

L'intervention en « santé mentale » : entre la discipline et le primat du corps

Marcelo Otero

Special Issue, 2003

Le vivant et la rationalité instrumentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1002331ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1002331ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Liber

ISSN

0831-1048 (print)

1923-5771 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Otero, M. (2003). L'intervention en « santé mentale » : entre la discipline et le primat du corps. *Cahiers de recherche sociologique*, 77–97.
<https://doi.org/10.7202/1002331ar>

Marcelo Otero

L'intervention en « santé mentale » : entre la discipline et le primat du corps

De quel sujet parlons-nous lorsqu'on baigne dans le domaine de la santé mentale ? Qui est aujourd'hui le sujet cible des techniques de soins, l'objet d'accompagnements psychologiques, psychosociaux et psychopharmacologiques de plus en plus nombreux ? Qui est celui à qui l'on fait endosser, voire accumuler selon les circonstances ou le contexte de pratique, les identités de malade, patient, client, usager du système de santé, consommateur de soins ou personne en difficulté ? Est-il pertinent de parler encore d'un sujet ?

Si l'on tient compte des pratiques et des discours ayant cours dans le domaine de la santé mentale, on peut affirmer que la personne que l'on soigne ou que l'on soutient est aujourd'hui essentiellement envisagée sous l'angle d'un corps dont il faut dresser l'action et réguler l'humeur. On a de moins en moins affaire à un sujet parlant, doté d'une histoire singulière qui formule une plainte ou éprouve une souffrance à laquelle il faut donner un sens, mais plutôt à un corps dont l'action est soit inhibée et il faut la stimuler, soit inadaptée par rapport aux attentes « environnementales » et il faut procéder à sa réadaptation.

Réguler et dresser l'action d'un corps muet constitue aujourd'hui la substance de la mission thérapeutique des stratégies d'intervention

dont l'objectif global est celui de la santé mentale du sujet. Les anciennes dualités analytiques, diagnostiques, voire ontologiques, corps-esprit ou corps biologique-psyché laissent place à la distinction entre corps machine et corps organisme, qui se montre plus opérante au niveau des modes d'intervention susceptibles de traiter les symptômes ou restructurer les modalités d'agir jugé inadéquat. De surcroît, la distinction corps machine-corps organisme se montre plus congruente avec le mode de régulation contemporain des conduites, caractérisé par l'accent mis sur les valeurs d'autonomie, de responsabilité et d'initiative individuelle.

L'analyse des changements normatifs en cours est indispensable pour comprendre la transformation des stratégies de l'intervention en santé mentale, sans les réduire aux seuls progrès internes des disciplines telles que la psychiatrie, la psychologie, la psychanalyse, la criminologie, le travail social ou la psychoéducation. Il ne s'agit pas pour autant de se lamenter une fois de plus sur « la mort du sujet » en invoquant son éventuel retour, ni non plus d'endosser la thèse de la dualité « corps-esprit » dont la ligne de crête semble impossible à tracer dans le domaine de plus en large de la santé mentale. Il s'agira plutôt d'appréhender la métamorphose des modes d'institution de l'individualité contemporaine, en interrogeant l'ensemble des pratiques de soins qui se donnent comme objectif la santé mentale des personnes.

Relâchement disciplinaire ou nouvelles règles de conduite ?

On connaît le succès sociologique de la thèse que les sociétés occidentales ne se caractérisent plus par l'institutionnalisation de mécanismes de disciplinarisation des besoins, des désirs et des conduites. Le relâchement de la pression disciplinaire qui pesait autrefois sur les individus aurait rendu possible l'épanouissement d'une nouvelle culture psychologique et le développement d'une sensibilité thérapeutique, narcissique et hédoniste. Ce phénomène se serait traduit non seulement par une plus grande autonomie des individus, mais également par l'émergence de nouvelles difficultés, pour l'essentiel d'ordre psychologique. Celles-ci seraient en quelque sorte le prix à payer pour l'affranchissement disciplinaire,

c'est-à-dire la volonté moderne de se libérer de la normalisation rigide des comportements. L'individu contemporain se voit confronté à de nouvelles responsabilités qu'il peut ressentir comme écrasantes — dont celle de choisir ses propres règles de conduite — et pour lesquelles il n'est pas nécessairement préparé psychologiquement et symboliquement.

En Amérique du Nord, le débat autour de l'effondrement de la discipline comme ordre moral régulateur et l'émergence d'un nouveau type d'individu, s'est clairement engagé vers la fin des années 1970. Le travail de Richard Sennett, consacré aux thèmes du repli sur le privé et la fin de la culture publique, et celui de Christopher Lasch, concernant la généralisation de la « personnalité narcissique », encouragent l'idée voulant qu'une psychologisation des rapports sociaux est en cours et se propage par la diffusion sur tout le corps social des nouvelles technologies psychologiques¹. Lasch considère que la crise générale de la culture occidentale se présente comme une libération des conditions répressives du passé, incluant la soumission à des engagements collectifs, vécus désormais comme des formes d'oppression de la singularité individuelle. Sennett, quant à lui, estime que la psychologisation des sociétés occidentales dénote une transition vers un type de société dirigée de l'intérieur, qui exacerbe les composantes psychiques, au détriment des comportements sociaux actifs.

Pour plusieurs, le nouvel individualisme cesse de passer pour un bourgeois repli sur soi et redevient une légitime affirmation du désir d'autonomie, de singularité et de volonté de libre choix de sa vie privée. *L'ère du vide* de Gilles Lipovetsky constitue l'expression la plus achevée de cette lecture optimiste et psychologisante du thème du nouvel individu². Dans cet essai, Lipovetsky soutient que la dynamique des sociétés modernes consistait à immerger l'individu dans des règles uniformes et à noyer ses traits particuliers dans un cadre

1. R. Castel, *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Minuit, 1981, p. 192. Voir R. Sennett, *The Fall of Public Man*, New York, Knopf, 1977 ; C. Lash, *The Culture of Narcissism : American Life in Age of Diminishing Expectations*, New York, Norton, 1979.

