

Martine Bouvard (dir.)

# **Les troubles psychiatriques résistants**

Vers de nouvelles formes de soins

Presses universitaires de Grenoble

## Avant-propos

---

La Structure fédérative de recherche (SFR) Santé et Société de l'université de Grenoble Alpes regroupe des chercheurs, issus de laboratoires universitaires grenoblois et d'organismes de recherche, ainsi que des acteurs de la société civile et du monde socio-économique, concernés et engagés dans le champ de la santé, de l'action sociale, médico-sociale et de l'éducation. La SFR est structurée en cinq axes scientifiques qui couvrent différentes thématiques de santé articulées à des problématiques sociétales : « Vieillesse, Longévité, Autonomie », « Apprentissages et Handicaps Scolaires », « États émotionnels, comportements de santé et troubles associés », « Santé et Travail », et « Droit et Santé ».

La SFR Santé et Société poursuit trois missions principales :

- la réalisation de recherches interdisciplinaires sur des questions transversales de santé témoignant d'importants enjeux sociétaux et ayant pour but de contribuer à améliorer le bien-être et la santé de la population. La SFR, initiée par l'Université Pierre Mendès France de Grenoble, aborde les problématiques de santé au prisme des sciences humaines et sociales ;
- la diffusion/valorisation des travaux réalisés ainsi que le développement de services et d'actions destinés à la population, aux professionnels des secteurs concernés, aux responsables et décideurs des politiques publiques ;
- la promotion et le soutien de formations pluridisciplinaires adossées à des pôles de recherche de l'université de Grenoble Alpes.

Dans le cadre de sa mission de diffusion des connaissances issues de la recherche, la SFR Santé et Société organise chaque année une journée scientifique autour de la thématique de l'un de ses axes. En 2013, cette journée a concerné l'axe « États émotionnels, comportements de santé et troubles associés » placé sous la responsabilité de Martine Bouvard, professeur de psychologie clinique, et a été consacrée à « l'Actualité de la recherche sur les troubles psychiatriques résistants, les nouvelles formes de soins ». Les communications proposées par les chercheurs et les représentants de la société civile,

enrichies des échanges développés lors de la journée et nourries de références actualisées sont réunies dans cet ouvrage. Nous souhaitons ainsi offrir un support afin de diffuser ces travaux au-delà du cercle des participants à cette journée, à tous les acteurs professionnels et associatifs engagés dans le soin et l'accompagnement de personnes présentant des troubles psychiatriques résistants, mais aussi aux proches, qui souhaitent s'informer et trouver des ancrages théoriques accessibles, pour soutenir leur réflexion et leur action.

L'équipe de direction de la SFR

Catherine Gucher, sociologue, maître de conférences  
habilitée à diriger des recherches, directrice de la SFR

Céline Baeyens, psychologue, maître de conférences,  
attachée de direction

Annie Mollier, ingénieur d'études

# Introduction

---

**MARTINE BOUVARD**, RESPONSABLE DE L'AXE SCIENTIFIQUE

« ÉTATS ÉMOTIONNELS, COMPORTEMENTS DE SANTÉ ET TROUBLES ASSOCIÉS »  
DE LA SFR SANTÉ ET SOCIÉTÉ

L'objectif du présent ouvrage est de diffuser les savoirs de différentes disciplines concernant les troubles psychiatriques résistants en vue de faire émerger de nouvelles pistes de collaboration entre chercheurs, professionnels et acteurs sociaux. Il nous importe aussi de donner une information sur les avancées dans les prises en charge et de faciliter l'échange entre les représentants des usagers, les professionnels et les chercheurs de la SFR Santé et Société. Outre l'interdisciplinarité, les auteurs de l'ouvrage sont soit des universitaires, soit des cliniciens, soit des usagers avec un style différent et un regard différent.

