

La reconnaissance du trouble mental. Psychiatrie, médecine et bien-être (1950-1980)

Philippe Le Moigne

Number 41-42, 2005

Nouveau malaise dans la civilisation : regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1002461ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1002461ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département de sociologie - Université du Québec à Montréal

ISSN

0831-1048 (print)

1923-5771 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Le Moigne, P. (2005). La reconnaissance du trouble mental. Psychiatrie, médecine et bien-être (1950-1980). *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 91–114. <https://doi.org/10.7202/1002461ar>

Article abstract

When studying medicine in relation to social control, the sociological analysis often forgets to mention the values underlying medicalization. The development of American psychiatry, between 1950 and 1980, enlightens the driving force exerted by the individual's defense in promoting mental health. The principle of individuality has offered a new perspective on patients' rights and on the legitimization of psychic disorders. However, it also initiated a well-being requirement, acquired through the treatment of pain, and surpassing individual accomplishment. This moral pattern feeds the medicalization and also subjugates it to the contradictory imperative of the subject's compensation and protection. As this article attempts to demonstrate, psychiatry, as a psychological medicine, explains this tension in greater detail. The ambivalence of health requirements affects the organisation of professional morphology, influences the evaluation of psychiatric categorization, and modifies its appraising role.

La reconnaissance du trouble mental. Psychiatrie, médecine et bien-être (1950-1980)

Philippe LE MOIGNE

En sociologie, les rapports entre médecine et contrôle social ont souvent été décrits de manière binaire. Parsons, en fonctionnaliste, assimile le soin prodigué par le médecin à une forme d'exonération morale¹. Lorsque la maladie affecte l'autonomie du patient, celui-ci ne peut plus assumer parfaitement son rôle et risque, par conséquent, d'être contraint à une conduite de déviance. Selon Parsons, la prise en charge répond à une forme de délégation sociale: le médecin offre au malade la possibilité de surseoir, plus ou moins durablement, à ses obligations et de demeurer ainsi intégré. À l'inverse, l'interactionnisme symbolique a souvent prêté à la médecine le rôle d'une attribution de déviance. Chez Goffman, dans la partie de ses écrits consacrés à la stigmatisation, la médecine s'apparente à une substitution d'identité: à travers elle, une particularité physiologique, comportementale ou mentale est constituée en attribut distinctif, puis cette qualité, traduite en défaut, est imputée à l'ensemble de la personne et vient remplacer, comme une seconde peau, l'identité primaire de l'individu².

Des thèses plus récentes ont attribué la médicalisation à la déficience réglementaire des sociétés modernes devant la sécularisation³. L'expansion du traitement médical serait commandée, dans ce sens, par la nécessité de produire des normes et d'arbitrer, sur la base d'une critériologie biologique, et donc neutre en apparence, l'essentiel des débats moraux. Un certain foucauldisme a pour sa part repoussé plus loin la perspective de la

-
1. T. Parsons, *The Social System*, Glencoe, Free Press, 1958.
 2. E. Goffman, *Stigmaté. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Éditions de Minuit, 1975 [1963]. Le sous-titre original de l'ouvrage, en anglais, est plus éloquent puisqu'il y est question de *Notes on the Management of Spoiled Identity*.
 3. Cf. P. Conrad, J. W. Schneider, *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Saint-Louis, Mosby Company, 1980.

dépossession d'identité en situant, dans le développement des biotechnologies, le centre d'une nouvelle aliénation⁴. Ainsi, selon les thèses de la pharmacologie cosmétique, les thérapeutiques du psychisme, sous couvert d'une amélioration de performance, auraient d'abord contribué à la diffusion des toxicomanies médicamenteuses dans la population⁵.

Ces interprétations s'appliquent à dégager les aspects fonctionnels ou pervers de la médicalisation, plus qu'elles ne s'attachent à expliquer pourquoi celle-ci incarne, à bien des égards, la problématique d'action des sociétés occidentales depuis 1950. L'ampleur de la médicalisation oblige à penser qu'une définition nouvelle de la socialité étaye son propos. Quel est cet arrière-plan? Le lieu d'emboîtement de la médecine avec la question sociale paraît être, au premier chef, celui de *l'individualisation*. On désigne par ce terme non pas la particularisation des itinéraires biographiques ou des modes de vie, bien qu'elle puisse la susciter, mais le développement après-guerre d'une orientation normative fondée sur deux principes.