2. G. Lipovetsky, *L'ère du vide*, Paris, Gallimard, 1983 et 1993 pour la postface. Voir aussi A. Laurent, *L'individu et ses ennemis*, Paris, Hachette, 1987.

homogène symbolisé par la volonté générale, le peuple, l'identité nationale ou l'éthique du devoir. Par opposition, les sociétés occidentales contemporaines témoigneraient d'une volonté de susciter les particularités, voire de les multiplier.

Les effets de cette profonde mutation sociale ne se limiteraient pas à la soi-disant révolution représentée par l'élargissement des marges de manœuvre des sujets faisant que « l'individu choisit sa vérité, sa morale, ses liens sociaux, son identité³ ». Au diapason du développement vertigineux des sciences de la vie, ils donneraient lieu à l'émergence d'une nouvelle *anatomo-politique* du vivant humain, au sens que les deux pôles visés par le bio-pouvoir foucauldien, c'est-à-dire le corps et la population, « sont en train d'être réarticulés à ce qu'on pourrait nommer une rationalité postdisciplinaire, qui est peut-être aussi postmoderne⁴ ».

La thèse de la fin de l'ordre disciplinaire nous intéresse en ce sens qu'elle permet de mieux comprendre la réorganisation globale qui est en cours dans l'ensemble des stratégies d'intervention en santé mentale. Si l'individu contemporain semble contraint à choisir en fonction d'abord de ce que seraient ses propres besoins — ce qui est montré souvent comme la contre-figure de la volonté « moderne » de normalisation —, cela ne veut pas dire qu'il choisit de choisir ou encore moins qu'il contrôle l'offre des options possibles de sa vie. Mais bien davantage qu'il est soumis à de nouvelles règles sociales implicites qui régulent sa conduite, autrement que par des principes autoritaires.

Ce qu'on appelle aujourd'hui les « besoins du client » dans le domaine de la santé mentale constitue une cible d'intervention fourre-tout capable de s'ajuster à ce que chaque type d'approche et chaque praticien interprètent comme étant les besoins de chaque individu. L'intervention menée, supposément en fonction des besoins particuliers du client, n'exige aucun effort de légitimation a priori, puisque c'est l'individu lui-même qui est censé définir en toute auto-

3. J.-C. Kaufman, *Ego, pour une sociologie de l'individu*, Paris, Nathan, 2001, p. 238.

4. P. Rabinow, « Artifices et Lumières : de la sociobiologie à la biosocialité », dans A. Ehrenberg et A. Lovell, *La maladie mentale en mutation*, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 295.

nomie ses « propres besoins ». Cela, même s'il est en état de profonde détresse psychologique ou de vulnérabilité à l'heure de formuler « sa » demande d'aide. Les notions ambiguës, mais hégémoniques, de « santé mentale », « santé mentale communautaire » ou « équilibre biopsychosocial » fonctionnent comme les cautions idéales de toutes sortes d'interventions multiformes. En ce sens, il semble peu raisonnable de s'opposer à une intervention dont l'objectif revendiqué est l'amélioration, la prévention et la promotion de « la santé de la communauté ».

N'est-ce pas un scénario similaire que nous offre l'impossibilité de définir le trouble mental le plus répandu de la fin du vingtième siècle qu'est la dépression ? Celle-ci n'est-elle pourtant pas traitée, apparemment de mieux en mieux, sans que l'on sache exactement ce que l'on soigne, psychiatres, psychologues et psychothérapeutes de diverses écoles n'arrivant pas à s'entendre sur la nature et les caractéristiques de cette entité clinique ? L'insécurité identitaire, l'impression de mutation permanente du social, la multiplication des repères souvent contradictoires — plutôt que leur absence —, l'impossibilité de définir tant la normalité (la santé mentale, l'équilibre psychologique, etc.) que les troubles mentaux les plus courants (la dépression, l'anxiété, l'hyperactivité, etc.), à quoi s'ajoute la possibilité de plus en plus vraisemblable de modifier le vivant humain à volonté, sont présentées comme des phénomènes qui accompagnent la thèse du dépassement de l'ordre disciplinaire.

Toutefois, on oublie souvent que l'essentiel de la fonction tenue par la discipline n'est pas la poursuite autoritaire de la standardisation des comportements et des attitudes individuelles, mais l'assujettissement des individus à des identités dans le cadre desquelles ils puissent se reconnaître, fonctionner et se sentir interpellés. Ces identités peuvent prendre des formes diverses, mais elles ont une condition, celle de se montrer efficaces pour faire fonction d'interpellation dans une culture et à une époque données. Le fait que ces identités renvoient à un individu comparable aux autres ou radicalement singulier, qu'elles exacerbent les particularités ou qu'elles les laminent, ne constitue pas l'essentiel. Si l'on se place du point de vue de la régulation des conduites, il est secondaire que l'individu au volant de sa voiture boucle sa ceinture de sécurité de lui-même parce qu'il se

conçoit comme un être responsable de la gestion de sa sécurité ou, seulement, parce qu'il se sent contraint de se plier à une norme spécifique. Ce qui importe réellement, c'est qu'il le fasse.

La normativité dans les sociétés occidentales contemporaines a profondément changé, et à plusieurs égards de façon spectaculaire. Il demeure néanmoins que l'exigence d'obéissance et de conformité à certains modèles de conduite, d'une part, et le besoin social de gestion de certains comportements jugés problématiques, d'autre part, n'ont pas pour autant disparu. Ils s'expriment autrement. L'injonction à personnaliser la moindre futilité (message vocal, fond d'écran d'ordinateur, cartes de souhait, etc.) en affirmant à chaque occasion sa différence subjective, rappelle inlassablement que nous sommes des êtres uniques, comparables à nul autre que nous-mêmes, et illustre la nature des nouvelles règles sociales. Les expériences en psychologie sociale expérimentale montrent combien il est nécessaire aujourd'hui d'invoquer de façon claire qu'un sujet est libre de faire ce qu'il veut si l'on veut qu'il fasse ce qu'on attend de lui ! « L'étrange pouvoir qu'ont les déclarations de liberté dans la pratique de l'exercice du pouvoir⁵ » est mis à contribution dans de nombreuses stratégies d'intervention en santé mentale qui pourtant affirment ne répondre qu'aux besoins spécifiques du client.