Trois pathologies classées parmi les troubles psychiatriques résistants vont être abordées : le trouble obsessionnel compulsif, les troubles bipolaires et la dépression. Ces trois pathologies psychiatriques entraînent une souffrance importante et ont des répercussions péjoratives sur l'individu et sa famille. Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) peut être soigné par les antidépresseurs ou par la thérapie comportementale et cognitive. Notons que la pratique de la thérapie comportementale et cognitive, dans le cas du TOC, demande une expertise de la part du thérapeute. La technique comportementale qui a prouvé son efficacité est l'exposition avec prévention de la réponse qui est une étape importante mais non suffisante. Il est essentiel en effet, que le patient puisse reproduire la séance d'exposition avec prévention des rituels à son domicile avec ses propres obsessions pour que l'amélioration se maintienne au long terme. Cependant, il existerait un pourcentage non négligeable de patients (30 %) qui ne bénéficient pas de la thérapie comportementale et cognitive, même lorsqu'elle est correctement menée. Il en

est de même pour les traitements pharmacologiques (antidépresseurs). Des traitements neurochirurgicaux (neurostimulation ou stimulation cérébrale) sont actuellement proposés aux patients TOC résistants et représentent un nouvel espoir. Ils apportent une amélioration et un soulagement des symptômes obsessionnels compulsifs chez les sujets. Ces traitements sont cependant encore expérimentaux et ne peuvent être proposés à tous les patients.

Les centres experts de la maladie bipolaire commencent à associer à la psychiatrie biologique, la psychoéducation des patients. Cette dernière permet au patient souffrant de trouble bipolaire d'avoir une meilleure compréhension de sa pathologie et donc une meilleure adhésion au traitement. Des programmes de prise en charge ont été mis au point, qui améliorent la qualité de vie des patients, notamment la remédiation cognitive ou la pratique de la pleine conscience. Ils ne sont malheureusement pas pratiqués dans tous les centres hospitaliers.

Enfin, la dépression a également bénéficié des progrès de la psychiatrie biologique et de la thérapie comportementale et cognitive. Rappelons que Beck en 1979 a mis au point la thérapie cognitive avec les sujets souffrant de dépression avant de généraliser cette approche à d'autres troubles. Actuellement, le défi dans la dépression est de proposer des traitements et des nouvelles prises en charge afin de prévenir les rechutes. La recherche actuelle s'intéresse donc au long terme dans la prévention de la rechute dépressive.

8

L'ouvrage est réparti en trois parties :

- la première partie met l'accent sur l'approche interdisciplinaire concernant le trouble mental,
- la seconde partie regroupe pour chacun des troubles évoqués (trouble obsessionnel, troubles bipolaires et dépression) deux approches complémentaires, celle d'un psychiatre et celle d'un psychologue au sujet de la prise en charge,
- la troisième partie donne la parole d'une part, à un médecin directeur de la Santé publique et Environnement de la ville de Grenoble et d'autre part, aux associations de patients et des professionnels.

Plus précisément, la première partie de l'ouvrage s'articule autour de l'approche multidisciplinaire des troubles psychiatriques résistants. Le premier chapitre présenté est une approche historique par le Pr Bougerol. Il évoque les différents modèles qui ont structuré les soins en psychiatrie depuis son origine située au XVII<sup>e</sup> siècle. À titre anecdotique, on ne parle plus de maladie mentale mais de trouble mental « car les critères diagnostiques du DSM ont pour ambition de décrire un tableau clinique et son évolution, à l'exclusion de l'étiologie qui est incertaine et non établie » comme le rappelle

le Pr Bougerol. Soulignons qu'un des modèles actuels sur lequel s'appuie la psychiatrie est le modèle bio-psycho-social qui fait interagir trois domaines de connaissances. Ainsi dans ce modèle, le trouble mental serait l'objet de trois disciplines que sont la biologie (psychiatrie biologique), la psychologie (notamment la psychologie cognitive) et une dimension sociale (théories de la réhabilitation).

Le second chapitre aborde l'approche sociologique du trouble mental. La sociologie permet d'avoir un regard différent sur la désignation sociale de l'anormal pour reprendre les propos de Lise Demailly. Ce chapitre met en évidence l'influence de la société sur le fonctionnement de l'individu, notamment sur le fonctionnement anormal.

Le troisième chapitre aborde le point de vue d'un philosophe concernant l'éthique des expérimentations sur les troubles résistants. Il discute sur la morale et l'éthique dans le domaine de la recherche en s'appuyant notamment sur les textes du Comité consultatif national sur l'éthique (CCNE). Rappelons que les revues internationales, notamment en psychologie, ne publient que des recherches ayant été soumises à des comités éthiques et certains organismes (telle la bourse Marie Curie) ne financent une recherche qu'après l'approbation d'un comité éthique. Dans les troubles résistants, tels le trouble obsessionnel ou la dépression, le jugement du patient n'est pas altéré, ce qui facilite l'application de la recherche. Mais qu'en est-il dans d'autres psychopathologies? L'éthique en effet, implique un consentement éclairé (c'est-à-dire que toute expérimentation est bien décrite ainsi que ses attendus) et volontaire.

