilisable (dans différents systèmes comptables, échelles, additions...). La classification vise alors avant tout une forme d'objectivité et la fidélité du jugement d'un soignant à l'autre.

CIM-10 et DSM-IV sont ressentis par les psychiatres du public comme un passage obligé pour l'écriture de rapports ou d'articles et pour la tarification à l'activité (T2A, mode de calcul des budgets des hôpitaux). Parallèlement, des psychiatres nous

ont dit souvent en psychiatrie d'adultes : « Le DSM-IV, ce n'est pas mon truc », « la CIM-10 fait perdre du temps ». Les psychiatres disent utiliser la CIM-10 sous contrainte et en « choisissant des catégories fourre-tout », et préférer, pour leur pratique, la sémiologie classique française. Il est cependant difficile de savoir si cette mise à distance des classifications internationales ne sous-estime pas leur influence réelle sur les pratiques soignantes. Il est remarquable que tous les travaux écrits par ces personnes (au moins en psychiatrie d'adultes) utilisent le DSM-IV ou la CIM-10, ainsi que des échelles spécialisées. Il est d'autre part à noter que, dans certains centres médico-psychologiques (CMP) où les psychiatres n'assurent pas la première consultation des demandeurs, les infirmiers qui s'occupent de celle-ci ont reçu une formation au MINI DSM-IV. Ils vérifient par exemple assez systématiquement le risque suicidaire sur la base d'un questionnaire tiré du DSM-IV. Il faut aussi noter que, même quand les nomenclatures standardisées sont décriées, des tests, des échelles et des questionnaires standardisés spécifiques sont utilisés pour valider les diagnostics intuitifs fondés sur l'expérience professionnelle, pour des raisons administratives ou académiques.

La négociation macrosociale des classifications

Les nomenclatures sont le produit d'un effort continu de rationalisation, encore en travail puisque la CIM-11 et le DSM-V devraient être prochainement publiés. Laissons de côté les discussions proprement psychiatriques sur leurs principes épistémologiques de construction (théorique/« athéorique », par structure psychique ou entités cliniques « réelles »/par syndrome/par combinatoire de dimensions ou de traits) ainsi que les débats sur la sociogenèse, la psychogenèse ou l'organogenèse des troubles mentaux, et revenons, avec un point de vue sociologique, sur la fabrication de ces nomenclatures. L'observation de la science en action montre que leur « objectivité » repose sur un processus de négociation entre plusieurs catégories d'acteurs [Brown, 1995 ; Horwitz, 2002]. Quatre grandes catégories de producteurs fabriquent les nosographies modernes en psychiatrie occidentale :

- les associations professionnelles de psychiatres, notamment américains ;
- les laboratoires pharmaceutiques ;
- la sphère politico-administrative et ses outils de gestion ;

— la société civile elle-même, car la psychiatrie est une discipline éminemment politique, peu autonome et poreuse. « Si la psychiatrie respecte les besoins de l'individu, elle tient compte des exigences de la société pour la pérennisation de son fonctionnement » [Hayat, 2001]. Les diagnostics savants ne sont pas, quant à la désignation de l'anormal, en rupture profonde avec le sens profane. Le travail psychiatrique est étroitement articulé à la demande sociale de maintien de l'ordre, de protection de la normalité, et il est donc dépendant des normes sociales à une époque donnée dans une culture donnée.

On peut évoquer quelques exemples significatifs de ces jeux d'acteurs, aboutissant à une certaine contingence historique des nosographies, par dépendance à l'égard d'enjeux socioéconomiques ou sociopolitiques :

1) le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) ainsi que la dépression (pour Pignarre [2001], la dépression est ce qui est soigné par un antidépresseur) sont des exemples du pouvoir de l'industrie pharmaceutique sur les nosographes. L'hyperactivité est d'ailleurs contestée comme n'étant pas une maladie réelle par certains psychiatres et rapportée à la commercialisation du médicament correspondant. Globalement, la création de versions « light » des médicaments permet d'en étendre les indications, de traiter des symptômes trouvés dans des pathologies initialement différentes et contribue à l'émergence de nouvelles catégories nosographiques. Le modèle du réseau sociotechnique de Callon et Latour trouve ici une bonne application [Callon, 1986] ;

2) le rôle des parents dans les définitions et redéfinitions de l'autisme est un autre exemple du poids de la société civile. Autrefois nosographiquement lié à la psychose, l'autisme s'en est détaché progressivement en France pour se rapprocher, comme « trouble envahissant du développement », du champ du handicap mental (mis à part pour le syndrome d'Asperger) sous l'influence des associations des parents d'autistes ;

3) les scandales, dans la presse américaine, qui émaillent la fabrication actuelle du futur DSM-V montrent les enjeux économiques des nosographies. Cosgrove *et al.* [2006] précisent que, sur 170 experts ayant contribué au DSM-IV, 56 % avaient des liens financiers avec une ou plusieurs firmes pharmaceutiques. Anticipant la poursuite de ces conflits d'intérêts, Blashfield et Fuller [1996] avaient tenté de prédire l'inflation de troubles caractérisant la future version V : probablement 390 troubles,

Le travail de mobilisation des associations de parents d'enfants autistes

« Depuis octobre 2005, ont été publiées les nouvelles recommandations pour la pratique professionnelle de l'autisme ; vous les trouverez sur le site de l'ANAES. Exigez un diagnostic conforme à la CIM-10, comme le préconisent ces recommandations.

Certains pédopsychiatres savent diagnostiquer l'autisme, d'autres non. En effet, la France a une triste exception culturelle : la CFTMEA (Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent) place l'autisme dans les psychoses, alors que les classifications de l'OMS et des États-Unis en font un trouble envahissant du développement (TED), un handicap cognitif. Apprenez donc à vous défendre : rejetez le diagnostic de psychose : il n'y a pas de psychose chez l'enfant. Les variantes : dysharmonie évolutive, dysphasie, ne valent pas mieux. Refusez donc les psychothérapies qui ne serviront à rien. »

Source : extrait de assoc.pagespro-orange.fr/envol.isere.autisme.

englobant 1 800 critères diagnostiques pour satisfaire les intérêts économiques liés à la psychiatrie ;

4) les caractéristiques culturelles des classifications ne sont pas négligeables. Certains critères diagnostiques inquiètent les neuropsychiatres africains : par exemple, le nombre de paranoïaques est multiplié par dix à Madagascar (par rapport aux sociétés occidentales) par l'utilisation du MINI DSM-IV en enquête épidémiologique en population générale, ce qui constitue une donnée biaisée et peu vraisemblable.

En matière de connaissances, la psychiatrie, finalement, comme l'écrit Pignarre [2001], ne dispose que d'une « petite biologie » (malgré des développements récents de la neuropsychiatrie, il y a très peu de preuves matérielles, de « marqueurs » aujourd'hui pour objectiver un trouble subjectif, et ni les analyses biologiques ni l'imagerie médicale ne peuvent objectiver une maladie mentale) et d'une « petite psychologie ». Mais elle peut utiliser une technologie pharmacologique développée (neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, régulateurs de l'humeur) qui lui confère une certaine efficacité en matière de réduction des symptômes. Tout cela la rend, comme discipline, très dépendante de la recherche pharmaceutique d'une part, de la société civile d'autre part. De ce fait, les diagnostics, comme énoncés d'une catégorie nosographique, sont souvent précédés d'un « sous-diagnostic », décision d'une thérapeutique ou d'un mode de prise en charge.

La désignation et l'imputation causale de l'anormalité : approches anthropologiques et points de vue actuels

La question de la catégorisation des troubles que nous venons d'aborder est la face la plus apparente d'un mécanisme social plus vaste : la désignation et l'imputation causale de l'anormalité, le traitement social réservé à cette anormalité. Les travaux des anthropologues (Devereux, Zampleni, Laplantine) mettent en évidence une certaine relativité historique du champ du désordre mental, de ses catégorisations, de la modélisation de sa nature et de son étiologie. Des débats entre anthropologues et entre médecins (autour de l'œuvre de Tobie Nathan) portent sur l'ampleur de cette relativité culturelle. Nous soutiendrons ici une position médiane, refusant à la fois le nominalisme et le relativisme radical, et le positivisme scientifique.

Premièrement, il ne s'agit pas de nier l'existence de causes biologiques pour un certain nombre de personnes qui ont des maladies du cerveau, lesquelles déclenchent une forte souffrance existentielle et relationnelle : par exemple, les schizophrénies touchent 1 % de la population mondiale, sans variations notables d'un pays, d'une culture ou d'une époque à l'autre, indice d'une certaine objectivité de la maladie mentale (que cette objectivité d'ailleurs soit biologique ou sociale, le social étant lui aussi capable de régularités robustes). Pour d'autres personnes, si la genèse de leur trouble mental est à saisir au niveau sociologique ou psychologique, cela ne signifie d'ailleurs pas que la chimie du cerveau ou du corps ne soit pas affectée. On sait par exemple que le « stress », qui peut être dû à une situation difficile au travail et doit donc être rapporté à des causes socioéconomiques, se laisse décrire en termes biologiques (modification de données corporelles, baisse des défenses immunitaires). Les modèles neuropsychiatriques aujourd'hui se veulent d'ailleurs intégratifs, alliant l'hérédité génétique et le rôle de l'environnement, dont les données psychoaffectives, psychosociales et culturelles (cf. par exemple Cohen [2008]).

Deuxièmement, il ne s'agit pas non plus de nier une certaine universalité du trouble mental et de raplatir la psyché sur les cultures singulières. Les anthropologues retrouvent d'ailleurs bien d'un pays à l'autre un noyau dur de troubles d'ordre psychotique ou dépressif, même si les appellations convoquent des représentations variées (« avoir la tête fatiguée » comme équivalent approximatif de la dépression, à Madagascar). « Un névrosé ou *a fortiori* un psychotique cheyenne ou maori

ressemble plus à un névrosé ou à un psychotique américain qu'un Cheyenne ou un Maori normal ne ressemble à un Américain normal », écrit Devereux [1972].

Découper l'espace du négatif, nommer les anomalies

Ce cadre étant posé, il reste que les « étrangetés d'âme », espace du négatif, du déplorable, de l'excentrique, de l'inquiétant... désigné par autrui ou donnant lieu à plainte, connaissent une certaine variabilité historique et culturelle.

Devereux [1961] étudie le système thérapeutique des Indiens mohaves de l'Arizona. Il y décrit les classifications « névrose du chasseur », « psychose du scalpeur » ou du « tueur de sorciers », les maladies découlant du refus d'assumer les pouvoirs chamanniques, celles provenant de la fréquentation des « fantômes ennemis », celles spécifiques des hommes âgés ayant épousé une très jeune femme, etc. Il a beaucoup de mal à trouver des équivalents occidentaux de ces catégories. « Certains désirs, fantasmes et autres produits du psychisme humain qui sont refoulés dans telle société peuvent dans telle autre accéder à la conscience et même être actualisés », écrit-il.

Les travaux sur l'Afrique, les Antilles, l'océan Indien confirment le caractère spécifique des systèmes thérapeutiques (cf. *Pour la recherche* [1998] pour une bibliographie internationale).

Le traitement social réservé à l'étrangeté d'âme est aussi variable selon les époques. L'histoire alterne des phases de tolérance à la bizarrerie, à la déviance, et même quelques rôles sociaux positifs du côté de la déviation et de l'inspiration, et des phases de moindre tolérance. Foucault note la tolérance particulière de l'époque de la Renaissance et du début du XVIII^e siècle en Occident, Dorvil [1985] souligne celle des débuts du Canada français. Nous sommes actuellement probablement dans une époque paradoxale de tolérance moindre bien que d'inclusion plus forte.

Doit-on céder à la tentation de dissoudre la sociologie du trouble mental dans la sociologie de la déviance ? Ou doit-on plutôt, au-delà de la variabilité, caractériser le type de déviance que constituerait, en général, le « malheur psychique » par rapport à d'autres déviances ? Pour Parsons [1951], la folie a une forme particulière en ce sens que, contrairement à la criminalité ou à la délinquance, l'individu n'en est pas tenu pour responsable. D'autres sociologues ajouteront le caractère inintelligible des conduites — on pourrait dire leur inquiétante étrangeté —

ou le travail d'institutions spécifiques. Ces derniers critères nous paraissent plus essentiels et plus convaincants. Les institutions, les disciplines, les corps de pratiques habilités à s'occuper de certaines déviances en définissent en même temps le périmètre et la spécificité.

D'autre part, une constante transhistorique nous paraît caractériser les « étrangetés d'âme » : la scission structurelle du sujet, quelle que soit la manière de la dire (sujet par la présence inquiétante et dérangeante dans le Soi d'un sort jeté par un être externe, d'un animal, d'un esprit, d'un Satan, de Dieu, d'une déraison, d'une passion, d'un conflit inconscient, du « ça », d'un défaut chimique, d'une erreur génétique, etc.).

Imputer l'anormal

Les conduites désignées comme anormales relèvent du mal, du mauvais, du malheur, du malaise, du mal-être, de la maladie, de l'anormal, de l'anomalie, du pathologique, du déviant, de l'insensé, du dégénéré, de l'aliéné, de l'insuffisant, du trouble, du désordre... (et exceptionnellement du génie et de l'inspiration).

Le « psychisme », le « mental », l'« esprit », l'« âme » eux-mêmes sont objet et enjeu de représentations sociales. Intégralement relationnel et social dans certaines conceptions, entité séparée, mais poreuse et ouverte à tous vents dans d'autres, le psychisme se représente, dans l'imaginaire de l'individualisme contemporain, comme une intériorité délimitée, liée à un corps qui est une possession propre [Gauchet et Swain, 2007]. Mais la « vie psychique » peut se concevoir avec des degrés d'autonomie relative plus ou moins forte par rapport à d'autres ordres de la réalité, la société, le corps, le cerveau, les autres (voisins et famille), les morts, les esprits. « Appareil psychique » fortement autonome tout en étant intégralement relationnel dans la tradition psychanalytique, au point qu'il peut constituer l'objet d'une science du psychisme, le psychisme est en revanche très peu séparé du corps à Madagascar, et également très peu séparé du fonctionnement chimique du cerveau dans les neurosciences, mais en revanche bien séparé de la société dans l'imaginaire individualiste contemporain. Autre exemple : François Jullien [2005] montre que la pensée chinoise est organisée autour du vital, du souffle-énergie : la sagesse met en jeu le vital et non pas le « corps » ou le « mental », le « psychisme » est un mot difficilement traduisible en chinois classique. Globalement, dans les traditions non occidentales, le psychisme, quels

que soient les termes employés, profanes ou savants, pour évoquer cette catégorie de pensée, est relativement indistinct. Il est peu séparé du somatique (alors que la pensée occidentale judéo-chrétienne sépare fortement le corps et l'esprit) et il est peu séparé des intentions et de l'action des autres humains, qui sont souvent à l'origine du désordre mental dans les systèmes magiques ou magico-religieux.

À l'inverse, la naissance de la psychanalyse au XIX^e siècle en Europe et l'émergence de la psychiatrie comme discipline autonome (pour la France dans les années 1970) ont contribué à donner à l'objet « psychisme » ou « mental » une consistance, une spécificité, à en faire un objet de connaissance, de science, de préoccupation et d'intervention, de pratique.

Ce n'est pas forcément le cas ailleurs ou, plus exactement, ce n'était pas forcément le cas ailleurs, car les sociétés en voie de développement sont prises dans le mouvement de la mondialisation et connaissent un éclatement de leur façon traditionnelle de penser le négatif. Ce ne sera plus forcément le cas avec le développement des neurosciences.

La nomination du malheur psychique est en même temps mise en jeu de représentations causales, qui vont du : « Il y a des Satans qui s'accrochent à lui » (Madagascar, aujourd'hui, et Moyen Âge occidental chrétien), en passant par le « déséquilibre des humeurs » (Hippocrate), « l'égarement est la punition des péchés » (Bible et Moyen Âge occidental chrétien), « il est trop seul », « il ne sait pas se prendre en charge », « le chômage le rend malade », « c'est l'exploitation capitaliste qui est responsable de son suicide » (raisonnements contemporains par socio-génèse), jusqu'à : « la concentration de sérotonine dans les synapses est trop basse » (raisonnement par organogénèse). Sans oublier les nosographies classiques psychiatriques ou psychanalytiques et les dires profanes : « ça vient de la tête », « il a un grain » ou « ce sont les autres qui l'ont mis dans cet état-là », « c'est l'âge », « c'est la drogue », « j'ai pétié les plombs ». La nature du négatif est donc variable : sort jeté par autrui, possession par un esprit ou un mort dans l'ordre magique, péché dans l'ordre religieux, vice ou lâcheté dans l'ordre moral (les jeunes garçons de quartiers populaires, d'après une enquête personnelle, interprètent encore aujourd'hui la dépression en termes de lâcheté, de « petite nature », de manque de virilité), déraison, maladie de l'esprit, maladie biochimique.

Le « pathologique » se déploie dans le registre sanitaire et médical et s'oppose à la santé à partir du XIX^e siècle. Le fait que

le négatif soit pensé comme relevant du pathologique (sanitaire) est ainsi une construction historique. La loi de 1838 qui formule la synthèse asilaire aboutit à définir un pouvoir médical à dimension administrative et judiciaire ; la constitution d'une médecine spéciale, la psychiatrie, spécifiquement habilitée pour intervenir en ce domaine, dépossède les anciennes instances légitimes de prise en charge du malheur psychique (la famille, la communauté de voisinage, les religions, la justice). Mais, aujourd'hui, le registre du déficit, brouillant à nouveau les frontières du handicap mental et du handicap psychique, supplante petit à petit celui de la « maladie ». Différents systèmes hétérogènes de représentations se sédimentent donc, coexistent ou oscillent.

La manière de penser le négatif définit en creux la nature du positif et leurs rapports. Le négatif peut, tout en ayant sa spécificité, faire partie du positif, ou il peut en être expulsé. C'est la thèse de Foucault concernant le statut de la déraison en Occident avec l'apparition du fou comme « malade mental ». « Toute histoire "dialectique" est ici rejetée. Pour la raison, la folie est le négatif de la raison : elle est tantôt l'absence de raison (déficience), tantôt le refus de la raison (irruption des forces irrationnelles) » [Descombes, 1979, p. 136]. La raison a son origine dans un partage entre elle-même et son autre qu'elle expulse. D'autres conceptions ont pu être développées du rapport entre le positif et le négatif, par exemple que la folie est partie constitutive de la raison, ou qu'une raison qui oublie sa folie est d'une certaine façon folle. Ou considérer que ce qui est classé comme anomalie psychique n'est en fait qu'une adaptation à une société elle-même malade ou folle.

Les relations du négatif au positif changent historiquement. Alors que la déraison se définit de la raison comme son envers, que la maladie s'oppose à la santé également comme son envers, la souffrance du symptôme pour la psychanalyse ne s'oppose pas à la normalité, puisque l'aliénation est le sort humain commun, que la normalité est en lien avec la névrose, et que c'est seulement un excès (empêchement à l'amour, au plaisir et au travail) qui fait la différence entre névrose normale et névrose pathologique. La psychiatrie moderne, dans le même sens, mais de façon très différente, installe elle aussi un continuum : c'est le degré du déficit, du handicap, de la perte des capacités d'autonomie, qui fait passer par degrés un comportement du normal au pathologique.

Corriger l'anormal

Corriger l'anormal donne lieu à des types d'actions différentes selon les univers sociaux de référence, qui ne sont pas sans rapport avec les méthodes sociales d'entretien du lien social à une époque donnée. Les comportements et traits négatifs qui ont été désignés, catégorisés et imputés, appellent des actions correctrices de types divers : « réparation » [Hughes, 1996 ; Goffman, 1968], soulagement, atténuation, contrôle, endiguement, canalisation, éradication, purification, exorcisme, punition, souci de soi, connaissance de soi, verbalisation, médication, compensation, expression, travail de deuil (on a vu apparaître en France l'idée que les « victimes » avaient besoin de procès pour pouvoir faire leur travail de deuil), rééducation, réhabilitation...

On peut identifier divers registres de prise en charge de l'étrangeté d'âme, dont les plus anciens et les plus universels sont les registres magiques ou magico-religieux, que reconnaît l'ethnopsychiatrie et sur lesquels elle s'appuie pour soigner. La prise en charge du malheur psychique contribue ainsi à le construire socialement. Il s'agit d'une prise en charge personnelle, domestique, religieuse, magique, sectaire, judiciaire, pénitentiaire, professionnelle (de différents types). Que fait-on aux sujets troublés ? On les conseille (et ce terme est largement ambigu, car resteraient à voir les modalités et moralités du conseil), on les enferme, les entrave, les attache, les isole, on les médicamente, « traditionnellement », homéopathiquement ou allopathiquement, on les console, on devine la source de leurs malheurs, on les écoute ou on ne les écoute pas, on leur parle, on les ausculte, on les touche ou on ne les touche pas, on prescrit, on les occupe, on leur propose des activités artistiques (de plus en plus), etc., on les réinsère. Les techniques de prise en charge sont, selon les civilisations, les époques, les spécialisations professionnelles ou les postures profanes, d'une extrême diversité. Chacune de ces techniques peut s'inscrire dans un régime disciplinaire, un mode de rapport aux savoirs, un mode d'entrée en relation avec les autres et le monde.

Chacune de ces techniques mériterait un examen microsociologique particulier, une *microsociologie de la clinique*. Le conseil, par exemple, va du conseil moral (« allez, faites un effort », « essayez de discuter avec lui ») au *coaching*, qui cherche à repérer les « potentialités d'une personne », en passant par le conseil invisible masqué sous la « neutralité bienveillante » d'un psychologue. Foucault a particulièrement thématiqué la

technique de l'aveu, qui, de la direction de conscience à la psychanalyse, a particulièrement marqué le mode de correction du malheur psychique dans l'espace judéo-chrétien.

Normal et pathologique aujourd'hui : les registres de discours

Dans les sociétés développées, les registres contemporains pour penser le trouble semblent se différencier, pour la majorité de la population, des cadres magiques ou religieux. Ils n'en sont pas moins éclatés quant à leur conception du psychisme et quant à leur image du désordre mental.

Une hypothèse importante pour penser les rapports du normal et du pathologique se réfère à la pensée du dernier Foucault et de son travail sur la « gouvernementalité », comme type de pouvoir moderne. Par gouvernementalité, il faut entendre, suivant Foucault [1994] : l'ensemble des pratiques par lesquelles on peut constituer, définir, organiser, instrumentaliser les stratégies que les individus, dans leur liberté, peuvent avoir les uns à l'égard des autres. Les tactiques qui caractérisent la « gouvernementalité » (de « gouvernement » et « mentalité »), par opposition à la souveraineté et aux disciplines en déclin comme foyer unitaire de l'exercice du pouvoir d'État, opèrent de façon diffuse, répartissent et ordonnent les populations, produisent des sujets, leurs pratiques et leurs croyances. Les objets de pouvoir et le champ du « programmable » en relation avec des objectifs politiques se diversifient. Foucault [2001, p. 656] soutenait que « les problèmes de la gouvernementalité, les techniques de gouvernement sont devenus réellement le seul enjeu politique et le seul espace réel de la lutte et des joutes politiques ». La gestion des populations est l'empreinte par excellence de la gouvernementalité. La « santé mentale », donc, et plus largement les dispositifs de gestion de sujets psychiquement troublés, peuvent être considérés comme des terrains spécialement intéressants, où se révèlent de manière particulièrement lisible les tactiques de gouvernementalité.

Les désignations et le rapport au trouble mental ont des enjeux politiques. L'imputation du suicide pratiquée par le journal du Parti communiste *L'Humanité* n'est pas la même que l'imputation réalisée dans un autre journal. L'imputation est systématiquement plus du côté de la sociogenèse dans *L'Humanité*. Les discours sur le malheur psychique sont ainsi des enjeux collectifs idéologiques, auxquels participent les sociologues et le point de vue sociologique.

Schéma succinct de l'évolution en Occident du régime de désignation et de traitement de l'étranger d'âme

| Période | Désignation | Imputation des anomalies | Traitement réservé par la société |
|---|--|--|--|
| Antiquité grecque classique | Folie, mania. | – Causes surmaternelles (Apollon, Dionysos, Hécate). Les quatre fureurs d'origine divine (Platon, le <i>Phèdre</i>). – Maladie somatique : troubles des humeurs (flegme, bile...) chez Hippocrate. | <i>Mélange de peur et de respect</i> . Certains rôles sociaux définis (Prophétie, Sybille, Pythie). |
| Moyen Âge | <i>Follus, Stultius, Fol</i> , les fous, les idiots. | Possession, péché, punition du Ciel. | <i>Punir, purifier</i> – Gardiennage ou incarcération familiale. Incarcération des frénétiques. – Soins par les herbes. – Pèlerinages, pénitences, exorcismes, prières de saints guérisseurs. – Condamnation à mort, chasse aux sorcières. – Fous de cour et bouffons. Objets de spectacles amusants. |
| Renaissance | Les fous, les idiots, la « folie sacrée ». | Perte du jugement et de la raison. | – <i>Développement de l'errance</i> – <i>Guérir</i> . Apparition d'idées humanistes ; nécessité de l'éducation. Tolérance. – Éloge de la folie (Érasme). |
| À partir de la seconde moitié du XVIII ^e siècle : la folie à l'âge classique | Les insensés. | Peu de spécificité : la figure du désordre et du danger est partagée avec d'autres catégories. | <i>Empêcher de nuire</i> – Début du « grand enfermement » dans l'hôpital général. – Maisons de force, lettres de cachet, dépôts de mendicité. |
| Début XIX ^e siècle : les premiers aliénistes (Pinel, Esquirol), la loi de 1838 | Les fous, les aliénés (l'aliéné a un reste de raison). | Les passions et des causes physiques. | <i>Guérir</i> – Naissance de la psychiatrie. – Hospitalisation dans l'asile. Traitement moral. Resocialisation à la microsociété asilaire. |
| Première partie du XX ^e siècle jusqu'aux années 1960 | Les malades mentaux. | Causes neurophysiologiques : hérédité de la dégénérescence pour l'enfant arriéré et/ou psychodynamiques (inconscientes). | <i>Guérir</i> – Hospitalisation : traitements physiques du cerveau (électrochocs, lobotomies). – Psychanalyse. |
| Seconde partie du XX ^e siècle après l'invention des psychotropes | Les malades mentaux. | Causes neurophysiologiques et/ou psychodynamiques. Développement de l'antialiénisme. | <i>Guérir</i> – Enfermement sous contrainte. – Traitements physiques du cerveau. Médicamentation. – Psychothérapies analytiques. – Psychothérapie institutionnelle. – Développement des traitements ambulatoires. Invention du secteur vers 1960. Modification du droit des incapables majeurs en 1968 et de l'internement en 1990. |
| Fin XX ^e (1990)-début XXI ^e siècle : la « santé mentale », développement des psychotropes | Le handicap psychique, mental, cognitif ; les malades psychiques ; la souffrance psychique ; <i>health disorders</i> ; les usagers de la psychiatrie ; la figure du déficit. | Causes biochimiques, génétiques, héréditaires, psychologiques (cognitives), psychodynamiques, sociales. De manière synchrétique : causes biopsychosociales. | <i>Empêcher de nuire</i> <i>Soulager, compenser, réinsérer, réadapter</i> – Enfermement sous contrainte dans divers lieux. – Traitements physiques du cerveau, pharmacologie, psychothérapies de diverses écoles, traitement éducatif et social ambulatoire visant reconditionnement, réhabilitation et réinsertion. – Nouveaux droits des « usagers ». Tentatives de déstigmatisation. – Explosion du marché « psy » et des médecines parallèles |

Source : d'après, notamment, Postel et Quélet [2004], Gauchet et Swain [2007], Foucault [1961]. Dans ce tableau très synthétique, nous ne traitons pas la question de la segmentation interne du domaine.