Si l'on demande aux individus de prendre de plus en plus de responsabilités, si les frontières entre le public et le privé semblent basculer dans le sens d'un désinvestissement du premier au profit du second, et si les regroupements associatifs et communautaires se substituent aux mouvements sociaux classiques, ces transformations, bien que profondes, ne conduisent pas nécessairement à l'affranchissement par rapport aux principes d'un ordre disciplinaire. Elles révèlent plutôt une réorganisation du mode de régulation des conduites qui psychologise les rapports sociaux et traduit une partie significative des clivages, des tensions et des conflits, en termes de « mal-être », « insécurité », « maladies de l'âme », « manque d'habiletés », « défaut d'adaptation », « absence de projet de vie », « dépendance », « troubles de l'humeur », etc. Autant de thèmes qui invitent à l'intervention psychosociale et la légitiment.

5. J.-L. Beauvois, *Traité de la servitude libérale*, Paris, Dunod, 1994, p. 9.

L'individu contemporain se conçoit comme un être d'initiative qui ne doit son bonheur, ou son malheur, qu'à lui-même, et qui évolue dans un environnement réticulaire plein de possibilités et de dangers. Contraint de s'orienter en fonction de balises indicatives plutôt que normatives, il est conscient que son sort dépend de sa capacité d'adaptation aux exigences de l'« environnement ». Autonome et responsable, bien qu'anxieux et déprimé, l'individu postmoderne trouve sa contre-figure dans l'individu par défaut, selon l'expression de Robert Castel, dont l'itinérant, le sans domicile fixe ou le *homeless* incarnent la version la plus dramatique. Par leur seule existence, ces figures référentielles extrêmes réintroduisent brutalement le thème de la métamorphose des formes de la conflictualité contemporaine à côté de celui de la mutation des règles de l'individualité. Si l'on néglige cette dimension d'analyse, on ne comprendra pas pourquoi les traitements indiqués pour endiguer les *fâcheux ratés* de la socialisation contemporaine (chômeurs chroniques, enfants hyperactifs, drogués, déprimés, mères monoparentales, jeunes délinquants, etc.) ainsi que les grilles pour les interpréter relèvent de plus en plus des paradigmes de la gestion biopsychosociale individuelle⁶.

L'intervention sur le corps machine

Il n'est pas nécessaire de se pencher longuement sur les discours justifiant l'ensemble des stratégies d'intervention psychologique non médicamenteuse pour repérer les effets adaptatifs qu'elles véhiculent. Le déclin de la psychanalyse et l'*aggiornamento* des approches d'inspiration humaniste-existentielle s'accompagnent de l'émergence-résurgence de tendances d'intervention revendiquant comme atout principal leur caractère instrumental, leur simplicité théorique et leur souplesse d'adaptation à de nombreux contextes et situations. Les stratégies d'intervention cognitivo-comportementale et celles que nous avons appelées ailleurs modèles d'intervention communautaire ont connu une expansion extraordinaire au cours des vingt-cinq

6. Lipovetsky affirme que « marginaux, déserteurs, jeunes grévistes enragés sont encore "romantiques" ou sauvages, leur désert chaud est à l'image de leur désespoir et de leur fureur de vivre autrement [...]. Il faudra donc encore plus d'encadrement, d'animation et d'éducation pour refroidir ces nomades » (*op. cit.*, p. 64).

dernières années⁷. Elles prétendent aujourd'hui être les plus dynamiques et les plus prometteuses.

De nombreuses interventions d'inspiration cognitivo-comportementale et communautaire, et même certaines formes de psychothérapies d'orientation humaniste-existentielle, ne sont pas aussi éloignées qu'on le croirait du dispositif de dressage disciplinaire⁸ que Foucault a décrit à partir de l'exemple paradigmatique de la prison. Dans *Surveiller et punir*, il rappelle les effets de la forme historique de l'ordre disciplinaire caractérisé par le déploiement et l'application de techniques précises sur les « corps muets » des sujets, visant la modification concrète de leur comportement, plutôt que celle de leurs représentations⁹. Mais si les techniques disciplinaires étaient à une certaine époque, si l'on peut dire, enfermées à l'intérieur des institutions qui leur ont donné naissance, prisons, casernes, hôpitaux, usines, ateliers, écoles, elles se sont diffusées graduellement à l'échelle du corps social.

D'autres institutions ont ainsi récupéré, réutilisé et transfiguré certaines de ces méthodes de dressage des corps en les adaptant à des situations particulières. En retour, le principe de la discipline a étendu son emprise sur des pratiques diverses tout en augmentant son efficacité. Au fur et à mesure que le principe de la discipline se déploie à l'échelle du corps social, ses effets s'incarnent dans les individus qui deviennent à leur tour les instruments de son élargissement. Pour Foucault, dans les premiers stades du déploiement de la discipline, les corps des individus sont fragmentés dans une série de petites unités dont la dimension signifiante est progressivement réduite au silence. À cette fragmentation des corps s'ajoute la formalisation des opérations qui relient ces unités entre elles et les redéplient dans les contextes les plus divers, faisant émerger

7. M. Otero, « Les stratégies d'intervention psychothérapeutique et psychosociale au Québec. La régulation des conduites », *Sociologie et sociétés*, vol. 32, n° 1, printemps 2000, p. 213-228.

8. Nous utilisons le mot dressage dans son acception la plus courante : « imposer un régime de comportement à quelqu'un, le plier à une discipline, lui faire prendre certaines habitudes » (Larousse, Lexis, 1989).

9. Selon Foucault, les rapports de pouvoir passent matériellement dans l'épaisseur même des corps sans avoir à être relayés par la représentation du sujet.

véritablement un espace disciplinaire. La clé du fonctionnement de ce dernier réside pour l'essentiel dans la mise en code d'une organisation plus ou moins structurée à l'intérieur de laquelle les êtres humains deviennent non seulement plus dociles et manipulables, mais également interchangeables.