Le quatrième chapitre aborde l'approche juridique du trouble mental. Pour reprendre les propos de Julien Paris, la science juridique fait état des droits mais aussi des devoirs d'un citoyen. Récemment, une loi (du 5 juillet 2011) relative aux droits et à la protection des personnes présentant un trouble psychiatrique a vu le jour. Ses implications dans le domaine de la santé mentale sont brillamment discutées par Julien Paris.

La seconde partie de l'ouvrage réunit pour chacun des troubles résistants (TOC, trouble bipolaire et dépression) les écrits de deux intervenants, l'un psychiatre, l'autre psychologue sur l'état des savoirs et les nouvelles formes de soins.

Le premier chapitre sur le trouble obsessionnel compulsif comprend un texte sur l'état des connaissances cliniques et sur les thérapies comportementales et cognitives (Pr Bouvard) et un texte sur les thérapies biologiques et la stimulation cérébrale (Pr Polosan). Il ressort de la littérature internationale que les antidépresseurs comme la thérapie comportementale et cognitive améliorent

le trouble obsessionnel compulsif. Cependant, il reste un pourcentage de patients résistants à ces deux thérapeutiques. La stimulation cérébrale dont la technique a été mise au point par le Pr Benabid est proposée aux patients résistants et apporte un bénéfice à certains.

Le second chapitre sur les troubles bipolaires est composé d'un texte sur l'état des connaissances cliniques et l'évaluation proposée dans le centre expert du CHU de Grenoble (Sabrina Garçon) et un texte sur les approches psychothérapeutiques spécifiques au trouble bipolaire proposées au département de Santé Mentale et Psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (Dr Piguët, S. Favre et le Pr Aubry). La psychoéducation donne aux patients des informations sur le trouble bipolaire et son traitement, leur permet de mieux identifier les symptômes précoces des récurrences maniaques ou dépressives. Elle offre aux patients la possibilité de surveiller eux-mêmes leur humeur. Les programmes des troubles de l'humeur comprennent également dans certains centres, une approche de type cognitif et comportemental basée sur la pleine conscience et des programmes de remédiation cognitive. Ces deux prises en charge devront cependant faire leurs preuves dans le cas des troubles bipolaires.

Le troisième chapitre consacré à la dépression présente un premier texte sur l'état des connaissances cliniques et les thérapies biologiques (Dr Holtzann) et un second texte sur la technique de l'activation comportementale (Pr Blairy et A. Wagener). Il ressort de la littérature scientifique que les thérapies biologiques n'apportent une rémission que dans 70 % des cas, aussi des thérapies innovantes ont vu le jour, telles la stimulation cérébrale profonde et la Kétamine. L'activation comportementale serait l'ingrédient actif des psychothérapies comportementales et cognitives de la dépression. Cependant, à notre connaissance, elle est peu pratiquée en France contrairement à la Belgique ou à l'Angleterre.

La troisième partie fait état de la réalité du terrain. Un premier chapitre écrit par le docteur Perrin présente l'action de la ville de Grenoble en santé mentale dans le cadre des politiques publiques. Un second chapitre regroupe les textes de trois associations : l'Association française de trouble obsessionnel compulsif (AFTOC), K2 Association bipolaire et France dépression. Ces associations font le point sur leurs objectifs et les interrogations et demandes de leurs membres.

# Le trouble psychique comme phénomène social

---

LISE DEMAILLY, PROFESSEUR ÉMÉRITE DE SOCIOLOGIE, CENTRE D'ÉTUDES  
ET DE RECHERCHES SOCIOLOGIQUES ET ÉCONOMIQUES (CLERSÉ) –  
CNRS, UNIVERSITÉ DES SCIENCES ET TECHNOLOGIES, LILLE 1

Un objet n'appartient pas à une discipline. L'eau n'appartient pas spécialement à la chimie, la géographie, l'économie. Mais les disciplines construisent des objets, elles découpent des données empiriques, sensibles et leur donnent la forme d'un objet disciplinaire. De ce fait, il peut y avoir plusieurs types de relations entre les disciplines à propos d'un groupe de phénomènes : simple coexistence, complémentarité heureuse, collaboration, controverses, luttes de territoire.