Ce sont aussi des enjeux professionnels et de politique publique sectorielle : de quoi doivent ou désirent s'occuper les différentes catégories de psychiatres aujourd'hui ? Quel est leur champ d'intervention ? Qui doit payer et financer quoi ? Le passage de « politique de la psychiatrie » à « politique de la santé mentale » a signifié une extension théorique de leur champ d'action, mais en partage avec les travailleurs sociaux, double mouvement, celui d'extension et celui de partage (ou de retrait), qui est refusé par une partie de la profession. Certains détenus dans les prisons sont-ils d'abord des « délinquants », des « criminels » ou bien d'abord des « psychotiques », des « malades » ? Derrière les désignations se jouent les modalités sociétales des enfermements et du contrôle social. Le *registre sécuritaire* du danger et de la répression s'est déployé de manière insistante. Il domine les représentations concernant les « jeunes des cités » et guide la préparation des « contrats locaux de sécurité ». Il motive les dépistages précoces des troubles du comportement infantin, il justifie les internements prolongés des délinquants sexuels.

À côté de ces registres politique, sécuritaire, à côté du rapport *scientifique, médical* au trouble mental, à côté du registre *psychologique* de l'écoute, le mode *moral* continue d'être prégnant, comme dénonciation de l'insuffisance de l'entreprise de soi, avec des connotations moralisatrices autour de la paresse, de la lâcheté et du manque d'autonomie.

On peut enfin identifier un *registre sanitaire*, devenant peut-être plus légitime, ce qui justifierait l'expression « sanitarisation » concernant la société, et qui n'est pas univoquement de la médicalisation. La perte d'exclusivité du registre médical est d'autant plus nette qu'il ne peut être considéré, par extension, comme un équivalent du registre sanitaire. Si les médecins font en général coïncider la notion de soin avec celle de soin médical, dans le reste de la société, le soin relève aussi du « prendre soin de » ou « avoir soin de soi ». Donner une information, un secours, une écoute compte comme faisant partie du soin. La santé et le bien-être psychiques ne relèvent pas de la seule médecine, mais aussi de l'hygiène de vie, de la relaxation, de la pratique sportive et de la gestion de soi, de l'alimentation, de la qualité de la vie (et donc des fonctionnements sociaux, de la pollution sonore ou atmosphérique, de la qualité de l'environnement et de l'urbanisme), des conditions de vie et de logement. La santé ne s'oppose plus seulement à la maladie, mais, comme l'enregistre la définition de l'OMS, elle s'oppose à l'incapacité, la

dépendance, la souffrance, elle devient un équivalent du sentiment de bien-être.

Le registre *économique* de la compétence et de la flexibilité est enfin mobilisé pour mettre en œuvre la « réinsertion » des malades mentaux chômeurs de longue durée, tout en tenant compte des impératifs du marché. Les conceptions modernes lient fortement, plus qu'avant, la santé mentale et le fonctionnement socioéconomique. « La santé mentale et le bien-être mental sont des conditions fondamentales qui nous permettent d'être des citoyens à la fois créatifs et actifs. La santé mentale, élément essentiel de la cohésion sociale, de la productivité, de la paix et de la stabilité dans le cadre de vie, contribue au développement du capital social et de l'économie dans les sociétés » [Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, 2005]. Cette connexion à l'économique, qui justifie l'insertion de la santé mentale dans la politique de santé publique, est sans doute le changement majeur des trente dernières années concernant la conception des rapports entre normal et pathologique. La conjonction du registre sanitaire et du registre économique tire le trouble du côté du déficit et de l'inaptitude et le soin du côté du devoir.

Vers une « nouvelle économie psychique » ?

On sait, dans la ligne de Foucault notamment, que la fabrication sociétale des personnalités est un processus historique. Les individus sont fabriqués au sein d'espaces sociétaux singularisés par des systèmes spécifiques de socialisation, des univers normatifs, des pratiques de soi, des modes historiques de nouage du sujet et de la vérité. Pour ce qui est de ces modes de nouage, des techniques de soi, Foucault oppose deux grands modes historiques de rapport du sujet à la vérité :

— le souci de soi, la préoccupation de soi (Antiquité socratique et hellénistique), autrement dit l'idée que la conquête d'une vérité passe par la transformation du sujet. La psychanalyse s'inscrit dans cette filiation ;

— le moment cartésien et théologique du sujet moderne, qui est un sujet de connaissance, qui connaît le monde et lui-même sans en être affecté.

Le sujet est construit au croisement d'une part des techniques de soi où il se constitue, se subjective, et d'autre part des techniques de pouvoir et de savoir (domination, techniques

discursives) par lesquelles il est constitué, ces techniques de pouvoir et ces techniques discursives s'incarnant dans des « disciplines », des « dispositifs », des institutions, des énoncés.

Prenons quelques exemples pour rendre les choses plus concrètes. Un exemple de ces techniques de pouvoir et de savoir par lesquelles le sujet est assujéti pourrait être aujourd'hui l'*injonction à être autonome*, qu'a étudiée Ehrenberg, ou l'obligation de la santé et de la bonne forme (« La santé a remplacé le salut », Canguilhem [1966]), ou l'injonction faite aux enfants et adolescents d'avoir un projet professionnel.

Dans des sociétés en voie de développement, plus traditionnelles, la construction des individus, plus faiblement individualisés, peut relever encore d'autres régimes que les deux formes identifiées par Foucault. La parole y est fortement imbriquée dans celle du groupe d'appartenance (familial, clanique, ethnique...), faiblement personnalisée sauf pour ceux à qui leur statut le permet. La société occidentale actuelle se caractérise, elle, par un modèle culturel puissant dans lequel les sujets sont des êtres libres, singuliers, délibérants, autonomes, responsables de leurs malchances, échecs et malheurs, voués à l'entreprise de soi.

*Les « nouveaux symptômes » :
une mouvance intellectuelle transdisciplinaire*

Dans la littérature philosophique, sociologique, psychanalytique, psychiatrique, on trouve depuis plusieurs années une thématique convergente évoquant de « nouveaux symptômes », de « nouvelles pathologies », voire une « nouvelle économie psychique », de « nouvelles subjectivités », de « nouveaux sujets ». Nous considérerons ces termes comme faisant partie de la même constellation notionnelle qui réunit des auteurs comme Gauchet et Dufour en philosophie, Melman et Lebrun pour les psychanalystes (cf. leurs succès de librairie : *L'Homme sans gravité*, *La Nouvelle Économie psychique*), Ehrenberg et Dubet pour les sociologues, et beaucoup d'autres auteurs moins connus. Cette question intéresse bien sûr fondamentalement depuis longtemps les anthropologues : comment penser l'articulation du symptôme et de la culture ? Elle est également importante sur le plan clinique.

Les « nouveaux symptômes » sont caractérisés par leur capacité spécifique de résister comme de la mauvaise herbe, une induration, une capacité à déborder la bonne volonté et l'énergie des

« soignants », parce qu'ils sont connectés à un « malaise dans la civilisation » nouveau, imprévu, éprouvant, celui de la post- ou hypermodernité. L'insistance des textes sur une nouvelle et particulière résistance de ceux-ci ne renverrait-elle à aucune nouveauté particulière et ne serait-elle qu'un geste rhétorique (montrer dans l'espace public l'utilité et la difficulté du travail des thérapeutes ?) Ou bien renverrait-elle effectivement à un moment d'une expérience clinique difficile, due à une conjoncture historique particulière ?

Si l'on en retient globalement ce qui est donné comme « nouvelles pathologies », on trouve une liste assez hétéroclite, chaque auteur y allant de sa pathologie d'élection, dans le style disciplinaire qui lui est propre : dépression, états limites (*borderline* entre névrose et psychose), perversion généralisée, mélancolisation du lien social. Les psychologues universitaires et les psychiatres-psychanalystes universitaires proposent assez systématiquement des parcours de masters de psychologie sur la clinique des nouvelles pathologies : hyperactivité de l'enfant, troubles de la personnalité (personnalités limites, narcissiques, antisociales), troubles alimentaires, recherche de risques extrêmes, addictions de toutes sortes (aux substances, à Internet, au jeu...) sont au programme.

La thématique est également présente chez les philosophes et les sociologues et use plutôt du syntagme « nouveaux processus de subjectivation ». Au-delà des ouvrages les plus connus, dont celui d'Ehrenberg sur la dépression (le remplacement de la névrose par la dépression, la « fatigue d'être soi »), on trouve chez les sociologues de nombreux travaux sur la souffrance psychique, éventuellement spécialisés sur des terrains différents, comme l'école (Dubet), le travail (Dejours, Aubert, de Gaulejac, Loriol), les banlieues (Jamouille), le lien avec la précarité (Joubert). Dans ces différentes disciplines, les malheurs ou souffrances psychiques sont rapportés à la « modernité » (de Singly, Martucelli), à la « modernité avancée », à la « seconde modernité », à la « postmodernité » (Lyotard, Lesourd), à l'« hypermodernité » (de Gaulejac, Aubert, Ascher, Stiegler, Melman, Lebrun), ces différents termes étant parfois des équivalents, parfois des marqueurs de controverses.

Une série de textes, sans s'attacher uniquement aux « nouveaux symptômes » pathologiques, décrit des transformations psychiques globales qui affecteraient aujourd'hui la « normalité », notamment le développement de l'individualisme contemporain. Leur ambition anthropologique est donc

nettement plus grande puisque leur objet est la « subjectivité » commune.

Toujours en traitant ces textes sur les nouveaux symptômes et la nouvelle normalité comme un texte unique — ce qui ne saurait durer —, on repère des thèmes dominants. La figure des nouvelles subjectivités se caractériserait par le *déclin global de l'altérité*, le refus de la différence (de la hiérarchie, de l'hétéronomie, de la dissymétrie, des sexes), le passage d'une économie psychique organisée par le refoulement et la culpabilité à une économie organisée par l'exhibition de la jouissance et les pathologies de l'insuffisance. L'intérêt de cette série d'écrits est de poser l'existence d'un rapport entre le lien social et l'appareil psychique et d'essayer de l'articuler théoriquement. Mais nous allons montrer que cette articulation est contestable. De toute façon, à lire les textes de plus près, l'apparente unanimité sur de nouveaux symptômes psychopathologiques recouvre des divergences profondes.

La querelle des « nouveaux symptômes »

La mouvance intellectuelle des nouvelles pathologies est divisée. On peut identifier trois positions (elles-mêmes subdivisées). Elles ne sont pas dans l'absolu contradictoires et on pourrait être tenté de les combiner, mais, de fait, elles donnent lieu à polémiques.

Première position : la psychologisation et la psychiatrisation du monde social. — Cette position est bien explicitée par le numéro 22 de la revue *Essaim* ou par des auteurs comme Pignarre, Fassin, Mucchielli, Castel.

Pour eux, il ne s'agit que d'*apparents* nouveaux symptômes, en réalité de nouvelles catégories, des spécialisations créées surtout pour le profit de l'industrie pharmaceutique ou de certains professionnels qui y trouvent des créneaux. Les symptômes soi-disant nouveaux seraient le produit d'une médicalisation de l'existence. L'enfant, les précaires, les jeunes des quartiers sont particulièrement visés. Le fait qu'enfants et jeunes résistent à la discipline se révèle intolérable pour l'expertise scolaire, médicale, éducative, qui fait de leurs conduites des troubles à réduire. L'idée d'une nouvelle économie psychique est globalement critiquable ou suspecte.

L'augmentation apparente des troubles psychiques serait due à une psychiatrisation de l'exclusion, à une psychologisation ou

sanitarisation des questions sociales. C'est Castel qui a ouvert ce chantier avec son ouvrage *Le Psychanalyste* [1981]. Le thème s'est élargi avec des auteurs comme Bresson [2006] et Fassin [2004]. La médicalisation et la psychologisation de la souffrance sociale constituent une dénégation de la souffrance d'origine socioéconomique, celle des chômeurs et des précaires, par exemple. Il s'agit d'une double violence symbolique, car la psychologisation d'une part dévalorise les éventuels engagements syndicaux et politiques des personnes en souffrance, ou, à tout le moins, invalide la parole par laquelle elles pourraient référer leur souffrance psychique à des problèmes de société, d'autre part elle les culpabilise individuellement pour leur incapacité à gérer leur vie et leur travail selon les normes.

Deuxième position : les nouveaux symptômes sont de nouvelles demandes. — Ces demandes sont adressées au champ « psy » ou aux généralistes, alors qu'elles s'adressaient auparavant ailleurs (à la religion, par exemple) ou ne s'exprimaient pas, ou pas sous forme « psy ». Elles mettent en cause les soins psychiatriques classiques ou les psychothérapies standard et appellent la création de nouveaux lieux de soins et d'accompagnement adaptés.

Troisième position : il y a vraiment de nouvelles structures, pathologiques ou « normales ». — Des causes sociohistoriques sont à l'origine de l'apparition des nouveaux symptômes. Il faut donc penser l'articulation de la subjectivité et de l'histoire, de la subjectivité et du social et de ses mutations. On va discuter plus précisément cette dernière position, plus ambitieuse sur le plan théorique.

Défaillance ou changement du régime symbolique ?

Cette troisième position est, comme les précédentes, transdisciplinaire, elle concerne des sociologues, des philosophes, des psychanalystes. Elle s'organise autour d'une intuition, celle d'une « défaillance de l'ordre symbolique », d'une « désymbolisation » de la société, d'une « désinstitutionnalisation », avec perte des différences, affaiblissement des valeurs et des repères.

Cela questionne le concept de symbolique. Si l'on suit Marcel Mauss, la fonction symbolique, consubstantielle du social, pourrait recouvrir l'ensemble des institutions qui interdisent et/ou autorisent, sont socialisatrices et/ou répressives, orientent

l'action, lui donnent ses cadres, rendent possible le vivre-ensemble. Le lien social pourrait alors être défini comme la configuration des rapports sociaux dans un ensemble humain sociohistorique donné ainsi que le discours, les représentations qui organisent cette configuration.

Si l'humanité est donc définie par le symbolique au sens maussien, l'idée même d'affaiblissement du symbolique dans une société humaine paraît logiquement contradictoire. Il faut en déduire que, en fait, ce qui est visé dans les textes qui thématisent la nouvelle économie psychique, ce sont, plutôt qu'une désymbolisation, des mutations dans le symbolique et le lien social, mutations qui déplaisent aux auteurs de ces textes. L'ancien lien social suscite leur nostalgie : un monde où, tel qu'ils se le représentent, chacun connaissait sa place, où les trajectoires sociales étaient cadrées, où les dissymétries et les hiérarchies étaient acceptées, où les institutions étaient stables, verticales et cohérentes.

L'hypothèse d'une désinstitutionnalisation de la société mérite également discussion. Il n'est que de regarder la montée des lieux d'enfermement qui se multiplient et se spécialisent (camps de rétention, centres d'éducation fermés, unités pour détenus, unités pour malades difficiles, construction de nouvelles prisons), les normativités insistantes et envahissantes, l'accroissement du contrôle social sur une série d'activités professionnelles par le biais de l'évaluation, pour trouver peu pertinente l'idée d'une désinstitutionnalisation de la société. La règle sociale, tant dans sa dimension de l'orientation de l'action que dans celle de la contrainte, ne s'affaiblit pas. La focalisation de Dubet sur l'école, dont il est un grand spécialiste, le conduit sans doute à glisser du constat d'un incontestable affaiblissement normatif de l'institution école à la thèse de la désinstitutionnalisation de la société. On pourrait plutôt soutenir que la transformation du lien social peut justement s'énoncer en termes de déplacement des centres de gravité institutionnels. Nous assistons au déploiement des institutions du marché et à celles du contrôle de l'agir où la santé publique et la psychiatrie sont impliquées.

En ce qui concerne le changement clinique à expliquer au niveau sociétal, il s'agit essentiellement, d'après les enquêtes épidémiologiques, de l'augmentation de la dépression (cf. chapitre 1 : on ne trouve nulle part dans les enquêtes une explosion des « états limites » ou de « nouvelles pathologies »). Le travail sociologique d'Ehrenberg en fournit une analyse élégante

(sans hypothèse inutile) et difficilement contournable, comme défaillance par rapport à la règle sociale, la valeur centrale de l'autonomie et la norme de performance propre au système économique actuel.

Les travaux de Christophe Dejours, Nicole Aubert et Vincent de Gaulejac insistent eux aussi sur le rôle des transformations de la sphère du travail dans la production de souffrances psychiques de type dépressif.

On voit ici que ce qui, du lien social, se retrouve dans les processus de subjectivation ne saurait se limiter au symbolique ou à l'imaginaire, la réalité des rapports sociaux et économiques est en même temps en jeu. Un des emblèmes pourrait en être les suicides chez Renault et France Télécom, entreprises publiques où le sens du travail était soutenu par l'idéal de service public, vouées tout à coup à la recherche de rentabilité, organisations en proie à de telles transformations et si rapides que les individus les désidéalisent brusquement, sans parachute.

Si on renonce à l'idée d'une défaillance du symbolique, il faut cependant admettre des mutations spécifiques du régime symbolique, modifiant les conditions sociétales du malheur psychique. Certains de ces changements sont les échos de bouleversements anciens et marquent le passage de l'époque prémoderne à l'époque moderne, la rationalisation et le désenchantement du monde de Max Weber, développé par Gauchet. D'autres, pointés par la peu rigoureuse notion d'hypermodernité, sont d'origine plus récente. On remarquera que, en même temps, ils se traduisent dans les processus de subjectivation (et donc la demande d'aide et de soins) et qu'ils influencent le fonctionnement de l'institution psychiatrique elle-même. On retiendra principalement :

— les *modifications des institutions centrales du vivre-ensemble*, avec l'invention de la « démocratie » et de l'égalité des sujets de droit, probablement à la source du besoin de « respect » [Dubet, 2006 ; Honneth, 2000] et des fragilités narcissiques. Les institutions, dont la psychiatrie, doivent aujourd'hui faire avec le sentiment d'égalité dignité qu'ont les citoyens d'un État de droit, et en particulier les usagers et leurs familles. Si les compétences des professionnels restent reconnues, leur domination sans partage sur les profanes est devenue illégitime ;

— les *modifications du langage*. Les échanges humains sont envahis par le langage du contrat (tout peut être idéalement prévu et formalisé) et celui de l'évaluation (« tout est calculable et mesurable ») qui impliquent la commensurabilité universelle

des relations et des conduites, mettent en jeu la comptabilité comme équivalent universel. Ces formalisations panoptiques des relations humaines mettent à rude épreuve les individus quant à leurs performances (aussi bien les sujets en demande de soin que les professionnels) ;

— la *valeur dominante de l'efficacité*. Il faut ici distinguer le scientisme (croyance à la possibilité conquérante et aux bienfaits du savoir) et l'esprit technico-gestionnaire, plus caractéristique du *xx^e* siècle que des *xix^e* et *xx^e* siècles, qui accorde plus de prix à l'efficacité qu'au savoir. Du point de vue de l'efficacité, la science peut être instrumentalisée, truquée ou marchandisée si nécessaire. En tout cas, le savoir est désacralisé, les compétences toujours à prouver, la performance toujours possiblement insuffisante.

Nous avons énoncé ici quelques pistes sur les rapports entre le régime symbolique qui caractérise notre société, les personnalités et les processus psychopathologiques.

La genèse sociale du trouble mental individuel

Si les conditions sociétales particulières favorisent le développement de troubles spécifiques, il reste que les individus en sont inégalement atteints.

Variables sociales et phénomènes psychiques.

Travaux épidémiologiques

Nous ne reviendrons pas sur le lien statistique entre les troubles et la situation socioéconomique, la précarité, la prison (chapitre 1), ainsi que l'impact de la culture (*cf. supra*). D'autres facteurs ont pu être explorés.

Le sexe. La variable sexe joue un rôle majeur dans le trouble mental : plus de tentatives de suicide chez les femmes, mais moins de suicides réussis, plus de dépressions, moins de schizophrénies et de psychoses, plus de troubles alimentaires, moins d'addictions, plus de troubles d'opposition, des conduites et d'hyperactivité chez les garçons que chez les filles, qui connaissent davantage les troubles anxieux. La grossesse et le *post-partum* favorisent les troubles dépressifs et psychotiques. S'il existe des théories biologiques qui tentent d'expliquer certaines différences, il n'existe pas de théorie sociologique rendant compte de leur dimension sociale.

L'âge. C'est aussi une variable sociodémographique centrale, avec la spécificité de la pathologie infantile, enfantine, adolescente ou du vieillissement, mais il est finalement peu systématiquement mesuré par les études épidémiologiques, qui tendent à être cloisonnées par âge et par spécialité médicale.

La situation familiale. Les manques affectifs, la solitude, le manque de confident dans l'entourage favorisent la souffrance psychique. Une étude menée en Roumanie montre que les enfants orphelins placés en foyer ont davantage (+ 21 %) de troubles psychiatriques (anxiété, dépression, problèmes de comportement, hyperactivité, conduites d'opposition...) que ceux du groupe témoin placés en famille d'accueil. Leurs troubles diminuent de moitié ensuite s'ils sont placés en famille d'accueil. La rupture des couples (séparation, divorce, veuvage) est un facteur de risque majeur pour la dépression. Pour les hommes comme pour les femmes, on observe moins d'épisodes dépressifs en couple, davantage pour le célibat et plus encore en cas de rupture. Pour les hommes, le veuvage est l'événement le plus déstabilisant alors que, pour les femmes, c'est la séparation ou le divorce.

Les traumatismes. Le chômage, la précarité, la maladie somatique (par exemple, une affection ORL chronique), le stress, les traumatismes accroissent les risques statistiques de trouble mental. Pour le travail, *cf. infra*.

La religion. Il ne semble pas exister sur les troubles mentaux aujourd'hui de travaux sociologiques équivalents à celui que Durkheim a accompli pour le suicide (démontrant le rôle statistiquement protecteur du catholicisme). Seuls quelques psychanalystes s'intéressent à l'islam.

L'immigration. Les travaux sur les éventuels effets pathogènes de la situation de migration montrent que ceux-ci ne sont pas systématiques, sont très variables selon la situation socioéconomique, les trajectoires et les projets.

Les études sur les facteurs psychosociaux sont le plus souvent soumises à une problématique psychiatrique aussi bien dans leur questionnement (« quels sont les facteurs de risque ? »), leur problématique (qui fait peu intervenir une conceptualisation sociologique), que dans leurs méthodes (quantitatives, avec des variables indépendantes isolées, sans analyse multivariée comme Durkheim avait pu l'initier).

Travaux sociologiques

Les études suivantes, qualitatives, sont plus clairement sociologiques, en ce que leur questionnement et leur objet ne sont pas préconstruits par la psychiatrie, mais par la tradition sociologique, et qu'elles mettent au jour des rapports sociaux.

Ces travaux ne couvrent qu'une partie du champ. Évoquons-en quelques-uns, de manière non exhaustive :

— les travaux déjà anciens des interactionnistes de Chicago sur l'addiction [Becker, 1963] montrent que, pour devenir toxicomane, le consommateur doit se conformer à des normes d'usage, respecter des rituels et être initié par le groupe de pairs. S'adonner à la consommation de drogues constitue une activité sociale intense régie par des règles strictes et soumise à des contraintes et à des apprentissages ;

— la recherche de Darmon [2003] se tient au plus près de l'expérience de jeunes filles anorexiques, de leurs propriétés sociales et culturelles (jeunes filles des classes moyennes), et s'efforce de reconstituer précisément les conduites et les processus qui font que des adolescentes peuvent en venir à être diagnostiquées comme anorexiques ;

— l'ouvrage d'Ehrenberg et Lovell [2001] propose plusieurs monographies, dont celle de Lovell, sur les SDF new-yorkais, et montre que les frontières entre la construction des identités « normales » et « pathologiques » sont très fluides. La construction d'une identité fictionnelle est une ressource utilisée par certains malades, mais également par les autres SDF. Chez les SDF malades, la nature des manifestations pathologiques et leurs formes sont étroitement liées aux données biographiques et culturelles ;

— Lemert [1951] analyse, notamment sur la paranoïa, le rôle des réactions sociales à la déviation comme source de « déviation psychotique secondaire ».

Signalons que quelques témoignages montrent que les organisations de soins et les rapports sociaux entre le malade et son entourage peuvent jouer un rôle causal dans le processus du trouble. Le livre autobiographique de Chauvelot [2004] montre le rôle du milieu hospitalier dans l'apparition ou l'aggravation de troubles psychiques (ici, l'histoire d'une bouffée délirante à la suite d'un banal problème somatique). Des témoignages sur la stigmatisation de la maladie et l'hospitalisation comme causes secondaires de troubles (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie — FNAPSY, Union nationale des amis et

familles de malades psychiques — UNAFAM) qui n'ont pas encore donné lieu à formalisation écrite, pourraient également fournir des matériaux à une analyse sociologique des réactions sociétales au trouble comme source propre de troubles.

La souffrance psychique comme souffrance sociale

Quelques sociologues ainsi que des médecins de santé publique ont contribué à l'émergence de la « souffrance sociale » comme objet sociologique mobilisant les problématiques de l'intégration sociale et de la stratification sociale, mais aussi de l'aliénation au travail (la sociologie du travail, dès ses débuts, a étudié la souffrance au travail).