Dans les formes de pouvoir despotique, caractérisées par la coercition et la violence, le pouvoir a une visibilité maximale tandis que les sujets ou les foules demeurent dans l'ombre, jusqu'au moment où ils deviennent la cible spécifique dudit pouvoir. Dans les sociétés disciplinaires, les rapports de visibilité pouvoir-sujets sont renversés. Ce sont les sujets qui disposent de la plus grande visibilité possible alors même qu'ils sont constamment visés par un pouvoir sans visage. Le moindre détail de la vie quotidienne est scruté, ce qui rend possible l'application de micropénalités (sanctions normalisatrices spécifiques) permettant à la discipline d'opérer sur les conduites trop locales qui glissent entre les mailles du filet du droit et du système de justice. Le dressage et l'encadrement systématique des conduites minuscules, qui s'expriment au niveau de la vie domestique et du quotidien, induit des micropénalités du temps, des discours, de la sexualité, etc. Celles-ci s'avèrent essentielles pour la constitution des êtres humains en sujets « capables de fonctionner » de façon jugée adaptée, à l'intérieur des divers environnements où ils sont censés évoluer.

L'application systématique et continue des micropénalités sur le corps des sujets se traduit par une « différenciation qui n'est pas celle des actes, mais des individus eux-mêmes, de leur nature, de leurs virtualités, de leur niveau et de leurs valeurs¹⁰ ». La mise en œuvre d'un processus implicite permettant de classer les sujets est cruciale : l'égalité formelle des individus-citoyens peut être ainsi contrebalancée par l'exercice plus insidieux des méthodes de dressage disciplinaire. Celles-ci contribuent à instaurer des clivages à l'intérieur des sujets eux-mêmes par le biais de leur assujettissement à certains traits identitaires jugés adaptés plutôt qu'à d'autres jugés inadaptés. L'existence de ce sous-sol disciplinaire, obscur et sans gloire qui sous-tend les lumineuses libertés formelles de « l'homme moderne » garantit non seulement la reproduction plus ou moins discrète des clivages sociaux,

10. M. Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 213.

mais permet également de relier ces derniers à des dysfonctionnements individuels. Dysfonctionnements que les progrès des savoirs scientifiques et de leurs applications sur le plan social viendraient un jour à résoudre par le développement de techniques adaptées aux besoins de chaque « client » en difficulté. Le déploiement de la science produit du réel, en termes de domaines de connaissance et d'intervention, et du vrai, en termes de savoirs opérationnels.

De nombreuses interventions psychologiques contemporaines, à l'instar du fonctionnement de la discipline dans ses premiers stades, semblent envisager les sujets comme des êtres sans langage et sans histoire. Les corps muets sont susceptibles d'apprendre à fonctionner de manière efficace dans des environnements particuliers, en développant des habiletés sociales précises au moyen de techniques spécifiques, pour l'essentiel des schémas comportementaux et des routines cognitives. Toutefois, la plupart des interventions psychothérapeutiques et psychosociales contemporaines ne ciblent que certains comportements précis sur lesquels on souhaite opérer des modifications, soit parce qu'ils sont définis comme étant à l'origine desdits dysfonctionnements, soit parce qu'ils sont susceptibles d'être « réadaptés » afin de permettre au sujet une meilleure performance sociale dans l'ici et maintenant.

On peut supposer que les encouragements ou les renforcements du thérapeute, et du patient lui-même qui apprend progressivement à s'autorenforcer, jouent également le rôle de micropénalités. À la différence, que c'est le sujet lui-même qui est censé cogérer de façon active le processus de modification de son répertoire cognitivo-comportemental, en assumant une responsabilité significative dans la gestion de sa conduite. On demande au sujet contemporain de devenir de plus en plus actif dans le rôle d'instrument de son propre assujettissement et, le cas échéant, de celui de son entourage, plutôt que de demeurer, si l'on peut dire, l'effet-objet plus ou moins passif de la discipline. Les choses se passent comme s'il s'agissait de procurer au « client » les instruments thérapeutiques nécessaires — techniques d'affirmation, méthodes d'évaluation de la « réalité », mécanismes de négociation et de résolution de conflits, formules pratiques de gestion des émotions ou de développement des capacités spécifiques, etc. — lui permettant de s'adapter à un contexte déterminé : dans un premier

temps, encadré par le thérapeute, il intériorise les renforcements positifs, les mises au point et les ajustements en cours de route, etc. ; dans un deuxième temps, sous sa propre responsabilité, il devient susceptible de réutiliser de façon autonome les techniques apprises.

Le fait que la plupart des interventions psychothérapeutiques et psychosociales contemporaines sont prétendument adaptées aux besoins spécifiques des clients ne constitue qu'en apparence un pas favorisant l'autonomie des sujets. Les individus reconduisent en eux les effets du dressage disciplinaire, car la discipline est la « technique spécifique d'un pouvoir qui se donne les individus à la fois pour objet et pour instrument de son exercice ¹¹ ». Très souvent, les supposées demandes du client ne sont pas tant les siennes que celles du mode institutionnalisé de régulation de sa conduite, lui permettant de fonctionner de façon adaptée dans les environnements où il évolue. Or, ceux-ci sont aujourd'hui caractérisés par une extrême instabilité et incertitude : taux de divorce élevé, précarité des conditions d'emploi, décrochage scolaire, etc. Ces conditions environnementales « normales » demandent aux sujets de se plier à de nouvelles règles plus axées sur la flexibilité que sur la rigidité.