Le trouble mental est ainsi l'objet de plusieurs disciplines, en lutte de territoires. Non qu'il soit impossible de concevoir le trouble comme un phénomène bio psychosocial, dans une complémentarité donc entre disciplines, ce que je défends personnellement, mais certaines positions de la sociologie et de la psychiatrie biomédicale sont contradictoires, notamment leurs épistémologies, et sont donc lieu de controverses, puisque l'une s'inscrit du côté de la culture et de l'histoire, donc de la singularité, l'autre du côté de la nature et de l'invariant, donc de l'universel. Il faut remarquer que la tension concerne plus les épistémologies d'ailleurs que les jugements de fait. Quand dans un congrès, un chercheur en biologie parle de gène de la dépressivité ou de la schizophrénie, il signale toujours que le gène a besoin d'un environnement, et on entend bien que cet environnement est une boîte noire pour lui. Il est certain que, là, dans ce flou de la notion d'environnement, il y a la place pour l'approche sociologique. Je vais donc montrer dans ce texte en quoi, de quatre points de vue, le trouble psychique peut être saisi

comme un phénomène social : les variables sociales de la prévalence des troubles, la construction sociale de l'appréhension de « l'étrangeté d'âme », la fabrication sociétale et psychosociale de la subjectivité, les politiques et pratiques de soins.

## Les variables sociales de la prévalence des troubles

Le premier point sera consacré à la construction du trouble mental comme fait social. Cette opération a son père fondateur, Durkheim (1897) qui par l'intermédiaire d'un objet de connaissance, le « taux social » de suicide et toutes ses variations, a appréhendé le suicide comme un fait social. Ce sont à proprement parler les variations du taux social de suicide (en fonction des pays, des saisons, des jours de 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.

À la suite de Durkheim (*cf.* également Baudelot & Establet, 2006), le contexte du trouble mental peut être analysé à travers différentes dimensions (séparément ou globalement) : la situation socioéconomique des populations (crise économique, crise politique, pauvreté), la dimension culturelle et spirituelle de leur vie (la religion), l'intégration sociale des individus, les contraintes pesant sur eux, la fragmentation sociale, l'anomie. Enfin, le capital social (au sens de Bourdieu) avec ses différentes dimensions affectives et organisationnelles, la famille et le travail, jouent aussi un rôle. Ces caractéristiques vont pouvoir influencer sur la santé mentale des populations ou des individus en imposant un niveau de stress quotidien (manque de ressources, environnement physique pénible...), en jouant sur les relations entre individus (méfiance, isolement, pressions excessives à la conformité), et sur la fragilité devant les événements pénibles.

Les sociologues tentent aussi d'analyser de manière fine les corrélations entre le trouble psychique et la pauvreté ou le trouble psychique et la prison (Mucchielli, 1999).

## La construction sociale de l'appréhension du trouble

Ce sont aussi les anthropologues (Augé & Herzlich, 2002 ; Bastide, 1965 ; Devereux, 1961) 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 un trouble s'il y a désignation d'une anomalie, d'une déviation, par la collectivité et cette désignation de l'anormalité est en partie arbitraire. Je suivrai ce point de vue relativiste et provocant pour des raisons d'hygiène intellectuelle en quelque sorte, mais je l'abandonnerai pour reconnaître, avec Canguilhem (1966), l'impasse d'un relativisme culturel absolu et donc une certaine universalité du trouble.

Cette dimension est spécifique de la vie humaine. Elle est aussi ancienne que l'humanité, repérée dans toute société, on pourrait essayer de la nommer « malheur psychique » ou « étrangeté d'âme » (Demailly, 2011), pour en restituer l'épaisseur historique. Son caractère social sera saisi à deux 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 classification des anomalies*. Un exemple type peut être celui de l'« hyperactivité » (Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité, TDAH) ;
- celui *de la définition sociétale du périmètre de l'anormalité*, définition en partie contingente, en tout cas à historiciser et localiser.

## Les modes de catégorisation des troubles mentaux

Puisqu'il faut démarrer avec une définition provisoire de l'objet trouble mental et de son périmètre, on peut partir de la classification internationale des maladies CIM 10 des troubles mentaux promue par l'Organisation mondiale de la santé (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.