C'est Bourdieu [1993] qui porte le premier ce thème auprès d'un large public avec *La Misère du monde*. La souffrance (le terme figure sur la couverture du livre) est un objet spécifique pouvant être abordé sociologiquement. Le livre identifie deux formes de souffrances subjectives liées aux conditions sociales d'existence : la « misère de situation » et la « misère de position » (liée au sentiment d'injustice, à la jalousie sociale).

Ensuite, de nombreux travaux (ceux de Dejours, Paugam, Declercq) explorent cette voie. Une formalisation conceptuelle décisive [Renault, 2004] est apportée par l'invention du concept de « souffrance psychique » dans le rapport de Lazarus et Strohl [1995], *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, qui fait le pont entre les formulations sociologiques et les formulations médicales. Cinq années après, un numéro de la revue *Rhizome* [2001] pose la question : « La souffrance psychique : nouveau paradigme ou concept écran ? »

La souffrance psychosociale pourrait être définie comme une souffrance psychique subjectivement ressentie, éventuellement invalidante, et d'origine sociale. Si l'on parcourt les nombreux travaux sociologiques qui se rattachent à cette thématique, voici les causes sociales plus précisément évoquées :

1) la misère de situation, des conditions de privation, d'insécurité, de pauvreté, de précarité, l'absence de conditions de vie décentes, la misère de condition ;

2) la misère de position : les sentiments d'injustice, l'envie, le sentiment de non-reconnaissance, de non-dignité, de non-respect, le sentiment de déclassement, la peur du déclassement, la mobilité sociale familiale descendante ;

3) la violence des rapports sociaux : exploitation, racisme, absence de respect pour le travailleur « Kleenex », harcèlement,

excès de pression à la performance, violence des rapports sociaux de sexe, violence intrafamiliale ;

4) L'effritement des réseaux et supports sociaux : absence des relations humaines qui font que l'on peut se sentir appartenir à l'humanité ou à un groupe humain, isolement, anomie, rupture des civilités, abandon.

Ce que l'on reproche parfois politiquement à la problématique de la souffrance psychique, c'est qu'elle psychologiserait les problèmes sociaux. Ce reproche paraît injuste : la souffrance psychique y est d'emblée définie comme une souffrance d'origine sociale subjectivement ressentie. Elle désigne une pathologie sociale plutôt qu'une pathologie individuelle, de sorte que les réponses qu'elle appelle relèvent non pas de la thérapie individuelle, mais de la transformation des conditions sociales productrices d'injustice et de souffrance.

Exemple de débat étiologique : l'augmentation des dépressions

Pour clore ce chapitre sur les dimensions sociales des troubles mentaux et insister sur la diversité des représentations sociales du trouble, nous avons choisi l'exemple de la dépression. Le nombre de personnes déprimées aurait été multiplié en France par sept entre 1970 et 1996. On pourrait envisager selon certains comptages qu'un quart de la population serait déprimé.

Si des origines biologiques ou génétiques peuvent être données à la dépression, elles expliquent mal l'augmentation constatée de cette maladie (sauf à évoquer des problèmes d'équilibre alimentaire, encore hypothétiques). Sur le terrain des causes de l'augmentation, ce sont donc plutôt jusqu'ici les sociologues qui prennent la parole. Cela donne lieu à débats. Si on met à plat les arguments et thèses et qu'on les classe méthodiquement, on trouve plusieurs grandes entrées explicatives, avec des variantes (encadré).

Ces éléments permettent d'ordonner la pluralité des systèmes explicatifs concurrents et d'en montrer la complexité. L'explication de l'extension de la dépression est un des points de débat importants d'une sociologie du malheur psychique. C'est aussi un enjeu pratique pour les politiques de santé mentale, et notamment de prévention.

Mobilisation des hypothèses sur les causes de l'épidémie de dépression

| Auteurs | Causes de l'extension de la dépression | Cadre théorique et phases analytiques mobilisées |
|--|--|--|
| Charles Melman, Jean-Pierre Lebrun (et de nombreux autres auteurs) | – La défaillance du symbolique. | Explication 1D. La dépression est une mélancolisation ou une pathologie narcissique. |
| Alain Ehrenberg | – Le changement des normes. Idéaux sociaux et norme de l'autonomie, par rapport à laquelle les sujets se retrouvent en état d'insuffisance. – Le mal-être et son corollaire, l'effondrement psychique, pourraient alors constituer le revers sombre de la montée en force de l'individualisme contemporain. | Explications 1A, 1B. Le négatif devient l'insuffisance, la névrose est remplacée par la dépression. |
| Philippe Pignarre | – Les méthodes de validation de l'industrie pharmaceutique. Le marché du médicament. – La médicalisation de la souffrance. – La psychiatrie occidentale, ses catégories, ses instruments standardisés de diagnostic, sa « petite biologie » sans vraie preuve. – Les agressions intentionnelles dans la réalité (ex. : le harcèlement). | <i>(Critique d'Ehrenberg et de toutes les explications holistes par l'impact de changements sociétaux.)</i> Explications 4D, 4B + 2A, 3A. |
| Pierre-Henri Castel | – Reprise d'Ehrenberg : le rôle de l'individualisme et de l'autonomie. – La naturalisation et la biologisation des sentiments sociaux (honte, culpabilité). Ce mouvement se poursuivra par une « démentalisation » de la dépression qui passera de mode pour laisser place au « syndrome de fatigue chronique ». – Les intérêts économiques du complexe médico-industriel et leurs actions dans l'espace public. | <i>(Critique de Pignarre, défense de la biologie psychiatrique en matière de dépression, de la psychanalyse, de la psychiatrie transculturelle et du durkheimisme.)</i> Explications 1A, 2B, 4D |
| Robert Castel | – La désaffiliation, la société excluante. – Le « psychanalisme », la psychiatrisation. | Explications 1C, 2A. |
| Bertrand Ravon | – L'exclusion, la désaffiliation, le « lien social défait », le social « insuffisamment bon » | Explication 1C. |
| Nicole Aubert, Christophe Dejours, Vincent de Gaulejac | – Les effets pathologiques du travail et des rapports de production dans l'hypermodernité | Explications 1B, 3B. Le rôle du néolibéralisme et de certains managements |

Les modes d'explication de l'épidémie de dépression

L'épidémie de dépression est due à...

Explication 1. L'actuelle fabrication sociétale des individus (holisme)

- 1A. Le développement de l'individualisme, la valeur de l'autonomie.
- 1B. Le développement de l'économie néolibérale et le culte de la performance.
- 1C. L'exclusion que la société ferait de certains de ses membres.
- 1D. La défaillance des institutions, l'affaiblissement de l'ordre symbolique.

Explication 2. Le découpage du négatif, le type de rapport normal/pathologique

- 2A. La médicalisation de la souffrance (psychologisation, psychiatrisation...).
- 2B. La dépsychisation de la souffrance.

Explication 3. La fabrication psychosociale de sujets souffrants

- 3A. Le rôle des traumatismes.
- 3B. Le rôle du travail, les ravages du nouveau management.

Explication 4. L'impact des prises en charge et des organisations de soins elles-mêmes

- 4A. Un meilleur diagnostic : il n'y a pas plus de dépressions qu'avant, elles sont seulement mieux diagnostiquées.
- 4B. L'impact des diagnostics : les nouvelles catégorisations, le DSM et ses tests gonflent artificiellement le nombre de dépressions.
- 4C. La diffusion de la culture « psy » et la floraison du marché « psy » (les psychothérapeutes) créent un appel d'air pour tout mal-être.
- 4D. Le marché des antidépresseurs : l'industrie pharmaceutique a besoin de vendre des antidépresseurs ; les visiteurs médicaux et la presse médicale convainquent les généralistes de les prescrire.

Explication 5. Des effets imprévus

- 5A. Les contrôles de l'absentéisme au travail ont favorisé l'épidémie : la loi enjoint aujourd'hui de ne pas être absent plus de trois jours de son lieu de travail sans certificat médical, et cela augmente la consultation pour dépression.
- 5B. L'extension de la demande, jointe au fait que les patients préfèrent s'auto-désigner ou se faire désigner comme « déprimés » parce que cette appellation est commode, peu stigmatisante et peut appeler la compassion, a favorisé l'épidémie.

Conclusion : les troubles mentaux entre souffrance, déficit et déviance

La dimension sociale des anomalies mentales ne saurait pour le sociologue se réduire à celle de ses causes. C'est aussi celle de son sens, autrement dit le rôle social donné aux sujets troublés dans une société donnée et les représentations sociales de l'étrangeté d'âme. Et donc finalement ce que le trouble et son

traitement nous apprennent sur cette société. Ces dimensions sociales peuvent être approchées selon plusieurs points de vue analytiques : la production culturelle des personnalités normales et anormales, la définition sociétale de l'anormal, la négociation macrosociale des catégorisations des troubles et des façons de traiter les sujets troublés, la genèse psychosociale des troubles individuels. Elles ne sont bien sûr pas indépendantes les unes des autres. Il y a en retour un effet dans l'histoire de la place ménagée à l'étrangeté d'âme par la collectivité sur les formes concrètes qu'elle prend : les troubles mentaux contemporains ne se manifestent pas de la même façon que l'idiotie et la folie au Moyen Âge, ni même à l'époque des premiers aliénistes.

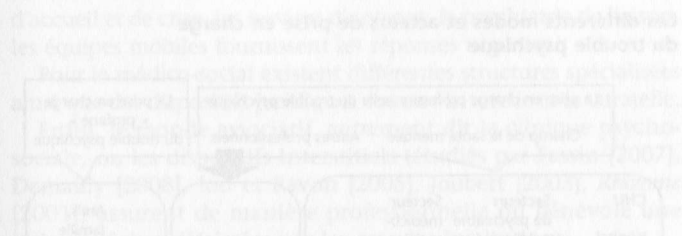
Dans la société française contemporaine, plusieurs figures se partagent les représentations sociales des troubles mentaux, dont le périmètre s'est dilaté. Les trois plus importantes sont celles de la déviance, de la souffrance et du déficit : la *déviance* pour l'addiction, les troubles sexuels, les troubles des conduites, la dangerosité de la psychopathie et de la folie [Roelandt *et al.*, 2000] ; la *souffrance* psychique attachée aux représentations de la dépression, de l'anxiété, des troubles alimentaires, de l'addiction (de nouveau) ; le *déficit* pour la psychose, l'arriération mentale, l'autisme, les démences, les névroses graves, mais aussi la dépression comme malheur incapacitant. Ces figures oscillent entre le stigmate et la peur d'une part, le souci d'inclusion et de compensation d'autre part.

Enfin, une représentation sociale du trouble mental émerge et se fait plus insistante : il amoindrit la productivité des individus, et donc de la société. La santé devient un capital, la garantie d'une performance. Le corrélat de cette représentation est le renforcement d'un *devoir de santé*.

travaillent, modes de soins en charge, en charge de la santé. Il de prendre en compte les besoins des personnes concernées, les besoins des personnes concernées, les besoins des personnes concernées.

Dans la société française contemporaine, plusieurs enjeux se posent. Les personnes souffrantes de troubles mentaux, dont le périmètre est élargi, les troubles mentaux, dont le périmètre est élargi, les troubles mentaux, dont le périmètre est élargi.

Comment faire face à ces troubles mentaux, dont le périmètre est élargi, les troubles mentaux, dont le périmètre est élargi, les troubles mentaux, dont le périmètre est élargi.



III / Quelles aides ? Quelles prises en charge ?

Comment s'occupe-t-on des sujets troublés dans notre société ? Comment devrait-on le faire ? Ces questions divisent fortement les acteurs concernés.

Ce chapitre sera consacré à faire un panorama de ce que rencontre un sujet « troublé » qui cherche de l'aide. Les mots « soin » ou « prise en charge » sont donc à prendre ici de manière large : le soin peut être médical ou non (*cure* ou *care*, « soigner » ou « prendre soin de »), la prise en charge n'est pas que financière, elle signifie « s'occuper de ».

On verra que ces prises en charge connaissent des problèmes d'accès et de continuité et que la question de l'humanisation de ces soins est également posée dans le débat public.

Un marché des soins éclaté et diversifié

Le soin du trouble psychique n'a jamais été du seul ressort de la psychiatrie mais l'est aujourd'hui moins que jamais.

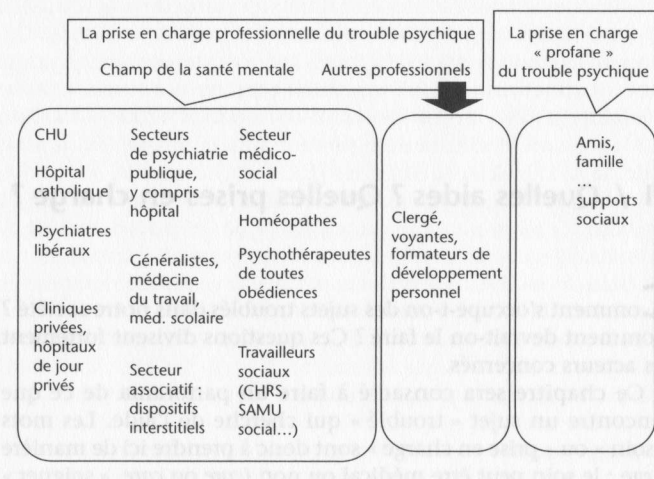
Les lieux de prise en charge

On peut distinguer une prise en charge profane (famille, amis, associations) et une prise en charge professionnelle.

Dans la prise en charge professionnelle, il faut séparer celle qui est considérée comme extérieure au champ de la santé mentale (clergé, guérisseurs, gourous de développement personnel) et celle qui relève de la santé mentale.

Dans la « santé mentale », on trouve le système sanitaire, le secteur médico-social, le secteur social et associatif. Pour le secteur social et médico-social, citons les résidences de vie, les

Les différents modes et acteurs de prise en charge du trouble psychique



services d'accompagnement à la vie sociale, les ateliers protégés et centres d'aide par le travail, les associations tutélaires spécialisées dans la protection des majeurs.

Le cœur du système sanitaire en France est le « secteur psychiatrique » (827 établissements généraux pour adultes, 320 pour la pédopsychiatrie et 26 pour les détenus). Le *secteur*, sous la responsabilité d'un médecin-chef psychiatre, réunit les soins offerts par la psychiatrie en hospitalier et en ambulatoire, sur un territoire d'environ 70 000 habitants. En principe, il assure une certaine continuité de soins et n'est pas hospitalo-centré puisque son pivot est le centre médico-psychologique (CMP), où les soins sont gratuits. Mais il ne faudrait pas oublier l'hospitalisation privée qui réalise jusqu'à 50 % des hospitalisations dans certaines régions (PACA, par exemple), la médecine dite « de ville » : médecine généraliste et psychiatres libéraux et la floraison des « psychothérapeutes » [Champion, 2008].

Le répertoire des alternatives à l'hospitalisation dans les secteurs psychiatriques comprend les centres médico-psychologiques, les centres d'accueil à temps partiel (activités physiques, manuelles et culturelles), les hôpitaux de jour, les familles d'accueil thérapeutique, les appartements thérapeutiques ou associatifs. Les centres

d'accueil et de crise, les services d'urgence, la psychiatrie de liaison, les équipes mobiles fournissent les réponses urgentes.

Pour le médico-social existent différentes structures spécialisées ainsi que des dispositifs juridiques comme la tutelle et la curatelle.

Enfin, le monde associatif, autrement dit la clinique psychosociale, ou les dispositifs interstitiels (étudiés par Fassin [2007], Demailly [2008], Ion et Ravon [2005], Joubert [2003], *Rhizome* [2001]) assurent de manière professionnelle ou bénévole une série de tâches délaissées par les grandes institutions.

L'inégalité d'équipement des territoires est flagrante, en ce qui concerne le nombre de psychiatres publics et privés, les autres personnels soignants, le nombre d'équipements par habitant. Les *secteurs* se distinguent bien par des niveaux de dotation et de recours, de développement des alternatives aux temps pleins (d'hospitalisation) et enfin d'accessibilité radicalement différents (pour une cartographie de la France, cf. Coldefy [2007]). Des zones suréquipées coexistent avec des quasi-déserts.

L'offre de soins

L'offre de soins est globalement diverse. L'encadré ci-dessous donne, à titre d'exemple, une liste détaillée et significative des soins concernant l'autisme.

Globalement, l'offre de soins s'organise en fonction des grandes tendances de la psychiatrie contemporaine et des écoles de psychothérapie, ainsi que des compétences disponibles hors domaine médical. On pourrait tenter le classement suivant.

L'offre liée à la psychanalyse. — Elle soutient l'importance de l'histoire de la personne, l'hypothèse de l'existence de processus psychiques inconscients reliés dynamiquement aux processus conscients, une conception du symptôme comme singulier, mobile, signe à déchiffrer. La technique de l'association libre, la régression psychique induite par le dispositif, le processus de transfert permettent un travail psychique qui favorise l'émergence du sens personnel et historique donné à certains contenus psychiques, et un certain remaniement de la personnalité.

En dehors de la cure type, la psychanalyse a inspiré diverses techniques : le psychodrame, la psychothérapie psychanalytique individuelle ou de groupe, la médecine psychosomatique, la psychothérapie familiale, les groupes Balint, la psychothérapie institutionnelle, les pratiques d'art-thérapie. L'expérience psychanalytique, dans ses différentes formes, n'est possible

Liste de soins concernant l'autisme

I – Programmes globaux d'interventions

- I.1 – Programmes d'interventions à référence comportementale
 - I.1.1 – Introduction
 - I.1.2 – Programme Lovaas
 - I.1.3 – Programme Rutgers/Douglas Developmental Disabilities Center (DDDC)
 - I.1.4 – Programme LEAP
 - I.1.5 – Programme « Earlybird »
 - I.1.6 – Programme Son-Rise
 - I.1.7 – Programme de l'Institut de May
 - I.1.8 – Programme de l'Institut de Princeton
 - I.1.9 – Programme préscolaire de Walden
 - I.1.10 – Programme préscolaire du Centre écossais pour l'autisme
- I.2 – Programmes d'interventions à référence développementale
 - I.2.1 – Programme TEACCH
 - I.2.2 – Programme de Denver
- I.3 – Inclusion en scolarité ordinaire partielle ou totale
- I.4 – Prises en charge institutionnelles à référence psychanalytique
 - I.4.1 – Thérapies institutionnelles
 - I.4.2 – Jardins d'enfants thérapeutiques (JET)
 - I.4.3 – Psychothérapies institutionnelles
- I.5 – Prises en charge intégratives
 - I.5.1 – Prise en charge intégrée
 - I.5.2 – Thérapie d'échange et de développement

II – Interventions focalisées

- II.1 – Interventions focalisées sur le langage et la communication
 - II.1.1 – Communication améliorée et alternative (CAA)
 - II.1.2 – Communication facilitée
 - II.1.3 – Méthode Tomatis

qu'avec un patient qui s'y constitue comme agent de son propre changement.

L'offre comportementaliste. — Elle vise l'amélioration des comportements dysfonctionnels ou mal adaptés par l'observation et la quantification des troubles nés sous l'influence de l'apprentissage ou du conditionnement. Elle est donc fondée sur un contre-conditionnement, un désapprentissage des symptômes et comportements pathologiques. Les indications sont les phobies, les obsessions, les dysfonctionnements sexuels.

L'offre cognitiviste. — La *thérapie cognitive* vise à développer des schémas de pensée positifs, à effacer les croyances inadéquates. Elle est appliquée aux traitements des TOC, du trouble panique

II.2 – Interventions focalisées sur la socialisation

- II.2.1 – Le jeu
- II.2.2 – Floor time
- II.2.3 – Histoires sociales et scénarios sociaux
- II.2.4 – Enseignement médiatisé par les pairs
- II.2.5 – « Child talk »

II.3 – Interventions focalisées sur la sensori-motricité

- II.3.1 – Thérapie de l'intégration sensorielle
- II.3.2 – Ergothérapie
- II.3.3 – Stimulations sensorielles
- II.3.4 – Manipulation sensorielle (Handling)
- II.3.5 – Pressions corporelles
- II.3.6 – Snoezelen
- II.3.7 – Daily life therapy
- II.3.8 – Activité sportive
- II.3.9 – Intervention sensori-motrice (Bullinger)

II.4 – Interventions focalisées sur les comportements problématiques

- II.5 – Psychothérapie d'inspiration analytique

III – Autres interventions

- III.1 – Thérapie corporelle
- III.2 – Holding therapy
- III.3 – Enveloppements humides ou Packs*
- III.4 – Thérapie d'étayage cognitif et affectif (TECA)
- III.5 – Musicothérapie
- III.6 – Pataugeoire
- III.7 – Le conte
- III.8 – Médiation les animaux

* Le Pack est actuellement l'objet d'une polémique (et d'une action judiciaire) entre une association de parents et le Pr Delion qui soutient cette pratique.

Source : Bagdadli, [2007].

et surtout de la dépression. La *remédiation cognitive* vise des processus d'acquisition et d'utilisation des connaissances et des performances dans des situations d'exercice standardisé, en postulant leur transférabilité à la vie quotidienne.

Les soins de psychiatrie biologique. — On peut en donner la genèse suivante. 1938 : début de l'électroconvulsivothérapie (électrochocs) qui va se révéler efficace dans les troubles de l'humeur et les accès délirants ; 1952 : premier neuroleptique ; 1957 : premier antidépresseur ; 1960 : première benzodiazépine (hypnotique et anxiolytique) ; premières théories biochimiques de la maladie dépressive et de la schizophrénie ; 1970 : réintroduction du lithium (maladie bipolaire) ; vingt-cinq dernières années : nouveaux antidépresseurs, nouveaux antipsychotiques,

techniques modernes d'imagerie cérébrale, développement de la résonance magnétique (sur certaines zones du cerveau, pour réduire les hallucinations).

Il faut aussi noter les travaux sur la dimension génétique et/ou héréditaire des troubles, les conditions de vie intra-utérine, les facteurs environnementaux (l'alimentation, par exemple), l'interaction entre les facteurs génétiques héréditaires et l'environnement [Guelfi et Rouillon, 2007].

L'ethnopsychiatrie. — Elle s'appuie sur les croyances propres au groupe d'appartenance culturelle.

Le systémisme (thérapies familiales systémiques). — Le courant anthroposociologique et systémique étudie les distorsions communicationnelles existant dans les familles (doubles liens, injonctions paradoxales, etc.).

En dehors de l'orbite immédiate de la psychiatrie, on trouve :

1) la nébuleuse des psychothérapies relationnelles, avec parfois une dimension comportementaliste (Rogers, *Gestalt*, analyse transactionnelle, programmation neurolinguistique, art-thérapie, groupes d'affirmation de soi...);

2) la nébuleuse des thérapies corporelles (Reiki, kinésiologie, sophrologie, *Rebirth*, relaxation, hypnose, cohérence cardiaque, méditation). À noter que les deux dernières intéressent la psychiatrie biologique et sont actuellement introduites dans les CHU comme objet de recherche ;

3) le vaste domaine de la réhabilitation psychosociale (éducation à l'autonomie dans la quotidienneté — ce qui est différent de la remédiation cognitive) et des actions d'écoute, de soutien et d'accompagnement psychosocial, le travail social *stricto sensu* ;

4) le soutien par les pairs (dont l'archétype est les Alcooliques anonymes) ;

5) l'« intervention psychosociologique » ou « sociologie clinique », « sociologie d'intervention » (Dejours, de Gaulejac, autrefois Dubost, Loureau) : analyse institutionnelle, intervention, supervision et travail thérapeutique individuel et collectif dans des institutions et organisations, favorisant l'expression publique sur les problèmes organisationnels, sociaux ou politiques.

Dans ce marché de soins éclaté, certaines formes de cloisonnement ne sont pas forcément perçues comme négatives. La non-circulation d'informations est liée au secret professionnel auquel tant les professionnels que les usagers sont attachés. Ces

derniers y sont particulièrement sensibles dans le domaine de la santé mentale, que ce soit pour pouvoir juxtaposer plusieurs formes de thérapie ou pour limiter la circulation d'informations qu'ils jugent stigmatisantes.

Il en va de même avec l'offre hétérogène, qui peut être lue positivement comme un gage d'ajustement aux demandes ou respect du désir individuel de soin, les juxtapositions étant souvent à l'initiative des patients. Si l'État n'apprécie pas la multiconsommation, le « tourisme » médical, les usagers peuvent revendiquer leur liberté d'essai de thérapeutiques diverses et, de leur point de vue, complémentaires, et ils redoutent les excès de transparence comme une forme de contrôle.

Un besoin social de coordination des prises en charge

En revanche, depuis longtemps, les associations d'usagers en santé mentale (UNAFAM, FNAPSY) dénoncent le manque de continuité des soins en psychiatrie. À la sortie de l'hôpital psychiatrique, c'est fréquemment le vide en matière de suivi médical et d'accompagnement social. Ce sont les patients ou leurs familles qui doivent trouver l'accompagnement social et il n'y a pas transmission de consignes entre les acteurs du sanitaire et ceux du social. Les associations dénoncent aussi les délais d'attente, les prises en charge très lentes à démarrer.

Les secteurs fonctionnent de façon très diverse [Coldefy, 2007], mais la majorité d'entre eux restent hospitalo-centrés, peu infléchis par le souci de la continuité des soins, l'accompagnement social des sujets en souffrance, la réhabilitation sociale ou la réinsertion professionnelle des malades. D'après Roelandt [2006], seuls 3 % des secteurs psychiatriques satisfont à l'ensemble des critères correspondant aux recommandations de l'OMS en matière de priorité à l'ambulatorio et d'ouverture sur la cité.

La non-coopération entre professionnels se caractérise par l'absence d'œuvre commune entre des acteurs et leur réticence à se rencontrer, que ce soit par isolement, retrait, indifférence, méfiance ou désaccord éthique. La non-coopération peut aboutir à des stratégies thérapeutiques contradictoires, des orientations d'action divergentes. Par exemple, pour un foyer d'hébergement qui appelle un pédopsychiatre en urgence, il apparaît dans la consultation que c'est pour préparer l'orientation (« pour se débarrasser », dit en aparté le médecin) d'une adolescente violente vers une autre institution, alors que le

médecin cherche à éviter l'hospitalisation, maintenir la jeune fille dans son foyer actuel, et estime que les travailleurs sociaux devraient être capables de la contenir et non lui imposer un nouveau changement d'institution.

La non-coordination de l'action (absence d'articulation des rôles dans la division sociale et technique du travail) provoque des ruptures de continuité de soins (entre hôpital et ambulatoire, hôpital et médecine de ville, travail sanitaire et accompagnement social).