Le type de punition administrée dans la prison, telle que décrite par Foucault, ne visait pas une représentation de signes adressés à un public témoin d'un châtement exemplaire, avec ses composantes didactiques et morales. Mais plutôt une modification tangible du comportement du prisonnier par l'application de techniques précises. Dans cette optique, Foucault définissait la discipline comme une « anatomie politique soucieuse du détail ». Si dans les sociétés contemporaines la discipline semble moins soucieuse du détail, en ce sens qu'elle ne s'attarde plus à ce qui semble « fonctionner » pour le faire « fonctionner » d'une façon « standardisée », elle n'est pas pour autant moins « politique » que par le passé. Si les procédés disciplinaires se sont longtemps dérobés aux analyses de la théorie politique, c'est parce que, dans les sociétés démocratiques libérales, la politique elle-même s'exerce à travers des techniques considérées comme détachées du politique et souvent cautionnées par des disciplines scientifiques. Dans le cas de la plupart des interventions psychothérapeutiques et

11. *Ibid.*, p. 200.

psychosociales contemporaines, leurs promoteurs se targuent de ne porter aucun jugement moral à l'égard des comportements du client, mais de mettre à sa disposition des techniques qui l'aideront à satisfaire, à sa façon, ce qui serait ses besoins. Mais curieusement, ce dont le client a besoin tend à se confondre systématiquement avec ce dont l'environnement a besoin.

L'intervention sur le corps organisme

Si l'on fait abstraction de l'application de certains traitements de choc, comme l'électroconvulsivothérapie, ou certaines techniques psychochirurgicales, telles les lobotomies, ce n'est qu'au début des années 1950 que l'on a mis au point une série de molécules chimiques permettant à la psychiatrie d'élargir considérablement sa palette thérapeutique. La pauvreté et le manque d'efficacité des moyens thérapeutiques remettait jusqu'alors en question le statut de la psychiatrie en tant que discipline médicale.

Du même coup, de nouvelles hypothèses biologiques concernant, non pas tant l'étiologie, c'est-à-dire la recherche des causes de la maladie mentale, que l'étiopathogénie¹², c'est-à-dire la compréhension des mécanismes à l'origine des syndromes de ce que l'on commence alors à appeler les « troubles mentaux », ont eu pour effet de revigorer la pertinence de la psychiatrie en tant que méthode de diagnostic et de traitement médical. Cette nouvelle étape de naturalisation de la psychiatrie, qui lui permet de réintégrer le giron médical forte d'une nouvelle légitimité, s'appuie sur les progrès de sciences solidement établies ou pleines d'avenir (neurobiologie, neurochimie, neurophysiologie, psychopharmacologie, biologie moléculaire, génétique, etc.) et sur des techniques de recherche et de diagnostic que l'on dit révolutionnaires¹³ (tomographie par émission de positrons,

12. Cette affirmation de Widlöcher illustre bien le raisonnement étiopathogénique : « La preuve est faite que les antidépresseurs marchent sur une réponse d'épuisement ou d'inhibition, quelle qu'en soit la cause ou la raison. » Plus loin, il ajoute : « J'y insiste, quelles que soient les origines morales ou organiques des causes, le traitement médicamenteux agit de façon spectaculaire » (D. Widlöcher, *La psyché carrefour*, Paris, Georg, 1997, p. 73-74).

13. Ce n'est qu'au cours des années 1980 que les applications des avancées dans les domaines de la radiologie et l'informatique ont permis à la neuropsychi-

imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, magnéto-électro-encéphalographie, etc.). La convergence des avancées des neurosciences, de l'informatique et de la génétique ouvrait dès lors la voie à de nouvelles utopies, comme celle d'élaborer la carte psychobiologique de la personnalité à partir des marqueurs sanguins et génétiques, ou encore celle de la téléportation de l'information des cerveaux, en alliant les derniers développements de la neurobiologie, de la robotique et de la numérique.

La prétention à considérer la psychiatrie comme une discipline médicale comparable aux autres par le biais de la naturalisation de son objet d'étude et d'intervention se heurte, de manière récurrente, au fait qu'elle est une médecine très particulière. La psychiatrie se trouve plus que toute autre spécialisation médicale, ou plutôt de manière plus évidente, au carrefour des changements normatifs et des développements scientifiques. Aux importants changements relatifs au mode de régulation des conduites dans les sociétés libérales qui s'opèrent vers la fin des années 1970, s'ajoute, dans le domaine de la psychiatrie, ce que plusieurs ont appelé la révolution néokraepelinienne¹⁴. L'un des principaux mérites attribués à cette « révolution psychiatrique » est celui d'avoir trouvé une solution radicale au chaos nosographique et diagnostique dans le domaine de la santé mentale, en mettant un terme aux polémiques entre les tenants de différentes doctrines étiologiques. En effet, après plusieurs années de recherches, l'American Psychiatric Association publie un nouveau manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le *DSM-III*¹⁵, susceptible de permettre aux cliniciens, toutes orientations théoriques confondues, d'établir des diagnostics comparables. Ce manuel censé conduire à la mise en place d'un modèle d'intervention plus

logie de se pencher sur l'étude des relations entre structures et fonctions cérébrales non seulement sur le cerveau des personnes décédées ou cérébrólésées, mais notamment sur le cerveau vivant et « normal ».

14. Le psychiatre allemand Emil Kraepelin a marqué la discipline notamment avec la publication de son *Traité de psychiatrie* à la fin du dix-neuvième siècle. Il s'y consacre à établir une classification des maladies mentales en fonction de critères cliniques « objectifs ».

15. DSM est le sigle du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* qui publie l'American Psychiatric Association. Le DSM-III date de 1980, le DSM-III-R est paru en 1988 et le DSM-IV a vu le jour en 1994.

opératoire et plus standardisé entendait établir les bases objectives d'un consensus nouveau genre, qu'on appelle en épidémiologie la *fidélité interjuge*.

Ainsi, plutôt que de donner davantage de place à la diversité et à la singularité comme auraient pu le vouloir les partisans de la thèse de la fin de l'ordre disciplinaire, les auteurs du manuel ont mis sur pied des comités de négociation dans le cadre desquels les différents corps professionnels de praticiens américains devaient s'entendre et parvenir à un consensus. Parallèlement, des études épidémiologiques à grande échelle sur des populations homogènes pour chaque catégorie de trouble mental étaient réalisées, tandis que des outils statistiques permettaient d'évaluer la fiabilité des critères diagnostiques, en lien avec des questionnaires diagnostiques structurés. Le but visé était celui de réduire au minimum le rôle joué par le jugement personnel du clinicien dans l'établissement du diagnostic et du traitement. Toutefois, pour passer du chaos à l'ordre diagnostique et nosographique, il fallut procéder à deux opérations majeures riches de conséquences, d'une part, remplacer le raisonnement étiologique par le raisonnement étiopathogénique (ou syndromique) et, d'autre part, si l'on peut dire, faire entrer l'esprit dans le corps.