Sur les terrains, dans les hôpitaux psychiatriques, les cabinets des généralistes, les associations du secteur social et médicosocial, l'administration de la santé, les élus locaux, les catégories utilisées par les acteurs sociaux dans le quotidien de leurs pratiques sont assez différentes. 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 étiologie et de l'action correctrice préférable.

Sans doute une des segmentations les plus usitées en France aujourd'hui, chez les administratifs, les médecins généralistes, les travailleurs sociaux repose-t-elle sur les financements 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 l'accès à des psychothérapies en libéral ou des cliniques privées à but lucratif (et cela concernerait le « mal-être » existentiel).

Chez les généralistes, la principale segmentation du malheur psychique est ternaire et pragmatique : « cas lourds » ou « malades psychiatriques », « vrais malades », et enfin « faux malades ». Les « cas lourds » sont ceux qu'ils réadressent 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 placebos.

44

Plusieurs facteurs jouent ainsi 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.

Quant aux classifications standardisées en usage en psychiatrie, elles visent en principe la précision des diagnostics et le caractère objectif des signes. Elles ne sont pas toutes basées cependant sur les mêmes postulats théoriques. La CIM 10 et le DSM IV ou V<sup>1</sup> reposent sur l'idée de syndromes objectivables et détachables du fonctionnement psychique et de l'histoire du sujet, ce qui est moins le cas de la classification française des troubles de l'enfant et de l'adolescent, la CFTMEA, plus marquée par la tradition psychanalytique. Nombreux psychiatres (en psychiatrie d'adultes) disent au sociologue en entretien : « Le DSM IV, c'est pas mon truc », « la CIM

---

1. DSM IV : American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4<sup>e</sup> édition, Washington, DC GUELF, J.-D., *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Quatrième version, Paris, Masson, 1996.

10 fait perdre du temps». Les psychiatres disent utiliser la CIM 10 pour raison administrative, le DSM pour écrire un article, et préférer, pour leur pratique, la sémiologie classique française.

Les nomenclatures standardisées sont le produit d'un effort continu de rationalisation. L'observation de la science en action montre que leur « objectivité » repose sur un processus de négociation entre plusieurs catégories d'acteurs (Horwitz, 2002).

- 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, comme le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité ou TDAH. L'existence d'un médicament censé le soigner, l'augmentation des normes, notamment scolaires, sur les conduites enfantines 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. La dépression (selon Pignarre (2001), la dépression est ce qui est soigné par un antidépresseur) est aussi un exemple du pouvoir de l'industrie pharmaceutique sur les nosographies. Le modèle du réseau sociotechnique de Callon et Latour trouve ici une bonne application (Callon & Latour, 1986). Les scandales qui, dans la presse américaine, émaillent la fabrication actuelle du futur DSM V, les critiques qui se développent actuellement, pas seulement en France, mais, dans le monde anglo-saxon, montrent les enjeux économiques des nosographies (Cosgrove, Krinsky, Vijayaraghavan, & Schneider, 2006).

Enfin 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 10 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 (Demailly, & Soloch, 2006).

En matière de connaissances, la psychiatrie, finalement, comme l'écrit Pignarre (2001), ne dispose aujourd'hui que de peu de preuves matérielles, de « marqueurs » (analyses biologiques ou imagerie médicale) pour objectiver une maladie mentale. 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 et de ses conceptions de la normalité.

### La désignation et l'imputation causale de l'anormalité

L'exemple type du caractère social du découpage social de l'anormalité est 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.

La question de la catégorisation des troubles 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 (Zemleni, 1968 par exemple) 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 portent sur l'ampleur de cette relativité culturelle. Nous soutiendrons ici une position médiane, refusant à la fois le nominalisme et le relativisme radicaux et le positivisme scientiste.

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 pas d'ailleurs que la chimie du cerveau ou du corps ne soit pas affectée. 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 d'ailleurs retrouvent 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.

### **Découper l'espace du négatif, nommer les anomalies**

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

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 divination et de l'inspiration, et des phases de moindre tolérance. 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? Une constante transhistorique me 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 dérangement 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, les anomalies, relèvent du mal, du mauvais, du malheur, du malaise, du mal-être, de la maladie, de l'anormal, 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).