L'institution sanitaire a pris conscience de l'insuffisance de coordination, d'une part au sein du *secteur* psychiatrique, d'autre part entre le *secteur* et les autres acteurs dispensant des soins ou de l'accompagnement dans le domaine de la psychiatrie, les élus territoriaux et municipaux et les bailleurs sociaux (notamment pour les questions de logement), l'école (notamment pour le dépistage et la prévention), l'administration pénitentiaire et la justice. Les rapports se sont multipliés proposant diverses modalités de coordination [Piel et Roelandt, 2001 ; Cléry-Melin *et al.*, 2003, parmi une dizaine de titres]. Cette situation n'est pas propre à la France, même si l'Italie, la Norvège et l'Angleterre semblent plus avancées, sous des formes diverses, en matière de coordination de soins. Ceci est encore réaffirmé dans le récent rapport de la commission Couty [2009] : la mise en place des agences régionales de santé (ARS), qui devraient réunir sous une tutelle unique l'hôpital et le secteur médico-social, est une tentative de contraindre, par voie administrative, les acteurs à se coordonner sur les territoires.

Plusieurs innovations tentent effectivement de faire vivre l'idée d'une coordination et d'une continuité des soins : les « guichets uniques » et les réseaux.

Les *dispositifs interstitiels* instituent une coordination de compétences professionnelles et de fonctions sociales différentes dans un même « guichet ». Il s'agit de dispositifs polyvalents du monde associatif, situés à l'intersection des prises en charge sociales et sanitaires, des occupations culturelles, de l'aide juridique et administrative, du lien avec les services sociaux qui assurent, au sein d'une même organisation, une coordination de compétences professionnelles et de fonctions sociales différentes. Les initiatives associatives viennent alors occuper les interstices, les espaces laissés en friche par les politiques publiques. Elles viennent aussi « mettre du liant » dans des situations complexes résultant de défauts de coordination entre les différents modes de prise en charge : sanitaire, social,

Exemples de dispositifs-réseaux

Premier cas : un secteur a pour objectif de se décentraliser dans la ville, hospitaliser le moins possible, travailler avec les associations d'usagers, ne pas utiliser l'isolement et le moins possible la contention, laisser les services ouverts (ce qui implique de déléguer la sécurité à des agents spécialisés si l'hôpital reçoit un détenu), veiller à la continuité des soins et de l'accompagnement social en partenariat avec le secteur social et les élus municipaux, disperser les consultations de centre médico-psychologique dans des lieux urbains divers (mairie, poste, piscine), trouver avec les bailleurs sociaux des solutions pour des « appartements thérapeutiques » en ville, embaucher des « familles d'accueil thérapeutique », développer des activités culturelles mêlant malades et non-malades, développer les visites à domicile et les équipes mobiles intervenant en urgence... telles sont les innovations mises au point par exemple dans le secteur 59G21.

Deuxième cas : un réseau Ville/Hôpital, connectant un secteur, une association déjà ancienne de généralistes qui travaillaient dans le domaine de la toxicomanie, et des libéraux (pharmaciens, infirmières), pratique des interventions autour de « cas » compliqués, ainsi que des formations interprofessionnelles.

Troisième cas : des équipes mobiles de pédopsychiatrie répondent aux demandes urgentes en se déplaçant sur le terrain (services hospitaliers de pédiatrie, centres d'hébergement, écoles, familles).

culturel et juridique. Les professionnels qui y travaillent ne correspondent pas non plus aux définitions établies, se reconnaissant, par exemple, à la fois comme des thérapeutes et comme des travailleurs sociaux.

Les *dispositifs-réseaux* font travailler ensemble des individus appartenant à des organisations différentes. La politique de santé publique voit dans le « réseau » (institutionnalisé) une panacée pour remédier à la désadaptation du système. Le réseau est censé réduire les dépenses par une adéquation fine des lieux et des besoins, par exemple, en ne laissant pas à l'hôpital, qui coûte cher, des malades qui pourraient être ailleurs. Il est aussi censé permettre une continuité des soins et donc une amélioration forte de la qualité de ceux-ci en se centrant autour de la personne de l'usager.

De fait, les dispositifs-réseaux paraissent pouvoir promouvoir une meilleure continuité des soins, une aide aux professionnels en difficulté devant un cas particulier, et une meilleure interconnaissance entre professionnels. Ils présentent néanmoins plusieurs limites. Ils ne semblent pas jusqu'ici permettre la formation et l'accumulation de nouveaux savoirs formalisés, car si les pratiques innovantes donnent lieu en interne à des ajustements pragmatiques divers, en externe à de la promotion et de la

communication, elles ne sont que rarement l'objet de débats collégiaux. Si ces réseaux font lien, parfois, avec les médecins libéraux, ce n'est que peu souvent le cas en revanche avec le tissu associatif et les diverses mouvances psychothérapeutiques. Enfin, ils sont très dépendants de l'engagement personnel de leurs promoteurs, des capacités d'animation d'un entrepreneur moral, de son charisme, militantisme, volontarisme.

Ces expériences, dispositifs interstitiels et dispositifs-réseaux restent minoritaires et la règle semble bien être la non-coordination et la non-coopération du secteur psychiatrique (intra-hospitalier et extra-hospitalier) avec son environnement. Les différents acteurs de l'environnement ne semblent pas non plus prêts à la coordination. La persistance des difficultés fait énigme.

Fonctionnement du marché et obstacles à la coordination

Comment et pourquoi se produisent les problèmes ainsi décrits ? Pourquoi se maintiennent-ils malgré les injonctions répétées à la coopération et à la continuité des prises en charge ? Les obstacles ne semblent pas provenir d'une méconnaissance par chacun du métier des autres, mais plutôt de l'absence de valeurs partagées et d'objectifs communs. Ils naissent aussi dans des conflits d'intérêts concernant la prise en charge des patients, notamment celle de patients dont personne ne veut, pour lesquels l'expression « se passer la patate chaude » est parlante (par exemple, les détenus). On est donc ici dans un cas assez différent de celui de certains réseaux de santé somatique où des compétences déjà historiquement relativement stabilisées et en interreconnaissance doivent seulement s'identifier, s'ajuster, être amenées à travailler ensemble. Ici, les conflits de compétences portent sur la définition même des juridictions de chacun. Plutôt que d'étendre leur territoire, certains peuvent souhaiter en exclure certaines prises en charge.

On peut repérer une série de causes aux difficultés de coordination.

La diversité des modes de rémunération et des temporalités de travail

Les modes de rémunération (à l'acte pour les médecins libéraux, à la mission pour ceux du secteur public, au salaire pour les travailleurs sociaux souvent précaires du monde associatif), l'organisation pratique du temps de travail (sur le modèle artisanal ou sur le

modèle industriel) sont parmi les causes des difficultés de fonctionnement des réseaux formels. Pour les libéraux, payés à l'acte, toute réunion, toute formation non compensée est vécue comme une amputation du revenu. Le réseau ne dispose pas toujours de moyens permettant de rémunérer la venue des médecins libéraux aux interventions et autres réunions, les horaires de réunion entre ces différentes catégories de soignants sont parfois ressentis comme pénibles par l'un ou l'autre.

L'innovation et la coordination comme luxe

On a pu repérer [Demailly, Chéronnet et Mossé, 2009], grâce à l'étude systématique de la territorialisation des soins dans une région française, que plus les secteurs sont pauvres en personnels, moins ils sont innovants en matière de coordination. L'innovation se concentre dans les secteurs bien dotés. Dans les zones de désert médical, pauvres en psychiatres comme en généralistes, handicapées par les postes vacants, les rares psychiatres du public travaillent beaucoup, mais sans avoir le temps de nouer et nourrir des partenariats. Une des difficultés de la coordination, c'est qu'elle fait peut-être économiser du temps de travail et des moyens *ensuite*, une fois qu'elle a atteint sa « vitesse de croisière », mais qu'elle demande, pour être engagée et mise en œuvre dans ses premières phases, des marges de manœuvre temporelles appréciables.

Des cultures professionnelles distantes, des valeurs non partagées

Dans le champ de la prise en charge du trouble mental, les cultures professionnelles sont nettement caractérisées et distantes, ce qui entrave le désir de coopérer entre ceux qui devraient devenir des partenaires. On peut avoir peur d'être contaminé par le métier de l'autre, par le type de relations qu'il noue avec les destinataires de l'action (trop « éducative », trop « sociale », trop « médicale », trop « normative », etc.).

Mais ce sont aussi, à l'intérieur même des groupes professionnels, les conflits idéologiques, les suspicions (de collusion avec l'industrie pharmaceutique, d'ambition personnelle par exemple, chez les psychiatres) qui compliquent les prises d'initiative. Les éthiques professionnelles entre groupes et à l'intérieur des groupes sont fortement distantes, autour de trois questions clés :

— la *question du rapport à la « demande »* : faut-il qu'il existe une demande (de psychothérapie, de soins) pour qu'un travail

thérapeutique et un travail d'accompagnement social soient possibles ? À l'inverse, peut-il exister une « clinique de la non-demande » ? On pourrait concevoir que l'offre rende possible la demande, la non-demande ne renvoyant alors qu'à une offre inadaptée ;

— les *référentiels de politique publique* concernant le virage ambulatoire : l'hôpital psychiatrique ne doit plus être « asilaire » (tout le monde est d'accord, au moins en paroles). Mais doit-il être réduit au strict minimum ? voire carrément supprimé, dispersé en petits équipements dans la cité ? Ou a-t-on supprimé trop de lits ? Les hospitalisations sont trop courtes et les malades renvoyés trop vite « à la rue », disent des travailleurs sociaux et certains psychiatres ;

— les *référentiels thérapeutiques éclatés* : depuis le relatif déclin des références psychanalytiques comme langue interprofessionnelle, il n'existe plus de socle partagé de croyances, de catégories cognitives et d'éthique entre acteurs du champ (notamment entre psychiatres, psychologues et éducateurs spécialisés). Le DSM-IV et la psychologie réadaptative et comportementaliste peinent à assurer cette fonction, même s'ils sont soutenus par l'administration et les associations d'usagers (parents d'autistes par exemple, UNAFAM). La psychiatrie biologique (imagerie médicale, résonance magnétique) n'a pas non plus fait d'avancées scientifiques majeures (depuis l'invention des neuroleptiques) et la recherche pharmacologique a une légitimité incertaine, les enjeux financiers lourds entraînant une défiance légitime (cf. la rectification récente de données sur les antidépresseurs, la défiance par rapport au travail des médecins américains qui préparèrent le DSM-V).

La diversité des positions inter- et intraprofessionnelles rend très aléatoire (voire peu probable) la rencontre, sur un territoire donné, de personnes susceptibles de construire des objectifs communs ou de rallier un projet commun. D'ailleurs, les innovations, quand elles se développent, entraînent de fait le départ de personnels demandant leur mutation : c'est le passage obligé pour homogénéiser quelque peu sur un territoire donné les perspectives éthico-politiques des acteurs.

Une régulation de type marché

Les discontinuités, la mauvaise accessibilité comme les redondances relèvent des effets pervers d'une coordination globale de type marché, voyant chaque professionnel et chaque organisation,

avec sa propre culture, plus ou moins tolérante, ses goûts et ses compétences, se créer sa « niche » d'intervention. Le champ de la prise en charge du trouble psychique présente une juxtaposition d'offres en face d'une juxtaposition de demandes (avec juste un sous-domaine administré, le *secteur*).

Cette régulation de « type marché » est traditionnellement consensuelle parce qu'elle assure une offre diversifiée. Certains patients ne peuvent y trouver des offres correspondant à leurs besoins, notamment sur certains territoires. Néanmoins, en matière de prise en charge et de prévention du trouble psychique, il n'existe pas de grand service public unifié de santé mentale (et protection sociale), tel que voudrait le créer la commission Couty, mais un marché économique et symbolique d'offre de prises en charge. La clientèle de chaque professionnel et de chaque organisation est produite en partie par les choix des patients, également par les règles administratives (délimitations de *secteurs*, procédures de l'hospitalisation sans consentement, nombre de lits), mais aussi par les stratégies des professionnels et des organisations, œuvrant pour se constituer un certain créneau ou une « niche ». Sans même recourir à l'exclusion délibérée de certains patients, le simple mécanisme des listes d'attente en centre médico-pédagogique et en libéral (trois mois dans certaines régions), le manque de places ainsi que les conduites cliniques des praticiens aboutissent à l'apparition de ces « niches ». Généralement, les professionnels retiennent de préférence la clientèle adaptée à leur métier ou du moins à l'image qu'ils s'en font. Les critères de solvabilité, enfin, sous des formes diverses par rapport à chaque modalité de prise en charge financière, sont valables pour tous. Pour les cliniques à but lucratif, une clientèle bien définie, solvable et à l'état de santé améliorable (non chronique) est préférable.

Le rôle des usagers dans ce marché

Les usagers, comme sujets sociaux, jouent un rôle dans le fonctionnement du marché.

Les membres des classes moyennes et supérieures expriment plus et plus vite leurs demandes d'aide. Les membres des classes populaires et en particulier issus de l'immigration manifestent leurs réticences ou même leur refus d'aller voir un psychiatre au motif que « le psychiatre, c'est pour les fous ». La différence des niveaux de vie et des attentes des destinataires est par ailleurs largement intériorisée et anticipée aussi par les médecins

généralistes dans leurs adressages. Les préférences réelles ou supposées des patients « qui ont les moyens » en matière de confort hôtelier justifient de proposer prioritairement une orientation vers le « privé » ou le « public ». La riche et rentable floraison des cliniques privées psychiatriques à but lucratif s'appuie sur les inégalités de revenus.

Les usagers « poussent » souvent à la délivrance de médicaments. L'ancienne défiance à l'égard de la « camisole chimique », si elle n'a pas totalement disparu, semble peu à peu s'atténuer. Les antidépresseurs, délivrés par des médecins généralistes, se présentent comme un produit particulièrement attractif pour son rapport efficacité/prix : son coût est faible, le temps pour les démarches est réduit, et sa bonne acceptation sociale rend quasiment nul le stigmate qui reste attaché à d'autres formes de prise en charge.

Enfin, les « consommateurs de soin » tendent à vouloir rester entre eux. Depuis longtemps, les malades dépressifs se plaignaient d'être mélangés en hôpital psychiatrique (HP) avec des malades schizophrènes, les adolescents avec les adultes, mais on voit aussi maintenant des malades schizophrènes qui souhaitent ne pas être mélangés avec des dépressifs. La demande des usagers converge avec les soucis de rentabilité et conduit ainsi à une multiplication des filières spécialisées par âge et par pathologie.

La stigmatisation de certaines catégories d'usagers

Dans la construction des clientèles, la psychose relève d'un statut à part. Elle n'est pas spécialement stigmatisée par les professionnels et certains psychiatres reconnaissent même parfois leur préférence pour cette pathologie. Mais c'est dans la société en général que la stigmatisation est forte. La peur de la folie chez les usagers, donc de ceux qui s'en occupent (les psychiatres, « médecins pour les fous ») et du lieu où l'on enferme de force les « fous », est instrumentalisée par tous les professionnels (autres que les psychiatres publics hospitaliers). De ce fait, généralistes, psychothérapeutes, psychiatres libéraux, cliniques privées à but lucratif luttent peu contre la stigmatisation et la relative fermeture de l'hôpital psychiatrique sur lui-même. Car là réside d'ailleurs aussi une justification de leurs « niches » : éviter l'hôpital au patient qui ne se sent pas « fou », assurer un hébergement de qualité au patient qui en a les moyens financiers. L'hôpital psychiatrique sert de repoussoir commode.

L'hospitalisation en milieu psychiatrique

« Les malades potentiellement dangereux doivent être soumis à une surveillance particulière afin d'empêcher un éventuel passage à l'acte. Et vous savez fort bien, mieux que moi, que des patients dont l'état s'est stabilisé pendant un certain temps peuvent soudainement devenir dangereux. »

Source : discours de M. le président de la République concernant l'obligation de soins et l'hospitalisation sous contrainte, Antony, 2 décembre 2008.

Les détenus malades aussi sont une catégorie très stigmatisée, et ce d'autant plus dans un climat politique sécuritaire. Alors qu'un grand nombre de détenus qui ont un besoin urgent de soins sont en fait suicidaires, l'image véhiculée par le pouvoir, les médias et le sens commun veut qu'ils soient dangereux pour autrui.

De fait, ils sont la « patate chaude » ou le « valet de pique » du système, ceux qu'on « refile » aux autres. La mise en place des UHSA (unités d'hospitalisation spécialement aménagées pour malades incarcérés) en est révélatrice : dans une région française, quasiment tous les médecins-chefs de *secteur* (sauf deux médecins-chefs signataires de la pétition nationale contre la création des UHSA, sur environ quatre-vingts) sont favorables à l'ouverture d'une UHSA dans la région. Mais aucun ne veut l'UHSA sur le territoire de son *secteur*. Aucun maire n'en veut sur sa commune et il a fallu toutes les capacités de négociation de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) pour en décider un.

Les « trous » dans la prise en charge

Finalement, la faiblesse de la coordination et de la coopération ne pose pas seulement des problèmes de continuité des prises en charge, mais aussi des problèmes d'accès aux soins. En dépit de la diversité des soins offerts, la répartition des clientèles entre dispositifs révèle des « trous », correspondant à quelques catégories de patients dont personne ne veut vraiment ou qui ne trouvent pas suffisamment de places adaptées à leurs besoins par manque d'équipements : les jeunes (notamment les adolescents violents en déshérence scolaire ou suicidaires), les personnes âgées, les pauvres, les sans-domicile fixe, les immigrés, les toxicomanes. L'« agité » violent, le « cas social », le « suicidaire », le « chronique » se retrouvent plutôt à l'hôpital public, avec la réserve que celui-ci aussi essaie de les déplacer vers le médico-social, car les alternatives

à l'hospitalisation dans le *secteur* sont souvent insuffisantes et certains établissements relevant du service public refusent d'hospitaliser les adolescents ayant déjà fait une tentative de suicide. Pour l'addiction et les tentatives de suicide, notamment avec récédive, les individus concernés sont souvent obligés de se replier sur des supports sociaux « profanes », la famille élargie par exemple ou les associations d'entraide.

La violence des institutions psychiatriques et sa contestation institutionnelle

Le mot « institution » est pertinent pour parler de la psychiatrie, car il renvoie à l'existence, à côté de la famille, de l'école, de l'université, des lieux de travail, d'instances spécifiques de canalisation de la déviance, qui incitent par voies diverses certains groupes d'êtres humains à adopter des comportements et modes de vie compatibles avec les normes dominantes. Dans le cas de la psychiatrie, cette *compatibilité* est obtenue en grande partie par *ségrégation* (la psychiatrie « communautaire » étant minoritaire) et, le cas échéant, par la contrainte. La psychiatrie appartient au type des institutions ségrégatives où se manifeste, dans l'hospitalisation sous contrainte, la possibilité du pouvoir absolu d'hommes sur d'autres hommes, au nom du bien commun et de leur bien. Sa violence est donc en principe légitime, et ce de façon double, dans la conjonction de l'ordre médical et de l'ordre public.

Les contestations de cette violence sont anciennes en France, de la part d'intellectuels comme Castel ou Donzelot dans les années 1970 ou de soignants [Gentis, 1970], mais aussi d'élus, et elles se poursuivent aujourd'hui [Coupechoux, 2006]. Quatre points sont dénoncés : les mauvais traitements, la chronicisation des maladies (le fait qu'elles s'installent définitivement), la stigmatisation et l'exclusion sociale des malades, l'enfermement sans consentement (HDT, hospitalisation à la demande d'un tiers, et HO, hospitalisation d'office).

Castel parlait en 1971 des locaux vétustes et laids, de la rigidité militaire du règlement, du croupissement dans l'oisiveté et l'ennui propre à l'HP. Et Philippe Clément, infirmier psychiatrique, écrit en 2007 : « On assiste au retour triomphant des *électrochocs* de grand-papa, rebaptisés du nom plus savant et sérieux d'"électroconvulsivothérapie" et pratiqués avec renfort d'anesthésistes et de réanimateurs... C'est aussi, en parallèle, le retour de l'enfermement en série, systématique, à l'intérieur même des

Échec ou indifférence de l'école, de la famille, du travail social et du juge des enfants et recours à la pédopsychiatrie

Jeune fille, 14 ans, de la ville de C, hospitalisée en pédiatrie à R. pour une tentative de suicide. Elle est vue par l'équipe mobile de pédopsychiatrie. Elle est seule à cette consultation, sans parent ni travailleur social présent. Il apparaît que c'est la troisième tentative de suicide en peu de temps, mais les deux précédentes, « c'était plus pour faire réagir les personnes » (sa mère). Elle a déjà fugué (plusieurs fugues de quelques jours, avec des copains habituels) et pris de l'ecstasy. Elle est placée à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) depuis un an, à C. Depuis quelques mois (elle est en troisième), elle sèche l'école. L'ASE décide un transfert à M., à 100 km de C. Elle n'était pas d'accord pour changer de structure. Son petit ami l'a quittée parce que M. est trop loin de C. et qu'ils ne vont plus se voir. Elle fait sa tentative de suicide le lendemain de la rupture et le surlendemain de son transfert à M. La consultation pédopsychiatrique l'amène à accepter, au moins provisoirement, sa situation et à apprendre la docilité.

lieux d'enfermement. Les nouveaux services ne sont pas dotés, comme c'était le cas à l'HP, d'une chambre d'*isolement*, mais d'au moins deux, voire trois. La coercition, les privations de liberté vont bon train. Les *sangles de contention* physique ont retrouvé leurs lettres de noblesse. Depuis 1990, date d'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les modalités d'hospitalisation psychiatrique, le nombre de placements sous la contrainte a connu une poussée de 80 %, tandis que l'on nous sert des laïus sur l'importance d'une recherche du consentement des personnes. »

En ce qui concerne l'hospitalisation sous contrainte, alors que, depuis 1970, la mise en place de la politique de *secteur* avait permis de faire chuter considérablement le nombre des internements sans consentement, la tendance s'est inversée à partir de 1992. Les protestations et l'intervention du Conseil d'État sur l'HDT ont entraîné une baisse de celle-ci depuis 2003, montrant rétrospectivement l'utilisation de la psychiatrie à des fins répressives face aux problèmes sociaux comme l'alcoolisme, la drogue ou la délinquance. Mais le nombre d'HO est remonté, tout particulièrement à Paris.

Sur les premiers points, mauvais traitements, chronicisation et stigmatisation, les résistances des patients et les innovations de certains soignants ont permis d'obtenir des améliorations significatives. Les résistances peuvent aussi en obtenir sur l'hospitalisation sans consentement, mais il existe une limite, une violence liée aux fonctions sociales que remplit l'instance

psychiatrique dans la société moderne, qu'on a identifiée comme désignation et contention de l'anormal, la psychiatrie ne fait là que traduire et instrumentaliser une violence sociétale. Elle assure aussi le recyclage des échecs d'autres institutions. De ce fait, c'est la médecine mentale qui se trouve en charge de normer les conduites et devient une institution centrale du contrôle de l'agir.

Les résistances à la violence institutionnelle proviennent non seulement des patients (cf. *infra*, chapitre IV), mais aussi des institutions elles-mêmes, soit de certains segments des institutions psychiatriques, soit d'institutions externes. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous avons cherché à classer ces interventions selon leur type d'acteurs, leur forme d'action et leur efficacité sociale.

Dénonciations, protestations, pétitions

Les psychiatres forment un groupe professionnel profondément divisé, mais qui a l'habitude du débat public et a aussi cette particularité de penser que l'on ne peut se mobiliser sur le soin sans se mobiliser sur ce qui l'entoure, c'est-à-dire la société.

Des lieux de débats intellectuels et de diffusion de textes et d'idées se développent aux confins de plusieurs disciplines. Par exemple, la revue *Rhizome*, qui voit travailler ensemble des sociologues et des psychiatres, est en pointe dans la lutte contre l'exclusion des malades. Plusieurs collectifs, notamment syndicaux (l'Union syndicale de la psychiatrie, la fédération SUD Santé Sociaux), jouent un rôle important de contestation.

Plusieurs pétitions — « Non à la destruction de la psychiatrie publique et de *secteur* », « Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans » (encadré), « Sauvons la clinique », « Nous refusons la politique de la peur », « La nuit sécuritaire », « Non à la perpétuité sur ordonnance », « Pétition contre les UHSA » —, qui ont connu un certain succès sur Internet, ont permis de réaliser des alliances entre psychiatres, intellectuels, enseignants, travailleurs sociaux, psychologues, psychanalystes, infirmiers, usagers.

Il a eu un réel succès pratique, puisque le gouvernement a ensuite (en 2006) annoncé le retrait de l'article sur le dépistage précoce du projet de loi Prévention de la délinquance et a renoncé à l'idée d'un carnet de comportement dès la maternelle. Mais l'effet des autres pétitions sur la violence institutionnelle est resté faible, car l'adversaire des militants est directement le

« Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans »

« Le gouvernement prépare actuellement un plan de prévention de la délinquance qui prône notamment une détection très précoce des "troubles comportementaux" chez l'enfant, censés annoncer un parcours vers la délinquance. Dans ce contexte, la récente expertise de l'INSERM, qui préconise le dépistage du "trouble des conduites" chez l'enfant dès le plus jeune âge, prend un relief tout particulier. [...] Pour exemple sont évoqués à propos de jeunes enfants des "traits de caractère tels que la froideur affective, la tendance à la manipulation, le cynisme" et la notion d'"héritabilité (génétique) du trouble des conduites". Le rapport insiste sur le dépistage à trente-six mois des signes suivants : "indocilité, hétéro-agressivité, faible contrôle émotionnel,

impulsivité, indice de moralité bas", etc. Faudra-t-il aller dénicher à la crèche les voleurs de cubes ou les babilleurs mythomanes ? [...] L'expertise de l'INSERM, en médicalisant à l'extrême des phénomènes d'ordre éducatif, psychologique et social, entretient la confusion entre malaise social et souffrance psychique, voire maladie héréditaire. En stigmatisant comme pathologique toute manifestation vive d'opposition inhérente au développement psychique de l'enfant, en isolant les symptômes de leur signification dans le parcours de chacun, en les considérant comme facteurs prédictifs de délinquance, l'abandon du développement singulier de l'être humain est nié et la pensée soignante robotisée. »

Source : extrait de la pétition lancée par le collectif « Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans », 29 janvier 2006.

pouvoir politique, qui dispose d'une majorité parlementaire confortable pour développer son arsenal juridique sécuritaire aux confins du psychiatrique et du pénal (notamment autour de la délinquance sexuelle), et qui a donc contraint la psychiatrie à redéployer son rôle répressif et ségrégatif.