La première opération fondamentale a consisté à contourner la question des causes invisibles des anciennes pathologies mentales, considérée comme non pertinente. Cette question a été vue dès lors comme une source continue de conflits irréductibles, plutôt que comme la production de discours plus locaux et plus près des singularités pathologiques dans la pratique psychiatrique. La recherche scientifique ne devait se concentrer désormais que sur la seule compréhension des mécanismes déclenchant les symptômes, au lieu de perdre du temps à la recherche de causes invisibles. En ce qui concerne les diagnostics, ils devaient se fonder sur la description aussi fidèle que possible des symptômes ou des comportements ayant amené le patient à la consultation, en faisant abstraction des processus non directement observables. Ladite classification syndromique, c'est-à-dire l'identification et la description d'un ensemble cliniquement significatif de symptômes associés à une forme de souffrance psychique ou à une incapacité dont se plaint la personne en consultation, se voulait de plus une façon de procéder athéorique qui n'a

plus besoin de s'étayer sur une psychopathologie classique pour établir un diagnostic. Celle-ci étant forcément associée à une doctrine étiologique, proposant une théorie de l'origine des troubles mentaux, voire leur donner un sens.

L'un des objectifs du *DSM-III* (1980) était de rendre possible l'existence d'un langage commun aux chercheurs et cliniciens afin d'établir une meilleure communication entre recherche et intervention thérapeutique. Il n'en demeure pas moins que certains critères méthodologiques indispensables à la recherche furent imposés à la pratique clinique, ce qui s'est traduit par un effet de standardisation plutôt que par un raffinement diagnostique. Le choix méthodologique de privilégier ce qui est directement observable au détriment de ce qui peut être cliniquement pertinent, mais qui ne s'offre pas d'emblée à l'observation, ne peut pas être athéorique. À tout le moins, la soi-disant neutralité théorique déclarée par les auteurs du *DSM* dans ses versions successives va dans le sens de la consolidation d'un nouvel équilibre entre des modèles théoriques pluriels. Équilibre marqué par le déclin de la psychanalyse, et plus largement par celui des modèles centrés sur l'analyse des causes invisibles des symptômes, et en contrepartie marqué par la montée du paradigme cognitivo-comportemental, et par les modèles centrés sur le contrôle des symptômes et « l'outillage des usagers¹⁶ ». Concrètement, le *DSM-III* se débarrasse presque intégralement de l'ensemble des notions d'inspiration psychanalytique tandis que le *DSM-IV* effacera les dernières traces psychodynamiques en éliminant définitivement les termes « trouble névrotique » d'un paysage nosographique désormais résolument qualifié d'athéorique. Certains auteurs aujourd'hui vont jusqu'à conclure que la neutralité de ces manuels est « un paravent camouflant une idéologie béhavioriste¹⁷ », d'autres affirment que « l'alliance des tenants du médicament seul avec ceux des techniques cognitivo-comportementales ne vise qu'un ennemi : le psychisme¹⁸ », que l'on tente systématiquement de biologiser.

16. M. Otero, « L'intervenant psychosocial et sa " magie " », *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 28, n° 1, p. 105-114.

17. J. Gasser et M. Stigler, « Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM », dans A. Ehrenberg et A. Lovell, *op. cit.*, p. 234.

18. É. Zarifian, *La force de guérir*, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 153.

S'il est vrai que le diagnostic constitue « la première étape d'un processus technologique de transformation d'une personne avec une plainte ambiguë en un client avec un trouble mental défini ¹⁹ », cette détermination de la maladie peut se faire désormais avec une facilité désarmante : en cochant une liste de symptômes ou en faisant remplir un simple questionnaire structuré au patient. Ce qui prenait (ou devrait prendre) plusieurs séances d'échanges avec la personne en consultation peut être aujourd'hui accompli en quelques minutes avant de prescrire un médicament psychotrope indiqué pour le syndrome « scientifiquement » déterminé. Cette manière de procéder, qui s'appuie sur des études épidémiologiques à grande échelle, représente « la moyenne de tous les symptômes mais ne correspond à ceux d'aucun soigné en particulier ²⁰ ». Elle contribue en fait à « discipliner » les singularités plutôt qu'à les susciter, c'est-à-dire à reconduire de façon sourde un modèle de normalité et d'anormalité psychologique et sociale. Le souci scientifique d'objectiver le subjectif ne semble donc possible qu'en évacuant l'intentionnalité, l'histoire singulière et la parole signifiante de la personne en consultation. Bref, en faisant l'économie de l'esprit et de l'histoire du sujet.

C'est en ce sens qu'il est nécessaire de faire entrer l'esprit du sujet dans son corps, si l'on veut procéder de manière neutre ou athéorique, c'est-à-dire si l'on veut respecter le critère scientifique de fidélité interjuge. Le corps machine ne parle que pour donner des informations factuelles utiles à son processus de dressage, le corps organisme se contente de répondre à des questions dites structurées : avez-vous des troubles de sommeil ? Vous sentez-vous fatigué ? Avez-vous des idées noires ? Depuis combien de temps cela dure-t-il ? Les réponses à ces questions sont susceptibles de mener en quelques minutes à l'établissement d'un « diagnostic fidèle ». Ce que l'on demande au sujet, c'est d'être l'interlocuteur discret capable de limiter son discours, voire le pétrir, aux exigences minimalistes et standardisées de la classification syndromique. La parole vidée de son intentionnalité contribue à homogénéiser les populations cliniques et à faciliter la

19. S. Kirk et H. Kutchins, *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, De Gruyter, 1992, p. 222.

20. É. Zarifian, *op. cit.*, p. 49.

généralisation de l'indication d'un même traitement pour chaque syndrome, qui est très souvent la seule prescription d'un médicament psychotrope²¹.