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 sociogénèse), jusqu'à la biologie contemporaine. Sans oublier les nosographies classiques psychiatriques ou psychanalytiques ou les dires profanes : « j'ai pété les plombs ». La nature du négatif est donc variable : sort jeté par autrui, possession par un esprit ou un mort dans l'ordre magique, pêché 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<sup>e</sup> siècle. Le fait que le négatif soit pensé comme relevant du pathologique (sanitaire) est ainsi une construction historique.

Les relations du négatif au positif changent aussi 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 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 de référence. 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...

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 resterait 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), on les réinsère, etc. Les techniques de la 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 (Foucault, 1961), un mode de rapport aux savoirs, un mode d'entrée en relation avec les autres et le monde.

### Normal et pathologique aujourd'hui

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, comme on le verra plus loin en parlant du soin.

49

Néanmoins quelques grandes tendances se dégagent.

- La santé ne s'oppose plus seulement à la maladie, mais, comme l'enregistre la définition de l'OMS, à l'incapacité, la dépendance, la souffrance. Elle devient un équivalent du sentiment de bien-être. On se trouve donc en présence d'une définition haute de la santé mentale, à laquelle peu de monde peut satisfaire.
- Parallèlement, la montée des exigences de normalité et la prescription des comportements dans de très nombreux domaines de la vie ordinaire produit une extension du domaine du trouble.
- 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 » (OMS Europe, 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, corrélativement, le soin du côté du devoir.

- Comme le trouble est de plus en plus pensé de manière déficitaire, les registres d'action évoluent : on tend à renoncer à le guérir, il s'agit plutôt d'une part de stabiliser (rétablir), réadapter, réinsérer les sujets souffrants, d'autre part de les empêcher de nuire.
- Enfin, dernière caractéristique des représentations sociales contemporaines du trouble mental, l'origine du trouble est de plus en plus pensée, au niveau des connaissances légitimes, de manière biologique.

## Les facteurs sociétaux et psychosociaux du trouble

Voyons maintenant une autre dimension sociale du trouble : la société affecte les personnalités. Cela se joue à deux niveaux :

- *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 (1991) décrivant le passage de la névrose à la dépression comme forme pathologique banale caractérisant notre société ou celle de Melman et Lebrun (2009) décrivant « la nouvelle économie psychique » propre aux sociétés occidentales qualifiées de post ou d'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 éventuelle.

### La fabrication sociétale des subjectivités

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.

Les « nouvelles pathologies » seraient une manifestation de cette dépendance sociétale des symptômes. Dans la littérature philosophique, sociologique, psychanalytique, psychiatrique, on trouve depuis plusieurs années une thématique convergente évoquant des « nouveaux symptômes », des « nouvelles

pathologies», voire une « nouvelle économie psychique », des « nouvelles subjectivités ». Si l'on en retient globalement ce qui est donné comme « nouvelles pathologies », on trouve une liste assez hétéroclite : dépression, états limites, perversions, 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, etc.).

Au-delà des ouvrages les plus connus, celui de Ehrenberg (1991) 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, à l'école, au travail, dans les banlieues (Jamouille, 2002 ; Joubert, 2003 ; Furtos, 1999), en lien avec la précarité.

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 (Ehrenberg, 1991 ; De Singly, 2003 ; Aubert, 2004 ; Martuccelli, 2009). Cette mouvance intellectuelle est cependant divisée, car plusieurs modes peuvent s'opposer ou se combiner :

1) Première hypothèse : l'augmentation apparente des troubles psychiques serait due à une psychiatrisation de l'exclusion, à une psychologisation ou sanitarisation des questions sociales.

2) Deuxième hypothèse : les nouveaux symptômes sont de nouvelles demandes adressées au champ « psy » ou aux généralistes, demandes qui auparavant s'adressaient ailleurs (à la religion par exemple) ou ne s'exprimaient pas, ou pas sous forme « psy ».

3) Troisième hypothèse : il y a vraiment de nouvelles structures, pathologiques ou « normales », il faut donc penser l'articulation de la subjectivité et de l'histoire, de la subjectivité et du social et de ses mutations. Dans ce cas, les sociologues – à parler de manière très globale et donc simplificatrice – pensent les nouveaux symptômes comme conséquence de mutations spécifiques du régime symbolique (le savoir est désacralisé, les compétences toujours à prouver, la performance toujours possiblement insuffisante), qui ont modifié les conditions sociétales du malheur psychique.