Condammations juridiques, éthiques, formelles : le rôle grandissant du droit

Des instances indépendantes, et notamment à compétences juridiques, interviennent dans le champ de la psychiatrie et l'empêchent de fonctionner en vase clos.

La Cour européenne des droits de l'homme reconnaît notamment le droit de l'interné de poser un recours. Elle a plusieurs fois condamné la France pour violation des articles 2 (droits à la vie) et 3 (interdiction des traitements inhumains ou dégradants), par exemple dans l'arrêt du 19 mai 2004 : « Violation de l'article 5 § 1 de la Convention en raison du maintien, sans justification médicale, d'une personne pendant 6 h 30 à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris. » Au-delà des

Mémorandum de Thomas Hammarberg

« Enfin, concernant la prise en charge psychiatrique des délinquants sexuels, la législation semble s'orienter vers les impératifs de sécurité pour prévenir les récidives, plus que sur les soins à apporter à ces personnes durant leur détention. Quelques établissements, comme la prison de Melun, se distinguent par la création de parcours de soins thérapeutiques pour les délinquants sexuels, mais ils constituent des exceptions non encore accessibles à l'ensemble des détenus qui devraient en bénéficier. Le Commissaire invite les autorités françaises à développer de telles pratiques et à permettre aux détenus nécessitant une prise en charge particulière d'en bénéficier. »

Le Comité consultatif national d'éthique saisi en juillet 2005 par Autistes sans frontières épingle la France sur la situation « dramatique » des personnes autistes et leur entourage. Il n'hésite pas à parler de « maltraitance ».

On pourrait aussi mentionner le rôle du Comité des droits de l'enfant des Nations unies (qui s'inquiète des prescriptions de Ritaline®), du Comité européen droit, éthique et psychiatrie.

Source : Mémorandum de Thomas Hammarberg, Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, faisant suite à sa visite en France du 21 au 23 mai 2008.

affaires individuelles, certains aspects de l'actuelle politique française sont visés (encadré).

Le rôle du droit devient important pour délégitimer globalement la violence institutionnelle dans un secteur qui apparaît du coup comme de « non-droit ».

Normalisation des pratiques

La normalisation des pratiques s'attache essentiellement à la question des mauvais traitements. La Haute Autorité de santé a tenté ainsi de rationaliser les pratiques de « contention » et d'« isolement » en diffusant des codes de « bonnes pratiques », la régulation des pratiques en amont permettant d'éviter les sanctions juridiques. Cela s'inscrit dans un mouvement symboliquement significatif : les pratiques psychiatriques ne sont plus secrètes, opaques, privées, soumises aux orientations toutes-puissantes du médecin-chef de *secteur*, elles peuvent être évaluées sur leur qualité et leur conformité à des normes, et — plus largement, avec la multiplication des rapports auprès de l'Assemblée nationale — leurs normes techniques peuvent être légitimement discutées par les représentants de la nation.

Cette intervention a eu sans doute son utilité pour modifier les services d'hospitalisation les plus violents en codifiant les

pratiques d'isolement et de contention, mais elle a déstabilisé parmi les psychiatres ceux qui essayaient dans leur *secteur* de les bannir complètement et de persuader leurs confrères d'en faire autant. Paradoxalement, l'HAS est venue relégitimer ces pratiques.

Conclusion : la nécessaire et difficile évaluation des prises en charge

Au niveau des soins et aides proposés aux individus en difficulté psychique, le tableau est clair : la psychiatrie, partagée entre des éthiques divergentes, est en crise, la « santé mentale » en tant que composante de la santé publique n'est pas (encore ?) effective, le paysage des soins est complexe et peu lisible, les dispositifs sont en quantité insuffisante, inégalement répartis sur le territoire, la continuité des prises en charge est souvent défaillante, la maltraitance n'est pas éradiquée, la qualité des soins est incertaine.

L'évaluation des diverses pratiques de prise en charge serait utile. De nombreuses connaissances apparaissent manquantes, qui seraient pourtant nécessaires.

L'évaluation est un art difficile. Beaucoup de professionnels la redoutent et/ou la jugent impossible et déplacée, alors même que son expérience peut se révéler positive. Un grand nombre de celles qui sont réalisées le sont de fait avec des méthodes qui paraissent peu rigoureuses, notamment les synthèses opérant sur plusieurs recherches quantitatives aux dispositifs méthodologiques hétérogènes, sans croisement avec des approches qualitatives. D'autre part, elles sont souvent bureaucratiques, descendantes, peu participatives, elles évoquent le contrôle plutôt que le souci de réflexivité, et renforcent la méfiance des professionnels. Or on sait [Demailly, 2008] qu'une évaluation socialement efficace combine les démarches quantitatives et qualitatives, les études de résultats et les études de processus, et qu'elle intéresse les professionnels, les fait participer à la construction des outils et à la définition des objectifs de l'évaluation, afin de parvenir à des énoncés partagés. L'évaluation INSERM des psychothérapies, les remous qu'elle a suscités, montrent qu'on est encore fort loin d'avoir construit ce type de pratiques.

Le lancement d'une recherche sur l'autisme (observation)

Lors du lancement d'une recherche sur le nombre d'autistes et leur devenir (où sont ils ? Comment vont-ils ?) dans la région, choses totalement inconnues, les pilotes du projet de recherche prennent conscience que certains confrères refuseront de répondre aux questions pour ne pas assener des diagnostics dont eux-mêmes ne sont pas assurés. Le projet se heurte à la grande variabilité des méthodes de diagnostic. La discussion soulève aussi le problème de la montée en flèche du nombre d'autistes dans les statistiques nationales depuis plusieurs années et la suspicion est jetée sur les systèmes de classification et leur caractère très relatif. Le débat aboutit à décider de faire d'abord une enquête sur les méthodes de diagnostic utilisées dans la région et qui sont en fait non connues au sein du milieu professionnel et de repousser à plus tard

l'enquête pourtant nécessaire sur le devenir des enfants autistes, dont ces praticiens n'ont aucune idée, non plus que l'administration régionale. L'idée de mener une comparaison des chiffres obtenus par les pédopsychiatres et de chiffres qu'on pourrait obtenir en faisant passer aux enfants susceptibles d'être autistes un examen standardisé est vivement refusée. Cependant, le sentiment qu'il doit peut-être exister une meilleure méthode de diagnostic que les autres et qu'on ne peut laisser totale liberté à chaque professionnel commence à se légitimer.

Cette discussion illustre bien l'ampleur des connaissances manquantes et la difficulté à construire une réflexivité collective, malgré la bonne volonté des acteurs à l'initiative du projet.

Source : observation réalisée par l'auteur à la Fédération de recherche en santé mentale, conseil scientifique, 2008.

IV / Les trajectoires de soin

Dans ce chapitre, nous voudrions présenter le trouble mental selon une approche de type compréhensif, au plus près des histoires de vie des patients et de leurs proches ainsi que de leurs interactions avec les professionnels. La littérature professionnelle est importante sur le vécu de certains soins, de certaines pratiques (par exemple, le vécu de la mise à l'isolement). Sur l'analyse psychologique de cas cliniques, les récits autobiographiques fournissent un matériel intéressant pour les cliniciens (cf. Chamak [2005a] sur les récits biographiques d'autistes). Plusieurs travaux sociologiques abordent le vécu du trouble mental (par exemple Velpry [2008] sur la psychose) ou le vécu des familles, leurs souffrances [Bungener, 1995], la culpabilité toujours possible, la quête du diagnostic [Revue française des affaires sociales, 2009], leurs inventions dans leur rôle d'accompagnants.

Nous avons choisi de proposer deux éclairages. Pour approcher les interactions médecins/patients ou médecins/patients/famille, nous nous centrerons sur un moment particulièrement important et significatif des trajectoires de soin, celui du « diagnostic ». Puis, en nous appuyant sur les travaux de C. Herzlich et sur des enquêtes personnelles, nous proposerons une typologie de postures des individus troublés par rapport à la santé, au trouble mental et au système de soins. Nous ne disposons pas de données aussi systématiques pour proposer une typologie des postures des familles.

La production du « diagnostic » et les interactions patient/professionnel/famille

Le « diagnostic » (l'espoir du diagnostic, la peur du diagnostic, sa communication) est un moment important et complexe de l'interaction entre un sujet « troublé » et les professionnels susceptibles d'en opérer une prise en charge.

La pratique peu normalisée du « diagnostic » psychiatrique

Le diagnostic psychiatrique occupe une place très variable dans la pratique des professionnels. Il peut être central ou totalement absent, en passant par des positions intermédiaires. À un pôle, la psychiatrie dite « de recours » fournit des expertises pour aider d'autres soignants à concevoir leurs prises en charge. L'activité de diagnostic occupe alors un temps de travail important, qui en vient même à prendre la place du soin (pour peu que des tâches de management d'équipes s'y ajoutent). C'est le cas dans les CHU, mais aussi pour les psychiatres dans certains centres médico-psychologiques. Ils affinent les diagnostics des médecins généralistes (avant souvent de leur renvoyer leurs patients pour les suivis médicamenteux) ou décident du contenu de la délégation à d'autres professionnels de l'équipe (psychologues, infirmiers).

À l'autre extrémité du spectre, la pratique diagnostique est refusée. C'est le cas chez bon nombre de psychiatres libéraux et, plus globalement, chez les soignants de tradition psychanalytique quel que soit le cadre d'exercice. Les pratiques de diagnostic et les pratiques afférentes d'expertise et de réorientation sont décriées, avec l'affirmation de l'activité thérapeutique comme étant le cœur du métier et le refus d'une posture « médicale ».

Entre ces deux extrêmes, la pratique de l'énoncé d'un jugement sur l'état du malade apparaît au sociologue comme à la fois régulière et mineure, elle consiste à faire des « états des lieux » fort éloignés de l'exercice du jugement médical, plus proche d'un moment objectivant, voire simplement réflexif, dans une relation humaine. Poser une étiquette n'est selon ces psychiatres vraiment pas l'essentiel du travail thérapeutique, qui peut et doit être mis en route après « repérage », mais sans diagnostic médical initial.

Certains affirment qu'il faut du temps, parfois beaucoup de temps pour faire cet état des lieux, car c'est dans le développement

de la relation soignant/soigné que le diagnostic peut être formulé, qu'il est susceptible de bouger en même temps que la thérapie, et que c'est très souvent la réaction du sujet au processus thérapeutique tenté qui peut conduire au diagnostic. D'autres estiment que leur expérience (médicale et humaine) leur permet de faire un état des lieux dès le premier entretien. D'autres encore tiennent régulièrement compte du point de vue des infirmiers qui ont vu le malade. Les professionnels de la psychiatrie infanto-juvénile sont les plus systématiquement réticents à la formulation rapide de diagnostics, d'une part par principe, parce qu'ils tiennent à considérer leur patient comme un être en devenir, et le trouble comme plastique et réversible, d'autre part par prudence. On retrouve ce point de vue défendu dans la littérature académique psychiatrique. Allione [2008] dit, à propos d'un enfant catégorisé autiste : « Deux ans plus tard, il est bien présent, entretient des relations aussi bien avec les autres enfants qu'avec les adultes sur un mode de plus en plus ordinaire. Pour nous, cet enfant n'est plus autiste. L'a-t-il jamais été ? » Tomkiewicz [2004] donne plusieurs exemples d'erreurs de diagnostic : « J'ai souvent remarqué que certains patients présentent des symptômes qui pourraient faire suspecter une schizophrénie, alors que, au bout de quelque temps, on constate que leur pathologie ne relève que d'une névrose obsessionnelle sévère. »

L'usage pratique dominant est donc celui d'une première catégorisation floue et hypothétique, formulée sur la base de l'intuition et de l'expérience, qui peut être ultérieurement précisable, et de toute façon non essentielle pour le soin.

Du côté des familles et des malades, l'attente du diagnostic est souvent angoissée et l'exigence d'un diagnostic précis est souvent forte.

Accepter progressivement le diagnostic

L'analyse d'entretiens menés avec des familles d'enfants et d'adolescents met en évidence la place des négociations autour de la désignation [Brown, 1995]. Il s'agit du moment où le patient ou son entourage interprète la rencontre avec les professionnels du champ de la santé mentale comme justifiée par l'existence d'un trouble psychique objectif. Ce moment n'est pas forcément unique, le diagnostic s'inscrit dans une chaîne d'interactions et dans une dynamique de l'étiquetage, au sens où l'emploie Becker [1963] et Goffman [1968]. Les adultes, les adolescents éprouvant un malheur psychique, les parents dont

l'enfant présente des comportements qui s'écartent de la norme, doivent identifier cette souffrance, quitte à nommer le trouble d'abord avec un vocabulaire profane, puis s'engager dans une carrière de « sujet troublé », dont le trouble est susceptible d'une aide et d'une prise en charge professionnelle.

L'entourage (ou le sujet lui-même) peut résister à la désignation, par exemple en focalisant toute son attention sur un problème somatique de l'enfant, car l'activité de repérage et de désignation des professionnels rencontre les représentations sociales associées à la peur de la « folie », du handicap, du déficit, du mot « mental », bref du stigmaté et de la honte sociale qui l'accompagne. L'étude de Younes, Sarfati *et al.* [2002] a montré que la communication du diagnostic est plutôt « moyenne » en psychiatrie, que le médecin ne dit pas tout, et que tout ce qu'il dit (ce qu'il pense avoir dit) n'est pas forcément compris. Les médecins sont effectivement conscients de tenir compte des réactions du patient en formulant le diagnostic. C'est donc, de leur point de vue, principalement au niveau de la communication qu'il y a négociation. L'intuition du médecin peut par exemple jouer en faveur de la banalisation. Des médecins généralistes relativisent ou euphémisent les problèmes pour lesquels des personnes consultent alors ils pensent que la franchise n'est pas souhaitable. Les généralistes savent que, selon ce qu'ils disent, ils s'exposent à perdre des patients qui vont aller voir ailleurs pour entendre ce qu'ils souhaitent entendre. Un psychiatre remarque que le diagnostic de dépression est plus facile à présenter que celui de psychose, moins traumatisant, moins stigmatisant, et si cette euphémisation est proposée par le patient, il l'accepte.

En somme, l'idée d'une information claire et honnête du patient, quand le professionnel fait un diagnostic et en est assuré, se heurte au problème de la stigmatisation du trouble psychique et aussi des effets négatifs possibles de l'information sur le moral du patient. Il faut un processus d'apprentissage par lequel la désignation est acceptée et la stigmatisation progressivement gérée.

Arracher le diagnostic

Certains parents ont bien remarqué que « quelque chose ne va pas », que leur enfant « a un problème ». Ils recherchent activement le diagnostic des professionnels en santé mentale, mais ils ne l'obtiennent pas forcément. Ils peuvent se heurter à une

Arracher le diagnostic

Sylvie et Alain emmènent leur enfant au centre médico-psychologique (CMP) car il est très solitaire en classe de maternelle. Ils rencontrent un pédopsychiatre, mais ils en ont vite « assez des rendez-vous où ils entendent toujours la même chose ». Au bout d'un an, ils « mettent les points sur les i » pour obtenir une orientation vers un hôpital de jour.

Kerry cherche à faire reconnaître l'autisme de son fils et « fait alliance » avec le psychologue du CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) pour obtenir une place en hôpital de jour, alors que le pédiatre de l'hôpital n'envisageait pas cette orientation : « Et c'est le psychologue qui a trouvé la place à A., où il est. Pour Monsieur X (pédiatre de l'hôpital), il était hors de question que mon fils aille dans un truc spécialisé. Vous voyez un peu le genre ! Alors, je me suis battu. À 3 ans, il a commencé à aller au centre V. au mois de septembre et, en un mois, il a su marcher. »

Pour Lalie, le parcours est long. À 2 ans, son fils ne parle pas. Les parents voient un médecin en Bretagne, puis le médecin de famille les dirige vers un ORL qui ne peut déceler le problème et les oriente vers l'hôpital. Les contacts avec le pédiatre du CAMPS se passent mal et les parents se

tourment vers le CMP « pour qu'enfin le problème de leur enfant soit pris en compte ».

Armelle se heurte au pédiatre. « Le pédiatre me disait : "Il est fainéant." Parce qu'il a marché à 16 mois. Il ne parle pas. Et puis, moi, je voyais bien qu'il dormait toujours. Et puis j'ai remarqué des fois qu'il se balançait toujours. Tout ce qu'ils ont su me dire là-bas c'était qu'il était fainéant [...]. Je vais vous donner un exemple, vous allez comprendre toute de suite (va chercher le carnet de santé). Comment cela se passait une visite médicale chez le médecin pédiatre de la clinique ? Voilà : examen du quatrième mois, tout est coché, aucun problème (long trait sur une vingtaine d'items), c'est fait, c'est rempli. Et voilà, 16 mois, pareil. On marque sa taille et son poids et c'est fini. Autre exemple : examens du neuvième mois pour la Sécurité sociale. Se tient-il assis ? Oui. Marche-t-il ? Oui. Alors que rien de tout ça. Et il a fait un grand trait dans tous les oui. Il m'a même dit : "Ne vous inquiétez pas, à la Sécurité sociale, ils vont être contents, ne vous embêtez pas." » Elle cherche seule un pédopsychiatre après avoir regardé une émission « grand public » sur l'autisme. Elle lui explique les efforts qu'elle a fait pour entrer en contact avec son fils. Elle décrit les symptômes et elle désigne elle-même le trouble, l'autisme.

« banalisation du trouble », entre autres de la part de certains pédiatres (on se souviendra ici de la prudence des professionnels quant à la formulation du diagnostic, notamment pour éviter les effets d'étiquetage et de blocage des interactions mère/enfant). Faire reconnaître le trouble devient alors un enjeu important pour que l'enfant bénéficie, le plus tôt possible, d'une prise en charge adaptée, notamment éducative, mais également pour faire entrer le trouble dans une catégorie administrative qui ouvrira des droits spécifiques aux enjeux financiers et statutaires importants.

Refuser le diagnostic

Mère de Clara : « Au départ j'allais à la PMI [Protection maternelle et infantile] tous les lundis et il y a l'éducatrice qui trouvait Clara fort agitée et bon, pour moi, c'est mon bébé, elle bouge, tant mieux... Et, en fait, elle a décelé, par le biais du médecin traitant, que Clara était "hyperactive". Donc j'ai fait faire des examens et tout ça. Il y a le pédopsychiatre de l'hôpital B. qui m'a dit qu'elle n'avait rien, que c'était une petite fille très active, mais pas hyperactive [...]. Il l'a quand même fait suivre et pour finir elle a été suivie à l'EPSM [Établissement public de santé mentale] et c'est là avec le docteur Y qu'ils ont décidé de la mettre en hôpital de jour. Pour moi, elle était très tonique, c'est sûr, comme moi d'ailleurs, j'ai toujours été speed-speed. Mais, moi, j'étais active comme ça et je n'ai pas été suivie comme ça. Moi, le premier jour de maternelle, je suis montée en haut d'un sapin, on m'a demandé de descendre doucement, j'ai sauté. Il

faudrait aussi écouter les parents, parce que les enfants ne sont peut-être pas malades ou hyperactifs. Ils ont peut-être juste de l'énergie à revendre, c'est tout. »

Ventiane n'est d'accord ni avec le pédiatre qui banalise un problème de prononciation ni avec l'orthophoniste qui, à l'inverse, le dramatise. Le pédiatre ne s'inquiète pas outre mesure de ce problème, mais oriente quand même la mère vers un orthophoniste parce qu'elle insiste et pour qu'elle soit rassurée. C'est l'inverse qui se produit. « Je vais à ce rendez-vous, et j'étais très choquée parce que là, d'après l'orthophoniste, l'enfant était très en retard niveau vocabulaire, la prononciation c'était très très grave. Je lui demande des exemples et elle me dit : "Bah oui, mais il ne connaît pas le mot 'gomme'." Je lui dis : "C'est normal, il est en maternelle, il n'emploie pas ce matériel tous les jours." Et elle me dit aussi qu'il ne fait pas la différence entre un évier et un lavabo, je dis : "C'est normal, à la maison, il n'y a qu'un évier." [...] Je suis sortie complètement choquée. »

Refuser le diagnostic

Certaines familles à l'inverse résistent à une catégorisation qu'elles ressentent comme une imposition normative, un jugement sur leur mode de vie, ou une incompréhension de ce qu'est un enfant.

Coconstruire le diagnostic

Certains parents, surtout les mères, construisent une expertise profane. Elles acquièrent des capacités d'observation sur le développement de leur enfant, elles apprennent à comprendre le langage médical, à comparer les discours qui leur sont tenus, à chercher les informations nécessaires pour faire valoir leur point de vue quant à une orientation de leur enfant. Elles peuvent ainsi, pour certaines d'entre elles, dans la souffrance liée à la

maladie d'un de leurs proches, contribuer à la coconstruction du diagnostic et à la prise en charge thérapeutique [Escaig, 2004].

Cinq manières de faire avec le trouble

Claudine Herzlich [1969] a montré que les représentations profanes de la santé et de la maladie (en général) relèvent d'un large éventail de conceptions subjectives, dans lesquelles elle opère un classement tripartite : 1) la santé comme vide, est définie négativement par l'absence de maladie. Le corps n'est pas malade si rien ne vient troubler son fonctionnement habituel ; 2) la santé comme réservoir, le « capital santé », est appréhendé en fonction de la résistance de l'individu à la maladie, à la fatigue et aux influences extérieures ; 3) la santé comme équilibrée, en référence à une expérience autonome personnelle, une réelle quête de soi et recherche permanente d'un bien-être. Elle décrit aussi trois types de représentations sociales de la maladie : la maladie « destructrice », qui se caractérise par l'abandon du rôle et l'exclusion sociale ; la maladie « libératrice », qui est vécue comme repos et rupture éventuelle avec les contraintes sociales, ouvrant de nouvelles possibilités de vie et de liberté pour l'individu (par exemple, activités intellectuelles accrues) ; la maladie « métier », qui implique une lutte active contre la maladie et l'angoisse, mais passe aussi par l'acceptation de la maladie et la mise en place d'un processus de guérison relevant d'un échange et d'une coopération avec le corps médical.

En ce qui concerne les troubles mentaux, en nous inspirant de ce travail, nous risquerons une typologie personnelle, chacun des cinq types proposés résumant une situation, une posture, une *manière de faire avec le trouble mental*. Nous avons cherché à agglomérer le vécu du trouble, le rapport à celui-ci, à la santé, aux soins et un certain usage du système de soins. Cette typologie n'est en rien une énième catégorisation pathologique, les « cas lourds » pouvant par exemple se rencontrer dans chacun des types. La démarche étant ici idéal-typique, on peut envisager que, dans sa trajectoire, un individu passe d'une posture à l'autre.

La maladie métier

Il s'agit là d'accepter pour soi-même ou pour son enfant un statut de « malade mental », de « malade psychiatrique »,

d'« handicapé psychique », en concordance avec le diagnostic médical formulé par la psychiatrie hospitalière publique, de lutter contre la maladie et en même temps de la vivre dans les meilleures conditions possibles, en l'acceptant.

On est là dans la « maladie métier ». Les instances administratives (Sécurité sociale, rectorat, COTOREP, tutelle, curatelle) sont bien connues des sujets, qui y voient à la fois des ressources et des contraintes. La reconnaissance par la Sécurité sociale d'un degré de prise en charge vient confirmer qu'il s'agit d'une maladie « reconnue ».

La présentation de soi en réunion publique peut s'accompagner de l'étiquette assumée : « X », « bipolaire », « Y », « schizophrène ». Les lieux associatifs (lieux d'activités culturelles, d'entraide, groupes d'entraide mutuelle, associations de malades) sont un support social privilégié, où l'identité de malade est aussi assumée et les relations avec les soignants font l'objet d'une vigilance avertie.

Le médicament est omniprésent comme préoccupation quotidienne. Il est, de fait, une voie privilégiée du traitement médical de la maladie mentale et le moyen de ne pas rester interné.

La lutte pour l'autonomie connaît des hauts et des bas, mais reste une orientation de fond, un espoir qui guide la conduite. La famille est elle aussi mobilisée dans un « métier ».

La maladie euphémisée

Malgré la gravité affirmée par les professionnels de leurs symptômes psychopathologiques, certains malades tentent d'échapper à l'hôpital psychiatrique et à la psychiatrie publique. La clinique privée, de « repos », a une autre image, beaucoup moins stigmatisée et stigmatisante. La « dépression » sert d'étiquette sociale passe-partout permettant d'en éviter d'autres. La position consiste à reconnaître un malaise, voire un trouble psychopathologique, en récusant les images et l'expression « maladie mentale », en évitant l'hospitalisation dans un établissement psychiatrique public (ou en la dissimulant si elle n'a pu être évitée), en cherchant d'autres formes de soutien institutionnel. La famille est en général en accord avec ce type de démarche.

Le trouble et les soins refusés

On retrouve dans ce type de posture les personnes en hospitalisation sous contrainte avec contestation de diagnostic (éventuellement en conflit avec le milieu familial ou la justice), toutes les situations de difficulté de collaboration avec les soignants (la « non-compliance »). Mais aussi le refus d'entrer dans un processus de soin : blocage dans la relation avec les psychologues « qui font la morale » ou les psychiatres, avec leurs questions « toujours les mêmes » qui « n'apportent rien ». Dénigrement aussi de l'hospitalisation subie « qui n'apporte rien ». Ces non-usagers affirment ici fortement leur autonomie et leurs ressources d'autosoin par rapport aux malaises ou aux « pétages de plombs » qu'ils ont connus. Le vocabulaire pour nommer le trouble est résolument profane. La maladie est refusée, car elle serait vécue comme « destructrice » et excluante, dangereuse pour le lien au groupe d'appartenance, dangereuse pour l'image sociale. L'entourage peut protéger ce point de vue en minimisant systématiquement les comportements « anormaux » [Jamouille, 2002] ou, au contraire, passer à la contrainte (hospitalisation à la demande d'un tiers).

La maladie sens

Il s'agit ici de se revendiquer comme « malade », éventuellement en tension avec des membres de la famille qui, du point de vue du sujet, ne veulent pas comprendre que la personne est « vraiment malade », alors qu'ils devraient prendre des précautions, faire attention. L'adhésion au qualificatif de « malade » est ici proche de la maladie « libératrice » qui fait échapper au sort commun, à une situation bloquée et sans créativité, à l'ennui, à des difficultés relationnelles graves dans le monde privé ou dans le monde du travail. Il s'agit d'une protestation, puisque le sujet désigne la dissonance qui résonne en lui, la réalité qui l'a fait tomber malade : agression par un tiers, traumatisme, stress, méchanceté d'un chef harcelant, d'un adolescent toxico-mane, d'un proche en désamour, sentiment d'abandon. La « maladie », dans ses aspects biochimiques ou génétiques, permet aussi d'esquiver la culpabilité, la responsabilité de la situation.