Le titre du dixième congrès de l'Association mondiale de psychiatrie tenu en 1996, *One world, one language*, synthétise l'ambition de standardisation au niveau des diagnostics, des traitements et de la formation des psychiatres, qui a animé les versions successives du *DSM* parues depuis 1980²². De plus, s'il est vrai que les *DSM* successifs sont parvenus à définir plus de trois cents diagnostics différents, les indications de traitements chimiothérapeutiques ont conduit «à prescrire une des substances appartenant aux quatre seules classes thérapeutiques utilisées en psychiatrie : les neuroleptiques ou anti-psychotiques, les anti-dépresseurs, les tranquillisants (et les hypnotiques), le lithium et ses apparentés. Quatre classes thérapeutiques pour trois cent vingt diagnostics²³ ! »

Quant au caractère objectif et scientifique de la classification syndromique, rien n'est moins sûr. Il est remis en question y compris par certains membres de l'*establishment* de la psychiatrie biologique, tel ce chef de file dans le domaine de la dépression, qui affirme en 1990 que « depuis trente ans la confusion domine la classification des dépressions [...]. Tout bien considéré la situation actuelle a empiré. À l'époque les psychiatres savaient au moins que régnait le chaos diagnostique [...]. Aujourd'hui, ce chaos est codifié, et la confusion ainsi dissimulée²⁴. » S'il semble impossible de définir de manière précise les catégories nosographiques les plus utilisées (dépression, anxiété, hyperactivité, etc.) ainsi que d'autres concepts aussi fondamentaux pour l'intervention (dysfonctionnement, trouble mental, santé mentale, etc.), cela n'empêche pas de prétendre qu'on soigne de mieux en

21. Les enjeux économiques, notamment les intérêts des puissantes compagnies pharmaceutiques, qui se trouvent au cœur de ce schéma de diagnostic-prescription soi-disant athéorique ont été largement soulignés ailleurs. Voir É. Zarifian, *Le prix du bien-être*, Paris, Odile Jacob, 1996.

22. S. Kirk et H. Kutchins, *Making Us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, New York, Free Press, 1997.

23. É. Zarifian, *La force de guérir*, op. cit., p. 53.

24. H. Van Praag, « The DSM-IV (depression) classification : to be or not to be ? », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 78, n° 3, mars 1990, p. 148 et 149, cité dans A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 1998.

mieux. Notamment, parce que les médicaments dont on dispose aujourd'hui sont plus facilement maniables par les omnipraticiens, les psychiatres et les usagers eux-mêmes, en plus de présenter moins d'effets secondaires qu'aux débuts de la révolution psychopharmacologique des années 1950²⁵. Si la plus grande efficacité des nouvelles molécules chimiques mises au point par les compagnies pharmacologiques à partir des années 1980 est encore l'objet de vifs débats²⁶, en revanche, leur statut acquis de médicament « confortable » couplé à l'ambiguïté diagnostique de la classification syndromique, contribue à assurer leur diffusion au-delà des populations cliniques, qui seraient véritablement concernées.

Ainsi, les variations de l'humeur découlant des expériences de difficulté de la vie quotidienne sont appelées de plus en plus états dépressifs, anxiogènes, voire anxio-dépressifs, et facilement traités au moyen de médicaments psychotropes. Toutefois, apaiser la souffrance psychique qui est liée à l'existence, et qui de fait est non pathologique, à l'aide de médicaments psychotropes continue d'être jugé moins légitime ou moins naturel que d'avoir recours à des méthodes psychothérapeutiques à proprement parler : l'action du psychisme du praticien sur le psychisme du patient, les démarches de croissance personnelle, les groupes de soutien, la lecture d'ouvrages de psychologie populaire, etc. Cette différence de perception n'est pas à chercher dans des visées qui seraient opposées dans les deux modes d'intervention, mais dans le fait qu'au tour de force du biologisme de vouloir faire entrer l'esprit dans le corps, s'oppose celui non moins utopique d'un certain spiritualisme : vouloir faire entrer le corps dans l'esprit.

Le sujet n'est ni exclusivement l'un ni exclusivement l'autre, et le vivant humain est les deux, corps et esprit, bien que les mots pour le dire fassent défaut. Le retour à la terminologie dualiste ne peut se justifier que par des disputes épistémologiques ou des intérêts

25. D. Widlöcher affirme : « Au niveau du diagnostic, il n'y a pas eu de grande évolution. Les catégories que nous utilisons ne sont pas très différentes de celles qu'on utilisait à mes débuts. Les pratiques de soins, elles, se sont systématisées grâce à une palette thérapeutique plus riche. L'élément clé : le médicament, c'est évident » (D. Widlöcher, *op. cit.*, p. 68).

26. D. Cohen, « Les "nouveaux" médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé ? », *Sociologie et sociétés*, vol. 28, n° 2, 1996, p. 17-34 ; et aussi P. Breggin, *Talking Back to Prozac*, New York, St. Martin's, 1994.

socioprofessionnels concurrents. Il est indéniable cependant que le dressage comportemental du corps machine a des effets biologiques, et que la régulation biologique de l'humeur du corps organisme a des effets comportementaux. Psychoéducation et chimiothérapie sont deux moyens de parvenir à un même objectif : contribuer à faire du sujet un être capable de fonctionner de façon « adaptée » dans le cadre des contraintes quotidiennes imposées par le style de vie contemporain. L'adaptation du sujet à son « environnement » étant le principal critère sur lequel s'appuie la notion contemporaine de santé mentale.