La plainte (auprès du généraliste le plus souvent, qui fait un réadressage en cas de gestes graves et répétés d'autoagression ou de conduites très désadaptées) permet d'obtenir la pause de

l'arrêt de travail, bouffée d'oxygène, les psychotropes utiles, la certification qu'on est bien malade ; voire qu'on est handicapé et que c'est la maladie, installée, qui explique la détresse.

Le monde du travail sur soi

Il s'agit de reconnaître une souffrance ou d'admettre un « mal-être », désignés par autrui, de rechercher un soutien, mais tout en prenant ses distances avec les formes de désignation médicale classiques, la prise en charge psychiatrique, voire par un psychologue (les psychiatres sont jugés trop normatifs). Il s'agit d'éviter un triple stigmat, celui de la psychiatrie, celui de la faiblesse du « laisser-aller » ou du « trop s'écouter » parfois associés à tout ce qui touche au mal-être psychique, et enfin celui de la mauvaise vie aux limites de l'illégalité. Ces personnes réussissent à éviter l'hospitalisation, sauf en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Elles fréquentent un peu les CMP, mais surtout les psychiatres du privé, les psychothérapeutes de diverses obédiences, tentent aussi les différents lieux de développement personnel (Reiki, kinésiologie, art-thérapie, hypnose, *Rebirth*) et les dispositifs interstitiels. Elles vont d'institution en institution, d'association en association ou de professionnel en professionnel, brouillant les pistes de la désignation comme sujet « allant mal » et celle du diagnostic ; évitant autant que possible toute prise en charge exclusive par un équipement de la psychiatrie publique. Les usagers de ce type sont souvent des multiconsommateurs : un tel consulte addictologue et médecin chinois, tel autre (en congé longue maladie) va voir un psychiatre comportementaliste en ville et suit en même temps une psychothérapie relationnelle dans une association. Une autre, bipolaire, juxtapose une médication et un suivi à l'hôpital public et une psychanalyse en cabinet privé. Ces usagers rejettent explicitement le statut de malade mental ou psychique, même s'ils admettent un problème d'ordre personnel, parfois euphémisé, pour lequel ils reconnaissent avoir besoin d'aide, de soins et parfois d'une médication constante. Ils ont décidé d'entrer dans le souci de soi pour montrer à eux-mêmes et aux proches qu'ils sont désireux et capables d'aller mieux, même s'il existe aussi des causes externes ou biologiques à leur malheur. La santé est un « équilibre », dont le retour exige un travail.

Conclusion : quête de l'autonomie, lutte contre la stigmatisation

Les usagers comme le grand public absorbent le vocabulaire psy, mais à leur manière. Il serait injuste de déduire de cette utilisation qu'ils occupent une position dominée. Car il s'agit bien d'une appropriation. C'est certainement au niveau de leur parole, quand ils trouvent des lieux d'écoute professionnels ou profanes (notamment le sociologue, perçu en entretien d'enquête comme beaucoup moins dangereux que le psychiatre), qu'ils se révèlent les plus propres à construire une autonomie de pensée, qu'ils explicitent le mieux leurs « techniques de soi » [Foucault, 1994], leur manière de « faire avec » les symptômes et les handicaps, alors que par ailleurs leurs pratiques sont parfois contraintes par les institutions.

Dans leurs interactions avec les soignants, le fossé est parfois particulièrement grand entre approches savantes et approches profanes, avec de nombreux malentendus sur les situations d'examen et d'entretien (par exemple sur les « questions »). Les décalages, souvent peu perçus par les professionnels, entre les représentations des profanes et celles des professionnels, sont d'ailleurs une limite à l'acceptabilité des soins, à la compliance, à la bonne observance des traitements médicamenteux. Car ces décalages de représentation ne sont parfois même pas connus par les professionnels, donc pas pris en compte.

Dans les cinq postures que nous avons dégagées, les stratégies et les identités des individus troublés sont vraiment différentes, les tactiques emploient des formes diverses, adaptées à la situation de la personne et à ses ressources physiques, morales, culturelles, affectives, cognitives, financières. Mais deux constantes sont communes aux cinq postures : la lutte pour l'autonomie, la lutte contre la stigmatisation. Sans doute ces cinq stratégies sont-elles plus ou moins adroites, plus ou moins pertinentes, et les ressources des individus, leurs situations ne leur permettent-elles pas toujours une action efficace pour l'autonomie et contre la stigmatisation. Mais ces manières de faire avec le trouble témoignent toutes de formes d'énergie, de mobilisation et d'invention.

La culture de la santé mentale est en constante évolution. Elle est le fruit de la rencontre entre des savoirs et des pratiques, des valeurs et des croyances, des idées et des actions. Elle est le résultat d'un processus continu de construction et de reconstruction. Elle est le produit d'un dialogue entre des acteurs et des actrices, entre des institutions et des individus, entre des savoirs et des pratiques. Elle est le fruit d'un processus continu de construction et de reconstruction. Elle est le produit d'un dialogue entre des acteurs et des actrices, entre des institutions et des individus, entre des savoirs et des pratiques.

La culture de la santé mentale est en constante évolution. Elle est le fruit de la rencontre entre des savoirs et des pratiques, des valeurs et des croyances, des idées et des actions. Elle est le résultat d'un processus continu de construction et de reconstruction. Elle est le produit d'un dialogue entre des acteurs et des actrices, entre des institutions et des individus, entre des savoirs et des pratiques.

V / Les perspectives actuelles

Des organisations de soins en changement

Les soins en santé mentale ont connu depuis quelques années en France plusieurs changements institutionnels :

- la création des ARS (agences régionales de santé) en 2009 ;
- la création de la catégorie administrative « handicapé psychique » en 2007, sous l'influence notamment de l'UNAFAM, qui permet aux « malades mentaux » de recevoir une allocation en raison de leurs handicaps ;
- la création et le soutien financier des GEM (groupes d'entraide mutuelle) en 2007 (20 millions d'euros pour deux cents à trois cents structures) : groupes composés en général d'« handicapés psychiques », souvent psychotiques stabilisés par les médicaments ou dépressifs, se réunissant hors présence de soignants.

On peut dégager quelques grands axes de changement : une nouvelle territorialisation, l'émergence des « usagers » comme acteurs essentiels du champ, la montée des préoccupations gestionnaires, le déclin corrélatif de la recherche clinique. Nous concluons sur les tensions qui parcourent ces changements de l'organisation des soins.

Vers une nouvelle territorialisation des prises en charge en santé mentale ?

Le processus de reterritorialisation qui affecte actuellement l'organisation des soins de santé mentale en France présente des aspects complexes, ambigus, encore incertains. On peut risquer à son propos l'hypothèse d'une montée de la régulation

étatique, certes dans un cadre de décentralisation et de déconcentration, mais l'administration régionale des ARS se pose comme agent régulateur majeur, à côté des agents privés qui offrent des biens et des services sur le marché des soins, et l'hypothèse corrélative d'un déclin de la régulation professionnelle (le déclin du pouvoir médical, en somme, que certains citoyens ou médecins appellent et que d'autres déplorent).

Une première territorialisation s'était déployée après guerre, autour de la figure du « *secteur* psychiatrique », idéal porté par des psychiatres proches de la Résistance et du Parti communiste, humanistes et désaliénistes, mis en forme administrative par plusieurs lois des années 1960 à 1990. La Sécurité sociale (système de protection sociale) était alors prise en charge par les partenaires sociaux (patrons et salariés). La plupart des psychiatres ainsi que des associations d'usagers comme l'UNAFAM restaient attachés au *secteur*, car la taille « humaine » garantit une assez bonne interconnaissance des soignants, des soignés et de leur famille, une certaine continuité des soins, des possibilités d'ouverture sur la cité. Dans l'idéal, par exemple pour un patient schizophrène, le *secteur* prend en charge les soins psychiatriques et vérifie leur observance (notamment la prise régulière des médicaments), mais se soucie aussi de la personne, de son hébergement, de son travail, de ses occupations de temps libre, de la qualité de sa vie quotidienne, des soins somatiques nécessaires. Mais, de fait, la pratique des *secteurs* s'est révélée fort hétérogène sur le territoire français et parfois décevante par rapport aux idéaux [Roelandt, 2006] : pratique clinique pas si désaliéniste que ça, hospitalo-centrisme récurrent, difficulté à nouer avec les partenaires du social et les élus locaux un vrai travail en réseau. En somme, d'une certaine façon, le *secteur* restait à (re)faire.

La nouvelle territorialisation, ébauchée avec les agences régionales d'hospitalisation et précisée par le projet d'agences régionales de santé, propose un paysage sensiblement différent, avec en toile de fond une étatisation de la Sécurité sociale (alimentée et renflouée par des impôts et des taxes divers, et échappant de plus en plus au contrôle des partenaires sociaux, patronat et salariés). Les ARS font converger en un même point, en organisations relativement lourdes (environ cinq cents employés), les expertises des services déconcentrés de l'État jusque-là émiettés, mais aussi les puissants médecins conseillers de la Sécurité sociale. Elles sont censées réguler non seulement les services

psychiatriques, mais aussi le privé associatif du médico-social, la médecine libérale de ville, et mobiliser les élus locaux.

La logique est alors celle d'un aménagement du territoire, sur un ensemble vaste (4 millions d'habitants ou plus), lui-même découpé en sous-régions, les territoires de santé d'environ 300 000 habitants, sur la base d'une expertise forte en épidémiologie pour identifier les besoins en capacité d'évaluation. Le *secteur* n'y est plus qu'une survivance. L'offre de soins est pensée de plus en plus de manière intersectorielle, mobile, voire hiérarchisée. La gestion de la santé mentale est attirée par le modèle du territoire en MCO (médecine chirurgie obstétrique) : en haut de la pyramide, la médecine de recours, au CHU, pour les cas difficiles, puis le niveau II pour les cas spécialisés et le niveau III pour les cas du tout-venant. Si ce modèle de territorialisation était appliqué jusqu'au bout, il viendrait fortement contredire la politique de santé mentale telle que ses promoteurs militants l'ont historiquement portée : politique de proximité, de présence dans la ville (voire, dans les quartiers, demande l'association « Élus, santé publique & territoires »), de polyvalence d'action du réseau local de soignants et d'accompagnants.

Par ailleurs, les ARH entreprennent discrètement de lutter contre l'hétérogénéité des *secteurs* (par exemple, obliger les *secteurs* trop exclusivement marqués par la psychanalyse à offrir davantage de rééducation comportementaliste) et donc limiter l'autonomie médicale (sur ce point en accord avec l'UNAFAM).

En somme, la première territorialisation avait correspondu à un rôle de l'État fort discret en matière de santé mentale, une multiplicité de citadelles médicales psychiatriques autonomes, des organisations artisanales et polyvalentes, un rôle important des savoirs thérapeutiques cliniques. L'État déconcentré et décentralisé de la seconde territorialisation est fort, paradoxalement centralisateur, prend pour objet la santé mentale (plutôt que la psychiatrie) dans une logique de santé publique, et donne la priorité à l'épidémiologie pour gérer préventivement la santé des populations.

Les risques perçus par certains professionnels sont ceux d'une centralisation et d'une bureaucratisation, donc d'une évolution néobureaucratique plutôt que postbureaucratique [Demailly, 2008]. En tout cas, cette nouvelle territorialisation, en l'absence de moyens budgétaires supplémentaires, verra se perpétuer le manque d'équipements adaptés aux besoins et aux vœux des familles et des patients, notamment du côté de l'autisme et de l'adolescence en difficulté, mais aussi des personnes âgées.

L'émergence des usagers comme acteurs collectifs incontournables

L'« usager » comme figure juridique a connu une montée en puissance dans la législation. Le décret du 28 novembre 1983 a annoncé un « nouveau statut de l'utilisateur du service public » et précisé trois principes : égalité devant la loi, réparation des erreurs sans attendre une procédure contentieuse, importance des organismes consultatifs. La circulaire du 23 février 1989 énonce que « l'utilisateur doit devenir un partenaire qui fait des suggestions et des propositions » ; le travail des associations d'utilisateurs « pourrait contribuer à ce que l'appréciation des usagers devienne un des critères essentiels d'évaluation du fonctionnement des services publics ». Les droits des usagers sont définis par la loi de janvier 2002 sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux. La loi de mars 2002 garantit le droit des malades à consulter leur dossier médical (y compris les malades mentaux).

Les usagers sont mis en exergue aujourd'hui comme le centre des préoccupations des pouvoirs publics et des professionnels et comme un vecteur de modernisation et de démocratisation du champ. Dans ce contexte, la question se pose : que font les usagers au champ de la santé mentale ?

Les petits collectifs

Les usagers peuvent avoir une action dans la cité en se regroupant en petits collectifs, non pas à titre de représentants formels d'un groupe, mais à titre de citoyens, d'auteurs d'une intervention éthique, culturelle ou politique pour autrui, pour le bien général.

Par exemple, dans une association [Demailly, 2008], un groupe de parents de toxicomanes prennent la parole (écriture, réalisation de films) pour « aider les autres parents » en souffrance (et en même temps s'entraider). Ces usagers participent à l'assemblée générale de l'association et à la proposition des orientations et des actions.

L'association médico-psycho-sociale (région lilloise) a inventé l'intégration formalisée des usagers et des élus municipaux à la politique de prise en charge du trouble psychique. Les malades, les professionnels et les élus peuvent ainsi discuter ensemble par exemple d'une question très sensible qui est celle du logement, de la mise en place d'appartements thérapeutiques, d'un travail

commun pour développer l'acceptabilité de ces équipements par les riverains.

Les groupes d'entraide mutuelle, clubs où se réunissent tous les jours volontairement, dans un local municipal en général, des malades (essentiellement schizophrènes et dépressifs) sortis d'hospitalisation, sont le produit d'une action d'utilisateurs-citoyens, qui affichent l'objectif d'aider à prévenir les « rechutes » et le réinternement d'autres usagers, de contribuer à « prendre soin » des sujets en souffrance, en s'appuyant sur un échange d'expériences, sur la transmission d'un vécu et sur des compétences profanes d'écoute ou de soutien social.

Ces petits collectifs jouent un rôle non négligeable de dispositifs interstitiels qui viennent suppléer les carences des grandes institutions. Toutefois, le vécu singulier de la maladie mentale peut être un handicap à cette forme de mobilisation. Il faut tenir compte des phases de la maladie psychique, voire des périodes d'hospitalisation : l'absence aux réunions, le caractère cyclothymique de certaines maladies peuvent constituer autant de freins à une activité associative régulière. Celle-ci, néanmoins, contribue au sentiment de dignité des personnes, à leur capacité de parler d'égal à égal avec les médecins, elle joue un rôle autothérapeutique et antiségrégatif réduisant le recours à l'internement et promouvant l'intégration dans la cité.

Les grandes associations partenaires

Les associations d'utilisateurs de la psychiatrie et notamment les deux plus importantes, la FNAPPSY, qui regroupe les patients, et l'UNAFAM, qui regroupe les familles, ont conquis leur légitimité auprès des autorités politiques. Elles sont présentes dans diverses commissions ministérielles, au Comité consultatif national en santé mentale. Elles le sont parfois dans les conseils d'administration des établissements ou dans les conseils départementaux de santé mentale. Elles interviennent régulièrement dans les médias, dans les colloques scientifiques ou professionnels, dans des manifestations culturelles, dans les consultations pour les rapports demandés par le gouvernement.

Les usagers sont ainsi convoqués comme de « nouveaux » acteurs appelés à peser sur l'évolution des secteurs et favoriser la mutation espérée vers le désaliénisme, le passage « de la psychiatrie vers la santé mentale » selon le titre du rapport de Piel et Roelandt [2001] et notamment son idéal de psychiatrie communautaire.

La participation institutionnelle des usagers en psychiatrie se développe effectivement, en partenariat avec les professionnels, qui, en général, la jugent positive.

C'est un paradoxe spécifique de la santé mentale, puisque les « malades mentaux » étaient précisément considérés historiquement comme « irresponsables » et *a fortiori*, incapables de représenter d'autres personnes. Le changement de la place symbolique des usagers, avec cette reconnaissance légale d'une parole possible, y compris dans les lieux professionnels, est donc important. Le champ de la santé mentale a une deuxième particularité (qu'il partage avec quelques autres champs, comme l'éducation, en prise avec des usagers mineurs) : la présence des familles d'usagers. Celles-ci sont placées en position de partenariat puisque les malades, quand ils ne sont pas pris en charge par le système de santé, sont de fait le plus souvent à leur charge. Il existe parfois d'ailleurs des tensions entre l'UNAFAM et le FNAPSY : autour du statut d'« handicapé psychique », qui a été plus voulu par les parents, qui souhaitaient pour leurs malades une allocation comparable à celle des handicapés mentaux, que par les usagers eux-mêmes qui redoutaient l'aspect stigmatisant du terme « handicap » ; autour de l'autonomie des groupes d'entraide mutuelle (GEM), revendiquée par les usagers alors que l'UNAFAM insiste sur la nécessité d'une tutelle administrative et financière des GEM ; ou encore autour du rôle de l'HP, institution que les usagers souhaiteraient voir totalement détruite, mais pas les parents de malades. Mais ces deux associations sont tout de même partenaires, alliées et fort efficaces. Elles ont participé aux décisions politiques et modifications législatives récentes, et notamment à la loi du 11 février 2005 qui a créé juridiquement le « handicap psychique », ce qui a amélioré les conditions de vie économiques et symboliques de nombreuses personnes atteintes de troubles psychiques graves.

Les associations en combat frontal

Enfin, d'autres associations d'usagers plus marginales que l'UNAFAM et le FNAPSY, comme Advocacy France, l'Association française contre l'abus psychiatrique, Groupe Information Asile, Réseau européen des (ex-)usagers et survivants de la psychiatrie, l'Association d'aide aux victimes des accidents de médicaments, ne jouent pas la carte du partenariat avec les psychiatres ou le ministère pour humaniser l'institution psychiatrique. Elles se heurtent violemment à certains courants psychiatriques et en

soutiennent d'autres, notamment par voie juridique ou par campagne de presse. C'est le cas de certains groupes de parents d'autistes, fortement opposés à toute approche psychanalytique ou multidimensionnelle, qui affirment que l'autisme est purement neurologique et ne relève que d'un soin éducatif de type cognitivo-comportemental [Chamak, 2005b] et qui dénoncent donc la pédopsychiatrie française, d'inspiration psychanalytique, comme maltraitance à enfant, y compris devant un tribunal. D'autres groupes dénoncent en bloc la psychanalyse, la psychiatrie asilaire (les électrochocs) et la psychiatrie biologique (les médicaments) et aident les individus qui veulent contester juridiquement une tutelle, une curatelle ou une HO : ils peuvent obtenir devant des tribunaux une levée d'internement, des dommages et intérêts, une condamnation de l'hôpital ou de l'État. Ces cas sont rares.

Les métiers du travail sur autrui ne peuvent plus gérer leurs destinataires comme des assujettis dont ils seraient propriétaires. Ceux-ci ont aussi développé un pouvoir collectif grâce à leurs associations et aux nouvelles règles juridiques qui formalisent leurs nouveaux droits. Individuellement, ils introduisent des stratégies et des tactiques, des décalages dans les destins préfabriqués par le trouble mental et l'action des professionnels. Leur situation individuelle reste cependant fort inégale en fonction de leur place dans la hiérarchie sociale et de leur capacité personnelle d'autonomie, et ils sont d'autant plus vulnérables aux aléas des interactions et rencontres, bonnes ou médiocres, avec les professionnels, que leur position personnelle et sociale est fragile.

La montée des préoccupations gestionnaires en psychiatrie

Le système de soins est à la recherche d'outils de gestion permettant une maîtrise des coûts autour du calcul des budgets, et tâtonne également autour de la division du travail de soin pour économiser le temps de travail des psychiatres. Les établissements coûtent cher. Les psychiatres également. Mais il y avait en 2009 800 postes vacants en psychiatrie publique et 1 500 postes partiels dans le secteur médico-social. Une diminution de 40 % des psychiatres est prévue pour 2020. Disparitions annoncées : la pédopsychiatrie privée, les psychiatres du médico-social, de l'enfance handicapée...

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) est progressive dans les hôpitaux publics (elle devrait être effective en 2011 ou 2012). Le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), destiné à « recueillir l'activité médicale d'un établissement pour les séjours hospitaliers », est devenu obligatoire. Le logiciel RIM psy (Recueil d'information médicalisé en psychiatrie) est donc obligatoire, en principe depuis le 1^{er} janvier 2007, pour décrire demi-heure par demi-heure l'activité intra- et extra-hospitalière. Le RIM psy implique de coder l'activité de soin en « séquences » et de coder les diagnostics pour chaque « séquence » enregistrée, sinon l'activité n'est pas prise en compte dans le calcul du budget de l'hôpital.

Cette actualité est un moment significatif d'un mouvement de longue durée, selon lequel les administrations de la santé tentent d'obtenir une *rationalisation* de l'activité diagnostique. On entendra par rationalisation l'effort de *standardisation* des critères, de *formalisation* des méthodes, de *fiabilisation* des données, effort guidé par l'idée sous-jacente d'un *one best way*, d'un diagnostic idéal, fiable, permettant de prédire le comportement futur des patients, articulé à une médecine des preuves, et induisant des arsenaux thérapeutiques eux aussi standardisés comme « bonnes pratiques ».

Cela n'est pas sans soulever l'émoi au sein des équipes soignantes. Le discours gestionnaire, centré sur l'efficacité et l'efficience, mais articulé de fait à une recherche de réduction des financements publics, est ressenti comme possibilité de dérive techniciste et technocratique (effacement des personnes) ; possibilité de dérive consumériste et clientéliste (renoncement à la formulation de l'intérêt général, acceptation des ségrégations sociales comme dans les projets de « médecine à plusieurs vitesses ») ; hypocrisie de pratiques discriminant les « bons » et les « mauvais » usagers, et traitant les uns et les autres avec iniquité ; sélection des pratiques les plus rentables, celles qui font « tourner » rapidement les patients. Un des effets sur les soins pourrait être la disparition des psychothérapies analytiques de l'hôpital public au profit des thérapies brèves cognitivo-comportementales.

La faiblesse de la recherche clinique en santé mentale

La recherche concernant le trouble mental est éclatée entre plusieurs pôles. Une recherche dite « fondamentale » qui est

soumise aux standards de la médecine des preuves (*evidence-based medicine*) et de la biomédecine (parfois dépendante des laboratoires) ; des recherches-actions qui sont inventives, mais mal validées ; une recherche épidémiologique quantitative qui est axée sur la prévalence des troubles plutôt que sur leur incidence, leur genèse et leur durée et prend peu en compte les données sociologiques ; une recherche socioanthropologique qui est faiblement soutenue par les finances publiques ; une réflexion psychanalytique qui continue à donner lieu à de nombreuses publications, mais tend parfois à s'éloigner des préoccupations et normes scientifiques ; des accumulations de savoirs profanes au sein des associations d'usagers qui sont insuffisamment formalisés et capitalisés parce que les associations n'accordent que peu d'intérêt à la recherche. Et une recherche administrative qui procède le plus souvent d'études hétéroclites par méta-analyses. Dans certaines de ces recherches, la méthodologie est peu réfléchie et le questionnement éthique écrasé. De plus, tout cela est cloisonné, parfois même en concurrence ou en opposition, et n'aboutit pas à une théorie écologique dynamique de l'esprit.

Au croisement des rationalisations sécuritaires, du paradigme épidémiologique, de la rationalisation des soins, de la montée des tâches administratives pour les soignants, il y a une perte d'espace pour la recherche clinique. On entendra par recherche clinique, dans un sens sans doute plus proche de la sociologie de « terrain » que de la recherche médicale clinique, la recherche qui prend pour objet les personnes dans leur totalité, avec leur histoire et leur environnement. Cette recherche, pluridisciplinaire, refuse le paradigme des sciences de la nature (donc l'*evidence-based* psychiatrie) au profit de celui des sciences sociales, privilégie donc l'observation à l'expérimentation : observation ethnographique de situations réelles, descriptions méthodiques des pratiques et des interactions, prise en compte dans ces descriptions du point de vue subjectif des acteurs (soignants et usagers), valeur heuristique reconnue des monographies et de l'étude du singulier.

Cette recherche est en cours d'affaiblissement et, pourtant, elle serait utile. Si la clinique de la relation de cabinet a bien été défrichée par la psychanalyse, si le travail en institution a été réfléchi par le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, on ne retrouve pas l'équivalent de ce type de travail à propos du soin en ambulatoire, ni du soin-accompagnement à l'articulation du sanitaire et du social propre à la santé mentale. Cette

Le point de vue d'un dirigeant de l'UNAFAM sur la recherche clinique

« Je pense aussi que maintenant que la psychiatrie devient ambulatoire, elle peut se poser des questions sur l'évaluation des prises en charge. Par exemple dans les appartements associatifs. R ne s'y prend pas de la même manière que A, ça serait intéressant de comparer ce qu'en disent les usagers qui sont là-dedans et puis peut-être leur trajectoire... Combien de temps ils y restent... Il n'y a rien de connu là. C'est vrai que là, on aimerait bien savoir.

Après, par exemple, toute une recherche pourrait se faire sur les appartements thérapeutiques. Chaque secteur pratique ça de manière personnelle. Moi, j'ai mis longtemps à m'en apercevoir...

Et puis, vous avez les familles d'accueil thérapeutique, c'est encore un autre outil qui n'est pas évalué du tout. Chez T, la famille d'accueil thérapeutique participe au séjour de crise, ça dure trois semaines. Ce n'est pas du tout la pratique qu'il y a à B. Là, à B, vous avez des familles où les gens peuvent rester six mois, un an, deux ans... donc cela a une autre visée.

Il y a un gisement expériences dans les secteurs, il faudrait que ça puisse questionner et alimenter des programmes de recherche. »

carence n'est, bien sûr, pas absolue, des revues comme *Rhizome* ou *VST*, des séminaires et des colloques essaient de faire vivre une réflexion professionnelle sur le travail en ambulatoire, notamment avec des personnes en grande précarité, mais il reste énormément de pratiques qui ne bénéficient ni d'une évaluation de leurs effets (au sens large du terme « effet », c'est-à-dire pas seulement les résultats visés), ni même d'un état des lieux descriptif comparatif, ni de l'analyse des représentations et vécus des patients et de leur entourage.

Quelle est l'origine de cette carence [Pour la recherche, 2007 ; Fishman, 2009] ? Sans doute une certaine transformation globale des rapports de forces symboliques qui semble s'être dessinée quant aux connaissances réputées être les plus utiles, les plus opérationnalisables.

Dans le cadre de la première territorialisation, celle des secteurs, c'étaient les expériences thérapeutiques, la philosophie clinique du médecin-chef ou de l'équipe qui étaient déterminantes quant aux orientations théoriques et l'orientation politique de la territorialisation (centration sur l'hôpital et/ou sur la psychiatrie/CMP comme pivot/diffusion dans la cité). Maintenant, les mixtes connaissances épidémiologiques/connaissances gestionnaires de l'offre, de son fonctionnement, de son coût, passe au pupitre de commande de la régulation politique.

La subordination de la clinique et l'affaiblissement de la recherche clinique se font avec le consentement tacite de ceux qui auraient en principe les moyens de la défendre :

- soit ils jugent utile, indispensable (ou évident) de se couler dans les standards de la recherche biomédicale et pharmacologique, et la clinique reste pour eux un savoir de seconde zone dont ils acceptent la dévalorisation symbolique ;

- soit il s'agit du segment des psychiatres qui, comme pour d'autres catégories de médecins, préfèrent pour leur carrière s'intéresser à la politique ou au management ;

- soit il s'agit d'une autre catégorie de psychiatres qui sont attachés à une définition disciplinaire et médicale de la psychiatrie et ne s'intéressent pas à la problématique de la santé mentale et, donc, logiquement, pas à sa clinique ;

- soit ils refusent toute forme d'évaluation au nom d'une clinique ineffable, inévaluable, et d'une autonomie professionnelle sans compromis (c'est souvent le cas des psychanalystes, sauf exception) ;

- soit ce sont des innovateurs militants en santé mentale, mais entre l'invention des pratiques et leur promotion (la mise en évidence de leur possibilité et de leur légitimité), ils n'ont peu de temps pour la recherche clinique et redoutent peut-être l'évaluation de pratiques nouvelles dans une période où la légitimité de celle-ci est encore mal assurée ;

- soit la lourdeur bureaucratique de la mise en route d'une recherche clinique (depuis la loi de bioéthique du 6 août 2004) et l'opacité du travail d'évaluation des projets de recherche les découragent.

Bref, dans tous les cas de figure, ceux qui pourraient défendre la clinique, une clinique inventive, une clinique débattue et légitimée en preuve par une recherche scientifique spécifiquement clinique, ne le font pas et acceptent de fait la subordination de la clinique à d'autres types de savoirs.

On peut certes voir un progrès dans cette subordination de la clinique « psy ». À cause de ses éventuelles routinisations critiques et des éventuelles bonnes intentions des gestionnaires. Mais cela n'est pas sans effet en soi.

Devenant une technologie sociale ou médicale parmi d'autres, la clinique est appelée à la rationalisation, à la standardisation, à l'homogénéisation des pratiques, à l'industrialisation des organisations (spécialisation et segmentation de clientèles, division accrue du travail) [Demailly, 2008]. Même si elle se réfugie dans les interstices du travail réel (par opposition

au travail prescrit), même si l'empirisme des professionnels et l'éclectisme des patients maintiennent vivantes des capacités d'adaptation et d'innovation, sa légitimité affaiblie, l'absence de recherche, l'appauvrissement du débat public sont tendanciellement sources de rigidité et de recours à un bon sens « psy » routinier ou, trivialement, moral ou moralisateur.

Outre cet effet sur la clinique elle-même, la minimisation de sa place dans la décision en politique de santé mentale n'est pas sans risque spécifique pour les soins :

1) la perte de valeur symbolique de la clinique comme espace d'autonomie professionnelle et d'invention personnelle ne favorise pas le renouvellement démographique des soignants ni celui de leurs compétences (perte de savoir-faire des infirmiers en santé mentale) ;

2) il est probable que des décisions descendantes concernant les soins, même si on les imagine d'orientation humaniste ou appuyées sur des idées fondées en raison (ce qui ne semble pas toujours être le cas dans le cadre d'une opinion publique manipulée par les peurs), buteront sur des difficultés au niveau de leur implémentation. Car ce n'est pas par décret ni par protocole standardisé que des équipes sanitaires et des équipes du social peuvent par exemple apprendre à coopérer réellement autour des patients (et avec eux) ;

3) les logiques comptables, quand elles subordonnent la clinique, suivent une pente naturelle qui retraduit leurs idées : l'idée de déshospitalisation devient réduction des coûts d'hébergement, la simultanéité des soins et de l'accompagnement devient leur alternance, la banalisation voulue de la maladie mentale dans l'hôpital général devient le pillage du budget de la psychiatrie, etc.

Conclusion : quatre tensions

Le domaine de la santé mentale est aujourd'hui le lieu de tensions :

1) *sur le plan organisationnel, concernant les modes de coordination des rôles thérapeutiques.* Coordination par polyvalence proche ou coordination par division du travail, spécialisation et hiérarchisation ;

2) *sur le plan éthique, entre humanisme et sécuritarisme.* D'un côté, humanisme, comme tolérance à l'anomalie, hospitalité, droit pour tous à ne pas être maltraité dans les lieux de soin,

droit de vivre dans la cité avec son handicap mental ou psychique, d'être inséré à l'école, de trouver un travail adapté, sentiment de ressemblance entre tous les êtres. De l'autre, peur sécuritaire, qui pousse à l'intolérance aux anomalies, car elles sont prises comme signe de dangerosité et de risque ;

3) *sur le plan politique, entre la santé comme bien et les restrictions des finances publiques.* D'un côté, nécessité d'améliorer la santé mentale, souci du bien-être mental comme bien commun, nécessité d'augmenter le nombre d'établissements adaptés. De l'autre, réductions budgétaires qui visent en premier lieu la psychiatrie, mais aussi les associations de la clinique psychosociale, et risquent de faire se reconstruire des concentrations asilaires dans le médico-social ;

4) *sur le plan sociétal, entre la société de contrôle et l'individuation.* D'un côté, la montée du contrôle de l'ensemble des comportements privés et publics, leur normalisation, pour satisfaire les exigences de productivité et de rentabilité portées par la mondialisation des marchés. De l'autre, la singularisation croissante des trajectoires individuelles, le développement de l'autonomie des individus et de leur capacité réflexive à inventer des règles et des normes [Martuccelli, 2009].

La crise de la psychiatrie et les incertitudes de la politique de santé mentale sont des caisses de résonance de ces tensions.

Conclusion / Trouble mental et société troublée : quelles rationalisations ?

Le trouble mental est social à plusieurs niveaux. Il l'est parce que le périmètre de l'étrangeté d'âme est variable historiquement, et parce que les rôles sociaux auxquels peuvent accéder les sujets troubles (celui de possédé, de malade mental, d'handicapé psychique...) le sont également. La segmentation du malheur psychique est aussi une construction sociale, objet de négociations et de concurrences entre groupes professionnels, entre professionnels et profanes. Les disciplines (institutions, corps de pratiques, corps de connaissances) habilitées à s'occuper du trouble sont diverses et se construisent historiquement, les registres de traitement le sont également et, enfin, les liaisons entre les disciplines et les registres ne sont pas stables, pas plus que celles entre les disciplines et les segments. Pour se centrer sur l'époque contemporaine, les relations actuelles entre la psychiatrie, la neurologie, la psychologie, le travail social, le système judiciaire et pénal donnent l'exemple de cette « tectonique des plaques » constante dont l'enjeu est : qui va s'occuper de quoi et de qui, avec quels modes d'action et pour quoi faire ?

Les discours relatifs au trouble mental relèvent de représentations générales qui servent à penser le social dans son ensemble [Augé et Herzlich, 2002]. L'étude sociologique du trouble mental rencontre des interrogations qui sont universellement valides (le rapport au corps, à autrui, à la sexualité, à la nature, le sentiment religieux, l'interaction entre individuel et social, la tradition et le changement, la liberté et le contrôle, le familial et l'étranger) et concernent chacun d'entre nous.

Les pratiques occidentales de soins, si rationnelles et technologiques qu'elles prétendent être, peuvent faire l'objet d'une analyse sociologique permettant de mettre au jour leurs dimensions socioéconomiques et socioculturelles. Le traitement que

notre société réserve au malheur psychique se révèle être un indicateur d'orientations sociétales fondamentales, tel le rapport à la normalité, à la déviance et à l'ordre public et à la conception de l'humain, et les modes de régulation des intérêts économiques y ont aussi leur part. Actuellement, dans la prolifération des mal-être, il est le miroir de la *société troublée*.

Nous avons vu la diversité des registres du traitement social du trouble mental, leur conflictualité tant sur les plans scientifique, technique que politique et éthique. Nous avons vu que, depuis quarante ans, le trouble mental a vu son traitement considérablement changer, dans un double mouvement de médicalisation (l'invention de psychotropes) et d'humanisation (le rôle des militants désaliénistes, la représentation du trouble dans ses conséquences appelant secours et compensation). La période actuelle comporte cependant de grandes incertitudes... Quels mouvements de fond, quelles perspectives se dessinent sous cette effervescence ?

La médecine restera le principal agent de traitement du trouble mental. Mais la « tectonique des plaques » pourrait accentuer l'hétéronomie scientifique de la psychiatrie, celle-ci, dans cette hypothèse, ne se montrant plus capable, en tant que discipline spécifique, de produire les connaissances les plus légitimes ni les techniques de soin les plus pointues (pharmacologie, stimulation cérébrale directe et thérapies géniques), qui relèveraient de la neurologie, des neurosciences, de la génétique.

Un autre mouvement de fond concerne les tentatives de rationalisation des soins. Celles-ci empruntent à plusieurs logiques.

Une rationalisation instrumentale

On pourrait distinguer sur les terrains un premier processus de rationalisation, instrumental, qui se traduit par une montée de techniques ou technologies du social, comme on pourrait le appeler [Demailly, 2002], ou encore « technologies de l'âme » comme les nommaient Rose et Miller [1989]. Processus néobureaucratique de mise en fiches, en cases, en mesures chiffrées, où se lisent non seulement la préoccupation gestionnaire des coûts publics, la valorisation des performances marchandes, mais aussi l'obsession de la transparence et du « tout savoir » qui caractérise l'actuel développement de l'évaluation de l'action publique.

Cette rationalisation s'accompagne de la territorialisation nécessaire pour pouvoir piloter, compter et évaluer de manière fine.

Elle est observable à plusieurs niveaux. Il s'agit de rationaliser conjointement la définition des troubles mentaux (rationalisation des nosographies, standardisation du diagnostic et des arborescences de décisions thérapeutiques), les prises en charge et les pratiques (les « bonnes pratiques », l'évaluation des thérapies), le risque (les mesures sécuritaires, les mesures de prévention), les coûts (le PMSI, la T2A, la restructuration des SROS), les rôles thérapeutiques (l'amendement Accoyer sur le statut de psychothérapeute, le développement de l'évaluation individuelle des soignants) et les sujets dans leur rapport à la santé. Le fonctionnement de cette rationalisation est *néobureaucratique*, c'est-à-dire organisé autour de la valeur de l'efficacité, appuyé sur la puissance de calcul des technologies de l'information, tatillon, descendant, peu réflexif, peu participatif, escamotant le point de vue éthique.

On peut prendre les exemples de l'évaluation et celui du diagnostic.

Depuis la loi de 1991, il y a une obligation institutionnelle d'évaluation de l'action publique. Elle peut être tout à fait passionnante pour les professionnels, les aidant à améliorer la qualité des prestations et à développer leurs savoirs professionnels. Mais tout dispositif d'évaluation peut rencontrer trois écueils : celui de la méthodologie (délicate, souvent frustrée, produisant des simulacres d'objectivation), celui des objectifs des évaluations (parfois confus et toujours foncièrement ambigus) et celui de leurs effets en retour sur l'action publique, parfois pervers, souvent imprévus et souvent plus faibles que ce qui était annoncé, voire absents.

Quant au diagnostic, nous avons vu jusqu'ici à quel point l'acte diagnostique était une pratique négociée, que ce soit au niveau macrosocial (industriel, sociétal) ou au niveau microsocial (marché local de soins, interactions professionnelles/patient/entourage). Sa rationalisation ne peut donc être que chose compliquée. Elle bénéficie pourtant d'une convergence forte, soutenue et confortée par l'OMS, les administrations publiques nationales, les exigences de la recherche épidémiologique et de l'enregistrement statistique, les « nécessités » techniques de l'évaluation, de la gestion budgétaire et de la maîtrise des coûts, mais aussi les pressions des usagers (notamment pour obtenir des diagnostics un peu plus rapides ou pour s'organiser collectivement par familles de malades en fonction de diagnostics standardisés).

Les efforts de rationalisation du diagnostic portent sur plusieurs niveaux. Rationaliser les connaissances, les critères, les preuves, remplacer les nosographies catégorielles du DSM-IV (par syndromes) par des nosographies dimensionnelles avec le DSM-V (par dimensions qui peuvent se combiner) ; développer l'imagerie médicale et l'analyse génétique pour créer une médecine des preuves en psychiatrie. Articuler la nosographie et la recherche épidémiologique pour obtenir des jugements fiables, trouver des méthodes d'examen moins liées à la subjectivité du médecin, les homogénéiser, développer le diagnostic précoce, le dépistage.

La rationalisation concerne aussi les coûts et la division du travail de soin et d'accompagnement en santé mentale. Il s'agirait de revoir cette division du travail afin de diminuer les coûts et d'absorber la diminution du nombre des psychiatres : former les partenaires de la psychiatrie au diagnostic et assurer la suppléance éventuelle des psychiatres, en vue d'améliorer la rapidité, l'accessibilité et la continuité des signalements et des soins et d'en diminuer les coûts. Former les partenaires au dépistage (ce qui exige aussi des instruments de tests simples et standardisés). Déléguer des tâches à des personnels moins coûteux, comme le premier entretien, le travail clinique ou la prise en charge au quotidien (infirmiers, généralistes, travailleurs sociaux, familles), abandonner la psychothérapie aux psychologues et aux psychothérapeutes. Les psychiatres pourraient ainsi concentrer leur travail sur la supervision, l'expertise, les lieux d'enfermement (UMD, UHSA, SMPR...), le démarrage des soins pour les « cas lourds », etc.

Enfin, il s'agit aussi, du côté des individus, de promouvoir un « devoir de santé », un processus de transformation du rapport individuel à soi que Rose et Miller [1989] appelaient le « soi entreprise », travaillant activement à son propre accomplissement, en congruence avec les évolutions du monde du travail : individualisation du rapport salarial, psychologisation des « dysfonctionnements », « management des subjectivités ». Autrement dit, le souci managérial des comportements passe, dans un cadre sociétal d'autonomie des individus, par la pragmatique prise en compte de leur point de vue subjectif et le développement de techniques de persuasion et d'intervention [Demailly, 2008]. Dans bien des cas de déviance par rapport aux normes, le trouble est désigné comme une « insuffisance de l'entreprise de soi », avec un retour à des connotations morales, voire moralisatrices. Et la normalité devient parfois étrange.

L'ensemble des pressions pour ces rationalisations déclenche dans de nombreux lieux méfiance et résistance, ou au moins ambivalence, voire désarroi.

Du côté des associations d'usagers, il s'agit plutôt d'ambivalence. D'un côté, elles exigent des diagnostics clairs, rapides, et ont milité pour la mise en place de la catégorie du « handicap psychique ». De l'autre, la mise en œuvre de formes rationalisées, objectives et transparentes du diagnostic se heurte à l'existence de la stigmatisation et au risque de réification des sujets, identifiés à leur maladie ou à la catégorisation bureaucratique. L'ambivalence par rapport au diagnostic d'« handicap psychique » existe à titre individuel chez des membres de la FNAPSY, qui ont pourtant contribué à sa mise en place administrative, car ils redoutent qu'elle ne vienne rencontrer et renforcer les catégories profanes qui assimilent la maladie mentale à l'incurabilité, la carence, le handicap mental, la dégénérescence. Les associations luttent d'ailleurs vigoureusement contre les stigmatisations, ce qui les amène à re-lativiser les distinctions nettes normal/pathologique.

Des formes de résistance passive ou déterminée à la rationalisation des services se développent aussi chez les professionnels : refus du diagnostic rapide ; critiques des formes « modernes » de l'entretien focalisé par l'obtention d'une évaluation rapide de l'état du patient, refus d'en faire un acte isolé coupé de la pratique soignante et de la relation thérapeutique ; critiques de la classification imposée par la CIM-10 comme outil impropre à rendre compte de manière significative des réalités psychopathologiques, non-enseignement du RIM psy. Les pratiques de résistances individuelles ou collectives sont celles que l'on rencontre généralement avec les logiciels de remontée administrative de données ; elles aboutiront probablement, comme ailleurs, à ce que ces données aient parfois une valeur descriptive faible.

En conséquence, la rationalisation des soins progresse actuellement plus « à la surface » des pratiques (textes formels, documents administratifs et questionnaires) que dans la réalité des actes des professionnels. Comme tout processus de ce type, *sa rationalité est en partie illusoire, fictionnelle.*

L'initiative historique principale en matière d'orientation de l'action concernant les troubles mentaux est donc actuellement du côté des acteurs administratifs, des experts mondialisés et du marché (l'industrie pharmaceutique et la recherche génétique), plus que de celui des professionnels du soin et de

l'accompagnement, qui, dans leur grande majorité, subissent les réformes plus qu'ils ne les initient, même si certains segments de la profession ont pu, à un moment donné, participer à l'élaboration des nouveaux paradigmes.

Créativité institutionnelle et réflexivité

Mais cette description est trop unilatérale, car d'autres logiques de rationalisation sont aussi à l'œuvre.

Dans le même temps, en effet, à la base, localement, des lieux d'initiative historique et de créativité institutionnelle se créent ou se déplacent. Ceux que nous avons observés sont maintenant très souvent *interprofessionnels*, *partenariaux* et *en alliance avec des usagers*. Ce qui peut s'inventer au jour le jour sur de petits territoires en associant le médico-social, le sanitaire, l'associatif, les lieux de vie, les pratiques culturelles, peut donner lieu à réflexivité collective, recherche clinique, capitalisation en réseau, et nourrir la décision publique.

Cette rationalité, d'un autre type que la précédente, implique notamment une reconnaissance de l'intérêt de la prise en compte du point de vue de l'utilisateur pour élaborer l'action professionnelle et améliorer sa qualité. Des professionnels le savent, le travail n'avancerait pas si le patient (et son entourage) n'y investissait pas son intelligence, son expérience, son énergie, ses capacités d'auto-observation. Selon cette logique d'action, le sujet troublé dispose d'informations indispensables à la construction de l'action professionnelle et devient un acteur central de la réflexion sur la qualité des services. Car la position des destinataires de l'action relationnelle a évolué, qu'ils soient assujettis, consommateurs, clients, usagers ou citoyens. Ils ont accru leur expertise grâce à l'Internet, appris les langues ésotériques de la médecine, acquis la capacité de se repérer dans les manières de faire des professionnels et dans les jungles organisationnelles, sans pour cela renoncer aux manières profanes et pratiques d'énoncer ce qui les concerne. Il s'agirait là d'un type de rationalisation dont on peut observer certains éléments dans des pays européens comme la Norvège ou l'Écosse, plutôt post-bureaucratique, accordée à l'éthique humaniste et démocratique, au processus historique d'individuation des individus, au développement de leurs capacités d'invention de solutions *in situ* aux problèmes humains.

Enfin, la société « troublée » — nous tous en somme — dispose de mémoire et de vigilance, de capacités réflexives sur le vivre-ensemble, de potentialités collectives à poursuivre le *Kulturarbeit* (travail de culture) [Freud, 1936] qui nous permettent d'humaniser aussi bien la normalité que l'anormalité. Cette réflexion sur le vivre-ensemble et l'hospitalité ne saurait d'ailleurs, ni pratiquement ni théoriquement, se limiter à l'espace culturel occidental. Elle se doit de rester ouverte, selon la belle expression de Swain [Gauchet et Swain, 2007, p. 23], à l'« excès prévisible du futur sur toutes les catégories présentement disponibles ».

| | |
|--------|---|
| ANP | Agence nationale d'information |
| ARS | Agence régionale de santé |
| CAAPF | Centre d'action médico-sociale précoce |
| CCMSA | Centre national de l'organisation mondiale de la santé |
| CESF | Centre français d'éducation pour la santé, devenu CEFIS |
| CETMSA | Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CM | Classification internationale des maladies |
| CMF | Centre médico-psychologique |
| CNAMTS | Centre national de l'assurance maladie des travailleurs salariés |
| CPP | Comité de protection des territoires |
| CREDES | Centre de recherche, d'analyse et de documentation, l'ensemble de la santé, devenu CREDES |
| DDASS | Direction départementale des affaires sanitaires et sociales |
| DM | Département d'information médicale |
| DRASS | Direction régionale des affaires sanitaires et sociales |
| DESS | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| ENPA | Établissement d'hébergement pour personnes âgées |
| EPIM | Établissement public de santé mentale |
| ESF | Équipement social psychiatrique (ESF/ESP) |
| FISM | Fédération française de la santé mentale |
| FNAPSY | Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie |
| GEM | Groupe d'entraide gériatrique |
| GTNDG | Groupe technique national de destruction des déchets |
| HAS | Haute autorité de santé |
| HOT | Hospitalité à la demande d'un lieu |
| MD | Médicaments à usage médical (MAM) |
| MO | Mobilisation d'usagers |

Il est important de noter que l'objectif de cette recherche n'est pas de comparer les pratiques des professionnels de santé avec ceux des enseignants, mais de comprendre comment les enseignants peuvent être impliqués dans le processus de soins. Cette réflexion sur le vivre-ensemble et l'hospitalisation ne s'inscrit pas dans une approche de l'évaluation des pratiques, mais dans une démarche d'accompagnement et de soutien. Elle ne doit pas être lue comme une prescription ou un modèle à copier-coller, mais comme un espace de réflexion et de dialogue. Elle ne doit pas être lue comme une justification de ce qui se fait, mais comme un outil pour questionner et améliorer les pratiques. Elle ne doit pas être lue comme une fin en soi, mais comme un moyen pour atteindre d'autres objectifs. Elle ne doit pas être lue comme un discours d'expert, mais comme une parole d'accompagnement et de soutien. Elle ne doit pas être lue comme un discours d'expert, mais comme une parole d'accompagnement et de soutien. Elle ne doit pas être lue comme un discours d'expert, mais comme une parole d'accompagnement et de soutien.

Liste des sigles

| | |
|--------|---|
| ARH | Agence régionale d'hospitalisation |
| ARS | Agence régionale de santé |
| CAMSP | Centre d'action médico-sociale précoce |
| CCOMS | Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé |
| CFES | Comité français d'éducation pour la santé, devenu INPES |
| CFTMEA | Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CIM | Classification internationale des maladies |
| CMP | Centre médico-psychologique |
| CNAMT5 | Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés |
| CPP | Comité de protection des personnes |
| CREDES | Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé, devenu IRDES |
| DDASS | Direction départementale des affaires sanitaires et sociales |
| DIM | Département d'information médicale |
| DRASS | Direction régionale des affaires sanitaires et sociales |
| DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| EHPA | Établissement d'hébergement pour personnes âgées |
| EPSM | Établissement public de santé mentale |
| ESPS | Enquête santé protection sociale (IRDES) |
| FASM | Fédération d'aide à la santé mentale |
| FNAPSY | Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie |
| GEM | Groupe d'entraide mutuelle |
| GTNDO | Groupe technique national de définition des objectifs |
| HAS | Haute Autorité de santé |
| HDT | Hospitalisation à la demande d'un tiers |
| HID | Enquête Handicap incapacités dépendance (INSEE) |
| HO | Hospitalisation d'office |

| | |
|-------------|--|
| HP | Hôpital psychiatrique |
| INPES | Institut national de prévention et d'éducation pour la santé |
| INSEE | Institut national de la statistique et des études économiques |
| INSERM | Institut national de la santé et de la recherche médicale |
| InVS | Institut de veille sanitaire |
| IRDES | Institut de recherche et documentation en économie de santé |
| MCO | Médecine chirurgie obstétrique |
| MINI | <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> |
| MINI DSM-IV | Questionnaire diagnostique du DSM-IV |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ORL | Oto-rhino-laryngologie |
| PMI | Protection maternelle et infantile |
| PMSI | Projet de médicalisation des systèmes d'information |
| RIM psy | Recueil d'information médicalisé en psychiatrie |
| SDF | Sans-domicile fixe |
| SMPG | Enquête « Santé mentale en population générale » (CCOMS) |
| SROS | Schéma régional d'organisation sanitaire |
| TDAH | Trouble déficit de l'attention/hyperactivité |
| TED | Trouble envahissant du développement |
| T2A | Tarifcation à l'activité |
| UHSA | Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (pour les détenus) |
| UMD | Unité pour malades difficiles |
| UNAFAM | Union nationale des amis et familles de malades psychiques |

Repères bibliographiques

Rapports, grandes enquêtes, outils

- AMAR E. et BALSAN D. (2004), « Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001 », *Études et résultats*, DREES, n° 285.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV, Washington, DC, 4^e édition.
- BAGDADLI A. (2007), *Interventions éducatives pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme*, rapport, ministère de la Santé, DGAS.
- CASADEBAIG F., CHAPIREAU F., RUFFIN D. et PHILIPPE A. (2004), *Description des populations des institutions psychiatriques dans l'enquête HID*, rapport final n° 44, DREES, juillet.
- CLÉRY-MELIN P., KOVESS V. et PASCAL J.-C. (2003), *Pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, rapport remis au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.
- COLDEFY M. (dir.) (2007), *La Prise en charge de la santé mentale*. Recueil

d'études statistiques, La Documentation française, Paris.

- CODELFY M., LE FUR P., LUCAS-GABRIELLI V. et MOUSQUES J. (2009), « Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale », *Pratiques et organisation des soins*, n° 3.
- COMMISSION EUROPÉENNE (2004), *The State of Mental Health in the European Union*.
- CONFÉRENCE MINISTÉRIELLE EUROPÉENNE DE L'OMS SUR LA SANTÉ MENTALE (2005), *Relever les défis, trouver des solutions*, Helsinki, 12-15 janvier.
- COUTY E. (2009), *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, établi par Monsieur Édouard Couty, conseiller maître à la Cour des comptes, 29 janvier.
- DEBREU D. et CATTEAU J. (2003), « Approche comparative des populations de déprimés adressés en hospitalisation et des pratiques entre généralistes et psychiatres », *Synapse*, n° 194, p. 39-44.