Il n'en demeure pas moins que la souffrance psychique dans ses manifestations subjectives, tristesse, douleur morale, idées noires, angoisses, semble attirer moins l'attention des psychiatres que les dysfonctionnements de l'action et leurs manifestations objectives, ralentissement psychomoteur, perte d'énergie, retrait social, etc. Dans le cas concret de la dépression, c'est moins la tristesse que le déficit énergétique qui explique de plus en plus ce syndrome, s'il s'agit toutefois d'une « vraie » dépression. En effet, quelqu'un peut souffrir, mais pour qu'il soit déprimé, il lui faut plus que souffrir, il lui faut être bloqué dans ses activités. C'est toute la différence entre quelqu'un de triste, sur lequel les antidépresseurs n'auront pas d'effet, et un déprimé²⁷. Lorsque la capacité d'action du déprimé est restaurée par l'action des molécules chimiques, il retrouve suffisamment de dynamisme et d'énergie pour être capable de lutter contre la tristesse et les pensées douloureuses²⁸.

Aujourd'hui, la psychiatrie biologique et la psychopharmacologie donnent les mots pour nommer la souffrance psychique et l'amélioration des performances dans la vie quotidienne. Parallèlement, les neurosciences et la génétique véhiculent le langage de l'espoir en promettant la guérison de maladies mentales jusqu'ici incurables et en esquissant des rêves de performances surhumaines.

27. D. Widlöcher, *La psyché carrefour*, op. cit., p. 73. La thèse du ralentissement psychomoteur est développée dans D. Widlöcher, *Les logiques de la dépression*, Paris, Fayard, 1983.

28. Pour une analyse sociologique du passage de l'intérêt de la psychiatrie des « dérèglements de l'humeur » aux « dérèglements de l'action » dans le cas de la dépression, voir A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, op. cit., chap. VI, « La panne dépressive ».

Toutefois, l'on constate dans les revues de psychiatrie le décalage entre les avancées certes impressionnantes des neurosciences et leurs applications psychiatriques pratiques, encore décevantes. Il n'existe en effet aucun marqueur objectif, qu'il soit biologique, génétique, sanguin, radiologique, électrique ou magnétique pouvant être relié à un diagnostic spécifique²⁹. L'essentiel de ce dernier repose encore sur l'évaluation subjective du praticien, même si elle est structurée par les modes d'emploi des manuels diagnostiques.

Si les tendances dominantes en psychothérapie visent le dressage du corps machine afin de réadapter les conduites des sujets, les développements les plus prometteurs en psychiatrie visent la modification de l'économie neurochimique du corps organisme afin de réguler son action soit en la restaurant, soit en la rendant compatible — c'est-à-dire en somme en la réadaptant — aux exigences de l'environnement de la personne traitée. Plutôt qu'opposées, ces deux tendances trouvent un terrain d'entente dans leur objectif commun de contribuer à l'*adaptation* des sujets. C'est en ce sens qu'elles nous semblent imprégnées d'un même souci *disciplinaire* implicite, qui serait celui de structurer le champ des conduites possibles des patients « malades » ou des clients à la recherche d'une « meilleure adaptation ».

On pourrait faire l'hypothèse que la représentation d'un corps machine et celle d'un corps organisme se rejoignent de plus en plus dans celle d'un corps espèce, ce vivant humain qui doit s'adapter impérativement aux conditions externes qui lui sont imposées. La rebiologisation de l'action du corps machine et celle du corps organisme se prolonge dans une certaine naturalisation de la société de plus en plus comprise comme un environnement : un système homéostatique³⁰ à la recherche perpétuelle de l'équilibre, voire de l'harmonie. Une telle appréhension du social permet de faire l'écono-

29. La directrice de la revue de l'American Psychiatric Association, Nancy Andreasen, affirme : « Il n'y a jusqu'à présent aucun marqueur diagnostique biologique pour des maladies mentales sauf les démences telle la maladie d'Alzheimer » (« Linking Mind and Brain in the Study of Mental Illness : A project for a Scientific Psychopathology », *Science*, vol. 275, mars 1997, p. 1586-1587.

30. On doit à Claude Bernard d'avoir promu l'idée d'homéostasie par ses travaux sur la constance du « milieu intérieur », mais c'est Walter B. Cannon qui, dans *The Wisdom of the Body*, New York, Norton, 1932, a forgé le terme à partir de deux mots grecs, *stasis* (état, position) et *homoios* (égal, semblable à).

mie des rapports de force, des conflits, des contradictions, des antagonismes, des ruptures, des impasses subjectives.

Si dans le cas des interventions psychoéducatives, la métavaleur thérapeutique de l'adaptation sociale se présente comme la condition *sine qua non* de la santé mentale des sujets³¹, dans le cas des interventions psychobiologiques, la santé mentale, définie en termes de nouvel équilibre neurochimique, devient un préalable de cette adaptation. Cela a pour effet de délocaliser une fois de plus le lieu imaginé de gestation et de résolution, tant des expériences de difficulté des individus que celles de nombreux problèmes sociaux : dans un premier temps on glisse du social au psychologique, et dans un deuxième temps, du psychologique au neurobiologique. La traque en amont à laquelle on assiste aujourd'hui, par exemple en ce qui concerne les causes de la dépression chez les adultes et l'hyperactivité chez les enfants, a pour effet le cloisonnement graduel de la psychiatrie dans les contrées somatiques des neurosciences, voire de la génomique.

Symptomatique à cet égard est le fait que lorsqu'on aborde les interventions spécifiquement psychopharmacologiques, on constate que les multiples visages de l'inadaptation cognitive, comportementale, affective et sociale se cristallisent de plus en plus autour de deux figures psychopathologiques aussi emblématiques qu'imprécises : celles de l'adulte déprimé et de l'enfant hyperactif. Dans la première, on croit déchiffrer les signes avant-coureurs de la désaffiliation sociale de l'individu, futur chômeur incapable de se prendre en main et client potentiel à vie des services sociaux, dans la seconde, on craint de déceler chez l'enfant les symptômes annonciateurs d'une possible « carrière délinquante ». C'est ainsi que la psychiatrie neuroscientifique et la génomique font miroiter depuis les années 1980 la promesse de contribuer à résoudre à leur source biologique deux des plus importants problèmes des sociétés contemporaines : le chômage et la délinquance.

31. Nous développons les enjeux de cette tendance lourde en santé mentale dans M. Otero, *Les règles de l'individualité contemporaine : santé mentale et société*, Sainte-Foy, Presses de l'université Laval (sous presse).