- DEMAILLY L. et BRESSON M. (dir.) (2005), *Les Modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques*, rapport IFRESI/MIRE/INSERM.
- DEMAILLY L. et CHÉRONNET H. (2007), *Politique de proximité et tentative de déstigmatisation dans un secteur de pédopsychiatrie*, rapport IFRESI/EPSM, Lille-métropole.
- DEMAILLY L., CHÉRONNET H. et MOSSÉ P. (2009), *La Territorialisation de la politique de santé mentale*, rapport D10, 6^e PCRD, CLERSE/LEST, Bruxelles.
- DEMAILLY L. et SOLOCH I. (2005), « Le champ de la santé mentale à Madagascar », in AUTES M. et DEMAILLY L. (dir.), *La Construction sociale du trouble psychique*, rapport IFRESI/CPER.
- DREES (2007 et 2008), *L'État de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*, rapports 2007 et 2008.
- GUELFY J.-D. (1996), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris, 4^e édition.
- FALISSARD B. et al. (2004), « Prevalence of mental disorders in French prisons for men », *BMC Psychiatry*.
- LAZARUS A. et STROHL H. (1995), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, DIV/DIRMI.
- LE PAPE A. et LECOMPTE T. (1999), *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression. France 1996-1997*, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.
- LÉPINE J.-P., GASQUET I., KOVÉSS V., ARBAZADEH-BOUCHEZ S., NÈGRE-PAGÈS L., NACHBAUR G. et GAUDIN A.-F. (2005), « Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique », *ESEMED/MHEDEA*.
- LOVELL A. (2009), *Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale*, Institut national de veille sanitaire.
- MORVAN Y. et al. (2007), « Dépression : prévalence, facteurs associés et consommations de soins », in BECK F., GUILBERT P. et GAUTIER A. (dir.), *Baromètre santé 2005, attitudes et comportements de santé*, INPES.
- PIEL E. et ROELANDT J.-L. (2001), *De la psychiatrie vers la santé mentale*, rapport de mission, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé.
- ROELANDT J.-L., CARIA A. et MONDIÈRE G. (2000), « La santé mentale en population générale : images et réalités », *SMPG, L'Information psychiatrique*, n° 3.
- Ouvrages et articles**
- ADAM P. et HERZLICH C. (1994), *Sociologie de la santé et de la médecine*, Nathan, « 128/Sociologie », Paris.
- ALLIONE M. (2008), « Réflexions à propos du diagnostic de l'autisme », in CRESPIN G.-C. (dir.), *Évaluations diagnostiques, évaluation des traitements de l'autisme : état des lieux et débats*, L'Harmattan, Paris, p. 11-22.
- AUBERT N. et GAULEJAC V. DE (2007), *Le Coût de l'excellence*, Seuil, Paris.
- AUGÉ M. et HERZLICH C. (dir.) (2002), *Le Sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des archives contemporaines, Paris.
- BASTIDE R. (1965), *Sociologie des maladies mentales*, Flammarion, Paris.
- BAUDELOT C. et ESTABLET R. (2006), *Suicide : l'envers de notre monde*, Seuil, Paris.
- BECKER H. S. (1963), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris, 1985.
- BLASHFIELD R. K. et FULLER A. K. (1996), « Predicting the DSM-V », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 184, n° 1, p. 4-7.
- BOURDIEU P. (dir.) (1993), *La Misère du monde*, Seuil, Paris.
- BRAHMY B. (2005), « Psychiatrie et prison », *Études*, n° 6, tome 402, p. 751-760.
- BRESSON M. (dir.) (2006), *La Psychologisation de l'intervention sociale*, L'Harmattan, Paris.
- BROWN P. (1987), « Conflict and contradiction in psychiatry », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 28, n° 1, mars, p. 37-50.
- (1995), « Naming and framing : the social construction of diagnosis and illness », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, p. 34-52.
- BUNGENER M. (1995), *Trajectoires brisées, familles captives : la maladie mentale à domicile*, Éditions de l'INSERM, Paris.
- CALLON M. (1986), « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des marins-pêcheurs et des coquilles Saint-Jacques dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, n° 36.
- CANGUILHEM G. (1966), *Le Normal et le pathologique*, PUF, Paris.
- CASTEL P.-H. (2000), « La dépression est-elle encore une affection de l'esprit ? », in FORUM DIDEROT, *La dépression est-elle passée de mode ?* PUF, Paris, p. 54-70.
- CASTEL R. (1971), « L'institution psychiatrique en question », *Revue française de sociologie*, vol. 12, n° 1, p. 57-92.
- (1972), « Remarques sur les orientations de la psychiatrie moderne », *Présence*, n° 119.
- (1981), *Le Psychanalyse*, Flammarion, Paris.
- CHAMAK B. (2005a), « Les récits de personnes autistes : une analyse socioanthropologique », *Handicap, revue de sciences humaines et sociales*, n° 105-106, p. 33-50.
- (2005b), « Les transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge en France : le rôle des associations », *Cahiers de recherches sociologiques*, vol. 41, p. 171-192.
- CHAMPION F. (dir.) (2008), *Psychothérapie et société*, Armand Colin, Paris.
- CHAUVELOT D. (2004), *L'Hôpital se moque de la charité. Mieux vaut être médecin que malade*, Érès, « Des travaux et des jours », Toulouse.
- CLAIR J. (dir.) (2005), *Mélancolie : génie et folie en Occident*, catalogue d'exposition, Réunion des musées nationaux/Gallimard, Paris.
- COHEN D. (1996), « Les "nouveaux" médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé ? », *Sociologie et sociétés*, vol. 28, n° 2, p. 25-27.

- (2008), « Vers un modèle développemental d'épigénèse probabiliste du trouble des conduites et des troubles externalisés de l'enfant et de l'adolescent », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 56, p. 237-244.
- COSGROVE L., KRIMSKY S., VIJAYRAGHAVAN M. et SCHNEIDER L. (2006), « Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry », *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 75, p. 154-160.
- COUPECHOUX P. (2006), *Un monde de fous*, Seuil, Paris.
- DARMON M. (2003), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, La Découverte, Paris.
- DECLERK P. (2001), *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris*, Plon, Paris.
- DEJOURS C. (2000), *Travail, santé et travail : harcèlement et souffrance au travail*, Seuil, Paris.
- DEMAILLY L. (2000), « Le mode d'existence des techniques du social », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. CVIII, juillet, p. 103-124.
- (2008), *Politiques de la relation. Sociologie des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Presses universitaires du Septentrion, Lille.
- DESCOMBES V. (1979), *Le Même et l'autre*, Minuit, Paris.
- DEVEREUX G. (1961), *Ethnopsychiatrie des Indiens mohaves*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1996.
- (1972), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Flammarion, Paris.
- DONZELOT J. (1971), « Le troisième âge de la répression », *Topique*, n° 6, p. 93-130.
- DORVIL H. (1985), « Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique : la maladie physique, la maladie mentale », in DUFRESNE J., DUMONT F. et MARTIN Y. (dir.), *Traité d'anthropologie médicale*, Presses de l'université du Québec, Sainte-Foy, Presses universitaires de Lyon, Lyon, p. 305-332.
- DUBET F. (2002), *Le Déclin de l'institution*, Seuil, Paris.
- (2006), *Injustices*, Seuil, Paris.
- DUFREANTEL C. (1968), « La sociologie des maladies mentales. Tendances actuelles de la recherche et bibliographie, 1950-1967 », *Sociologie contemporaine*, vol. 16, n° 2, p. 1-198.
- DURKHEIM E. (1897), *Le Suicide*, PUF, Paris.
- EHRENBERG A. (1991), *L'Individu incertain. Le culte de la performance*, Calmann-Lévy, Paris.
- (2006), « Santé mentale : malaise dans l'évaluation. Remarques pour améliorer la politique de l'expertise en santé publique », *Médecine/Science*, mai, vol. 22, n° 5.
- EHRENBERG A. et LOVELL A. (2001), *La Maladie mentale en mutation*, Odile Jacob, Paris.
- ÉRASME D. (1964), *Éloge de la folie*, Flammarion, Paris.
- ESCAIG B. (2004), « La force d'imaginer : les usagers-famille, source d'innovation dans l'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychotiques », *Revue française des affaires sociales*, n° 1.
- FASSIN D. (2004), *Des maux indécibles. Sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte, Paris.
- FISCHMAN G. (2009), *L'Évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse : fondements et enjeux*, Masson, Paris.
- FOUCAULT M. (1961), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris.
- (1963), *Naissance de la clinique*, PUF, Paris.
- (1994), *Dits et écrits (1954-1988)*, tome III. 1976-1979 et tome IV. 1980-1988, Gallimard, Paris.
- (2001), *L'Herméneutique du sujet : cours au Collège de France, 1981-1982*, Gallimard/Seuil, Paris.
- FREUD S. (1936), *Nouvelles Conférences sur la psychanalyse*, Gallimard, Paris.
- FURTOS J. (1999), « Contexte de précarité et souffrance psychique : quelques particularités de la clinique psychosociale », *Soins Psychiatrie*, n° 204, septembre-octobre, p. 11-15.
- GAUCHET M. (1998), « Essai de psychologie contemporaine. Un nouvel âge de la personnalité », *Le Débat*, n° 99, mars-avril.
- GAUCHET M. et SWAIN G. (2007), *La Pratique de l'esprit humain*, Gallimard, Paris.
- GENTIS R. (1970), *Les Murs de l'asile*, François Maspero, Paris.
- GOFFMAN E. (1968), *Asiles*, Minuit, Paris.
- GUELFI J.-D. et ROUILLON F. (2007), *Manuel de psychiatrie*, Masson, Paris.
- HAYAT M. (2001), « Les enjeux philosophiques de l'évaluation en psychiatrie », *Psychiatrie française*.
- HERZLICH C. (1969), *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Éditions de l'EHESS, Paris.
- HONNETH A. (2000), *La Lutte pour la reconnaissance*, Cerf, Paris.
- HORWITZ A. V. (2002), *Creating Mental Illness*, University of Chicago Press, Chicago.
- HOUTAUD A. D', FIELD M. et GUEGUEN R. (1989), *Les Représentations de la santé*, Éditions de l'INSERM, Paris.
- HUGHES E. C. (1996), *Le Regard sociologique. Essais choisis*, éd. J.-M. Chapoulie, Éditions de l'EHESS, Paris.
- ION J. et RAVON B. (2005), *Les Travailleurs sociaux*, La Découverte, « Repères », Paris, 7^e éd.
- JAMOULLE P. (2002), *La Débrouille des familles. Récits de vie traversés par la drogue et les conduites à risques*, De Boeck, Bruxelles.
- JOUBERT M. (dir.) (2003), *Santé mentale, ville et violence*, Érès, Toulouse.
- JULLIEN F. (2005), *Nourrir sa vie*, Seuil, Paris.
- KIRK S. et KUTCHINS H. (1992), « The selling of DSM : the rhetoric of science in psychiatry », De Gruyter, New York, trad. fr. *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1998.
- KOVES V. et CHASTANG F. (1998), « Les déprimés et le système de soins », *L'Information psychiatrique*, n° 4, p. 363-371.
- LAPLANTINE F. (1986), *L'Anthropologie de la maladie*, Payot, Paris.
- LE CERF J.-F. et SÉBILLE G. (1975), « Dimensions sociales de la psychopathologie et de la psychiatrie. Bibliographie de langue française », *Revue française de sociologie*, vol. 16, n° 3, p. 380-417.
- LEBRUN J.-P. (2007), *La Perversion ordinaire. Vivre ensemble sans autrui*, Denoël, Paris.

- LEMERT E. M. (1951), *Social Pathology. A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behavior*, McGraw-Hill, New York.
- LORIOU M. (2000), *Le Temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Anthropos, Paris.
- MARTUCELLI D. (2009), « Qu'est-ce qu'une sociologie de l'individu moderne ? Pour quoi, pour qui, comment ? », *Sociologie et société*, n° 41, p. 15-33.
- MELMAN C. (2002), *L'Homme sans gravité. Jouir à tout prix*, Denoël, Paris.
- MELMAN C. et LEBRUN J.-P. (2009), *La Nouvelle Économie psychique*, Érès, Toulouse.
- MUCCHIELLI L. et ROBERT P. (2002), *Crime et sécurité, l'état des savoirs*, La Découverte, Paris.
- NATHAN T. (1994), *L'Influence qui guérit*, Odile Jacob, Paris.
- OIGEN A. (1989), « Une sociologie du pathologique est-elle pensable ? Notes sur l'anomie, le contrôle social, la déviance », *Revue européenne de sciences sociales*, vol. 27, n° 83, p. 197-215.
- OTERO M. (2003), *Les Règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Presses universitaires de Lyon, Lyon.
- PARSONS T. (1951), « Illness and the role of the physician : a sociological perspective », *American Journal of orthopsychiatry*, vol. 21, n° 4, p. 452-460.
- PAUGAM S. (2000), *Le Salarié de la précarité*, PUF, Paris.
- PIGNARRE P. (2001), *Comment la dépression est devenue une épidémie*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris.
- PLATON (1961), *Phèdre*, trad. Léon Robin, Les Belles Lettres, Paris.
- POSTEL J. et QUÉTEL C. (dir.) (2004), *Nouvelle Histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris.
- RAVON B. (2005), « Vers une clinique du lien défait ? », in ION J. et al., *Travail social et souffrance psychique*, Dunod, Paris, p. 25-58.
- RENAULT E. (2004), *L'Expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*, La Découverte, Paris.
- (2008), *Souffrance sociale, philosophie, psychologie et politique*, La Découverte, Paris.
- ROELANDT J.-L. (2006), « Santé mentale : relever des défis, trouver des solutions. Et en France ? », *L'Information psychiatrique*, n° 4, avril, p. 343-347.
- ROSE N. (1990), *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self*, Routledge, Londres/New York.
- ROSE N. et MILLER P. (dir.) (1989), *The Power of Psychiatry*, Polity Press, Cambridge, 1986.
- ROUILLON F. (2008), « Épidémiologie des troubles psychiatriques », *Annales médico-psychologiques*, n° 166, p. 63-70.
- SINGLY F. DE (2003), *Les Uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien*, Hachette, Paris.
- TOMKIEWICZ S. (2004), « Taxinomie et classification : avantages et dangers à l'ère de la mondialisation et du DSM-IV », *Sud/Nord*, vol. 19, n° 1, p. 47-73.
- TOUSIGNANT M. (1992), *Les Origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, PUF, Paris.
- VELPRY L. (2008), *Le Quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Armand Colin, Paris.
- YOUNES N., SARFATI Y., PASSERIEUX C. et BAYLE M. C. (2002), « L'information donnée aux patients n'est

- pas l'information retenue », *Information psychiatrique*, n° 10, p. 1029-1038.
- ZEMPLENI A. (1968), *L'Interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lebou du Sénégal*, thèse, Sorbonne, Paris.
- Numéros spéciaux de revues**
- Esprit critique* (2001), « Société et santé mentale : contributions de la sociologie aux processus d'inclusion sociale », vol. 3, n° 4.
- Essaim* (2009), « C'est à quel sujet ? », n° 22.
- Politix* (2006), « Expérience et critique du monde psy », n° 73, éd. N. Dodier et V. Rabeharisoa, mars.
- Pour la recherche* (1998), « Anthropologie médicale et psychiatrie », n° 17.
- (2007), « Méthodologie de l'évaluation et de la psychiatrie en santé mentale », n° 54.
- Revue française des affaires sociales* (2004), « Psychiatrie et santé mentale. Innovations dans le système de soins et de prise en charge », n° 1.
- (2009), « Handicap psychique et vie quotidienne », éd. J. Delbecq et F. Weber.
- Rhizome* (2001), « La souffrance psychique : nouveau paradigme ou concept écran ? », Orspère, Lyon, 5 juillet.
- Santé mentale au Québec* (2005), vol. 30, n° 1.
- Sociologie et société* (1985), « Santé mentale et processus sociaux », éd. R. Sévigny, vol. 17, n° 1.

11 Les enjeux de la catégorisation des troubles mentaux

12 Les dimensions sociales de la construction des troubles mentaux

13 La dimension de la construction des troubles mentaux

14 Les dimensions sociales de la construction des troubles mentaux

15 Les dimensions sociales de la construction des troubles mentaux

16 Les dimensions sociales de la construction des troubles mentaux

17 Les dimensions sociales de la construction des troubles mentaux

18 Les dimensions sociales de la construction des troubles mentaux

19 Les dimensions sociales de la construction des troubles mentaux

20 Les dimensions sociales de la construction des troubles mentaux

21 Les dimensions sociales de la construction des troubles mentaux

22 Les dimensions sociales de la construction des troubles mentaux

Table des matières

Introduction / Pourquoi une sociologie des troubles mentaux ?

3

- Encadré : Les « troubles mentaux et du comportement » de la CIM-10 (CH 5), 5

I La santé mentale des Français

- Encadré : Les sources en épidémiologie, 8

Quelques statistiques sur les troubles mentaux en France

8

- Les troubles à prévalence stable, 9
- Le suicide, 9
- Les addictions classiques, dont l'alcoolisme, 9
- La dépression, 10
- La consommation de psychotropes, 10

Les problèmes méthodologiques de la mesure du trouble mental

11

- La question des lieux de mesure, 11
- Encadré : Les troubles mentaux dans les établissements du médico-social, 13
- La question des temporalités et des points de vue dans la mesure, 14
- La question des critères diagnostiques, 15

L'interprétation des corrélations, 16

La querelle des chiffres sur le trouble mental en prison

17

La question des inégalités de santé

18

Conclusion : la nécessité des investigations qualitatives

22

II Les dimensions sociales du trouble mental

| | |
|--|----|
| Les modes de catégorisation des troubles mentaux | 25 |
| Les segmentations non standardisées, quasi profanes ou savantes, 25 | |
| Les classifications standardisées : les nomenclatures et les tests, 27 | |
| La négociation macrosociale des classifications, 28 | |
| □ Encadré : <i>Le travail de mobilisation des associations de parents d'enfants autistes</i> , 30 | |
| La désignation et l'imputation causale de l'anormalité : approches anthropologiques et points de vue actuels | 31 |
| Découper l'espace du négatif, nommer les anomalies, 32 | |
| Imputer l'anormal, 33 | |
| Corriger l'anormal, 36 | |
| Normal et pathologique aujourd'hui : les registres de discours, 37 | |
| Vers une « nouvelle économie psychique » ? | 41 |
| Les « nouveaux symptômes » : une mouvance intellectuelle transdisciplinaire, 42 | |
| La querelle des « nouveaux symptômes », 44 | |
| Défaillance ou changement du régime symbolique ? 45 | |
| La genèse sociale du trouble mental individuel | 48 |
| Variables sociales et phénomènes psychiques. | |
| Travaux épidémiologiques, 48 | |
| Travaux sociologiques, 50 | |
| La souffrance psychique comme souffrance sociale, 51 | |
| Exemple de débat étiologique : l'augmentation des dépressions | 52 |
| □ Encadré : <i>Les modes d'explication de l'épidémie de dépression</i> , 54 | |
| Conclusion : les troubles mentaux entre souffrance, déficit et déviance | 54 |

III Quelles aides ? Quelles prises en charge ?

| | |
|---|----|
| Un marché des soins éclaté et diversifié | 57 |
| Les lieux de prise en charge, 57 | |
| L'offre de soins, 59 | |
| □ Encadré : <i>Liste de soins concernant l'autisme</i> , 60 | |
| Un besoin social de coordination des prises en charge | 63 |
| □ Encadré : <i>Exemples de dispositifs-réseaux</i> , 65 | |
| Fonctionnement du marché et obstacles à la coordination | 66 |
| La diversité des modes de rémunération | |

| | |
|---|----|
| et des temporalités de travail, 66 | |
| L'innovation et la coordination comme luxe, 67 | |
| Des cultures professionnelles distantes, des valeurs non partagées, 67 | |
| Une régulation de type marché, 68 | |
| Le rôle des usagers dans ce marché, 69 | |
| La stigmatisation de certaines catégories d'usagers, 70 | |
| □ Encadré : <i>L'hospitalisation en milieu psychiatrique</i> , 71 | |
| Les « trous » dans la prise en charge, 71 | |
| La violence des institutions psychiatriques et sa contestation institutionnelle | 72 |
| □ Encadré : <i>Échec ou indifférence de l'école, de la famille, du travail social et du juge des enfants et recours à la pédopsychiatrie</i> , 73 | |
| Dénonciations, protestations, pétitions, 74 | |
| □ Encadré : <i>« Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans »</i> , 75 | |
| Condamnations juridiques, éthiques, formelles : le rôle grandissant du droit, 75 | |
| □ Encadré : <i>Mémoire de Thomas Hammarberg</i> , 76 | |
| Normalisation des pratiques, 76 | |
| Conclusion : la nécessaire et difficile évaluation des prises en charge | 77 |
| □ Encadré : <i>Le lancement d'une recherche sur l'autisme (observation)</i> , 78 | |

IV Les trajectoires de soin

| | |
|---|----|
| La production du « diagnostic » et les interactions patient/professionnel/famille | 80 |
| La pratique peu normalisée du « diagnostic » psychiatrique, 80 | |
| Accepter progressivement le diagnostic, 81 | |
| Arracher le diagnostic, 82 | |
| □ Encadré : <i>Arracher le diagnostic</i> , 83 | |
| □ Encadré : <i>Refuser le diagnostic</i> , 84 | |
| Refuser le diagnostic, 84 | |
| Coconstruire le diagnostic, 84 | |
| Cinq manières de faire avec le trouble | 85 |
| La maladie métier, 85 | |
| La maladie euphémisée, 86 | |
| Le trouble et les soins refusés, 87 | |
| La maladie sens, 87 | |
| Le monde du travail sur soi, 88 | |
| Conclusion : quête de l'autonomie, lutte contre la stigmatisation | 89 |

V Les perspectives actuelles

| | |
|---|-----|
| Des organisations de soins en changement Vers une nouvelle territorialisation des prises en charge en santé mentale ? | 91 |
| L'émergence des usagers comme acteurs collectifs incontournables | 94 |
| Les petits collectifs, 94 | |
| Les grandes associations partenaires, 95 | |
| Les associations en combat frontal, 96 | |
| La montée des préoccupations gestionnaires en psychiatrie | 97 |
| La faiblesse de la recherche clinique en santé mentale | 98 |
| □ Encadré : <i>Le point de vue d'un dirigeant de l'UNAFAM sur la recherche clinique, 100</i> | |
| Conclusion : quatre tensions | 102 |

Conclusion / Trouble mental

et société troublée : quelles rationalisations ?

| | |
|--|-----|
| Une rationalisation instrumentale | 106 |
| Créativité institutionnelle et réflexivité | 110 |

Liste des sigles

113

Repères bibliographiques

115

Collection

R E P È R E S

créée par

MICHEL FREYSSINET et OLIVIER PASTRÉ (en 1983),

dirigée par

JEAN-PAUL PIRIOU (de 1987 à 2004), puis par PASCAL COMBEMALE,

avec STÉPHANE BEAUD, ANDRÉ CARTAPANIS, BERNARD COLASSE, FRANÇOISE DREYFUS,

CLAIRE LEMERCIER, YANNICK L'HORTY, PHILIPPE LORINO, DOMINIQUE MERLLIÉ, MICHEL RAINELLI,

Philippe RIUTORT et CLAIRE ZALC.

Le catalogue complet de la collection « Repères » est disponible sur notre site

<http://www.collectionreperes.com>

GRANDS REPÈRES

Classiques

R E P È R E S

La formation du couple. *Textes essentiels pour la sociologie de la famille*, Michel Bozon et François Héran.

Invitation à la sociologie, Peter L. Berger.

Un sociologue à l'usine. *Textes essentiels pour la sociologie du travail*, Donald Roy.

Dictionnaires

R E P È R E S

Dictionnaire de gestion, Élie Cohen.

Dictionnaire d'analyse économique, *microéconomie, macroéconomie, théorie des jeux, etc.*, Bernard Guerrien.

Lexique de sciences économiques et sociales, Denis Clerc et Jean-Paul Piriou.

Guides

R E P È R E S

L'art de la thèse. *Comment préparer et rédiger un mémoire de master, une thèse de doctorat ou tout autre travail universitaire à l'ère du Net*, Michel Beaud.

Comment parler de la société. *Artistes, écrivains, chercheurs et représentations sociales*, Howard S. Becker.

Comment se fait l'histoire.

Pratiques et enjeux, François Cadiou, Clarisse Coulomb, Anne Lemonde et Yves Santamaría.

La comparaison dans les sciences sociales. *Pratiques et méthodes*, Cécile Vigour.

Enquêter sur le travail. *Concepts, méthodes, récits*, C. Avtil, M. Cartier et D. Serre.

Faire de la sociologie. *Les grandes enquêtes françaises depuis 1945*, Philippe Masson.

Les ficelles du métier. *Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Howard S. Becker.

Le goût de l'observation. *Comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*, Jean Peneff.

Guide de l'enquête de terrain, Stéphane Beaud et Florence Weber.

Guide des méthodes de l'archéologie, Jean-Paul Demoule, François Giligny, Anne Lehoërf et Alain Schnapp.

Guide du stage en entreprise, Michel Villette.

Manuel de journalisme. *Écrire pour le journal*, Yves Agnès.

Voir, comprendre, analyser les images, Laurent Gervereau.

Manuels

R E P È R E S

Analyse macroéconomique 1.
Analyse macroéconomique 2.
17 auteurs sous la direction de Jean-Olivier Hairault.

Consommation et modes de vie en France. *Une approche économique et sociologique sur un demi-siècle*, Nicolas Herpin et Daniel Verger.

Déchiffrer la société française, Louis Maurin.

Déchiffrer l'économie, Denis Clerc.

L'explosion de la communication. *Introduction aux théories et aux pratiques de la communication*, Philippe Breton et Serge Proulx.

Une histoire de la comptabilité nationale, André Vanoli.

Histoire de la psychologie en France. *xx^e-xx^e siècles*, J. Carroy, A. Ohayon et R. Plas.

Macroéconomie financière, Michel Aglietta.

La mondialisation de l'économie. *Genèse et problèmes*, Jacques Adda.

La théorie économique néoclassique. *Microéconomie, macroéconomie et théorie des jeux*, Emmanuelle Bénicourt et Bernard Guerrien.