- Le premier s'applique à défendre *l'autonomie* de l'individu. À travers lui, la personne se voit dotée de manières de penser, d'agir et de sentir qui sont réputées lui appartenir et n'être produites que par elle. Cette faculté est dite universelle (partagée par tous) et civilisatrice: elle suffit à lier les membres de la collectivité entre eux.
- Surtout, au-delà de cette reconnaissance de faculté, déjà mobilisée par le modèle utilitariste de «l'individu entrepreneur», l'individualisation prend fait et cause pour la *singularité* des personnes. Avec elle, l'individualité revêt un caractère inaliénable et imprescriptible. Cette perspective condamne la négation de l'individu et encourage la distinction personnelle, tout en assignant à l'indifférence à soi une forme d'impossibilité ontologique. Ici, l'individu ne veille pas simplement à son intérêt, déterminé en conscience, mais apprend également à marquer de l'intérêt pour lui-même, en tant qu'objet digne d'estime⁶.

4. Cf. N. Rose, *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self*, London Routledge, 1999; P. Rabinow, «Artifice et Lumières: de la sociobiologie à la biosocialité», dans A. Ehrenberg et A. Lovell, *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 295-308.

5. Cf. D. Cohen, «Challenging the therapeutic state. Critical perspectives on psychiatry and mental health system», *Journal of Mind and Behavior*, vol. 11, 1990, p. 1-328.

6. L'éclosion de l'estime de soi comme catégorie sociale est le fait d'un lent processus historique. Cette formulation de la subjectivité, incarnée par l'œuvre de William James à la fin du XIX^e siècle, a connu une relative éclipse aux États-Unis durant l'entre-deux-guerres, avant d'être promulguée en véritable credo à partir de 1950. À ce sujet, voir

On ne discutera pas ici de la plausibilité sociologique de l'individualisation; on se bornera plutôt à considérer les conséquences qui se déduisent de sa diffusion dans un secteur particulièrement destiné à lui faire écho: la psychiatrie. L'article traite des évolutions qui ont marqué la psychopathologie américaine, foyer de la réorganisation disciplinaire, entre 1950 et 1980. Deux processus, qui s'alimentent à la même défense de l'individu sans être pour autant congruents, ont contribué ici à faire de la santé un impératif moral: la régularisation de la maladie mentale, le plébiscite du bien-être. On les aborde maintenant.

1. La régularisation des troubles psychiques: morphologie professionnelle et division du travail en santé mentale

Les deux visages de la désinstitutionnalisation

En 1963, le Congrès américain vote la loi dite de «désinstitutionnalisation⁷». Celle-ci prévoit de mettre fin à la construction des asiles, et de limiter la vocation des hôpitaux psychiatriques gérés par l'administration centrale à la prise en charge des maladies chroniques. La création des Community Mental Health Centers (CMHC), placés sous la responsabilité des États, cherche en contrepoint à encourager l'accueil en milieu ouvert, et à promouvoir l'intégration sociale des patients. Les effets de la législation sont considérables: entre 1955 et 1988, le nombre de malades accueillis par les hôpitaux psychiatriques chute de près de 80%,

K. Danziger, «The historical formation of selves», dans R. D. Ashmore, L. Jussim, *Self and Identity. Fundamental Issues*, New York, Oxford University Press, 1997, p. 137-159; R. F. Baumeister, «How the self became a problem. A psychological review of historical research», *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 52, 1987, p. 163-176. Le risque serait de penser que ce schème ouvre la voie à l'émancipation du sujet ou, au contraire, à l'érosion des obligations morales. L'individualité est constituée ici en valeur et guide d'action et décrit, à ce titre, ni plus ni moins qu'un nouvel espace de conventions.

7. Cf. G. N. Grob, *The Mad among Us. A History of the Care of America's Mentally Ill*, New York, The Free Press, 1994; G. N. Grob, *From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America*, Princeton, Princeton University Press, 1991; G. N. Grob, *Mental Illness and American Society — 1875-1940*, Princeton, Princeton University Press, 1983; E. Shorter, *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley, 1997; R. W. Menninger, J. C. Nemiah, *American Psychiatry after World War II*, Washington, American Psychiatric Press, 2000.

tandis que le volume annuel d'actes est multiplié par cinq⁸. Cette évolution témoigne de la croissance de l'hospitalisation en secteur privé et de l'essor des dispositifs locaux. Mais, pour l'essentiel, le développement de la prise en charge, et des structures communautaires en particulier, a surtout bénéficié aux pathologies légères. Pour la grande majorité des patients psychotiques sans ressources, la désinstitutionnalisation s'est soldée par une privation de soins, et souvent par l'errance⁹. L'engorgement chronique des hôpitaux publics, l'invention des médicaments psychotropes ont œuvré pour beaucoup à la réduction de la politique asilaire. Mais celle-ci fait également écho aux revendications des ex-patients, du mouvement des droits civils et des libertés individuelles, généralement associées à l'anti-psychiatrie des années 1960.

La politique asilaire, parce qu'elle ne croit pas au libre arbitre de l'aliéné, pouvait préconiser sa mise à l'écart: l'internement était censé gager, en vertu de la doctrine du *parens patriae*, la protection de la société et du malade, à charge pour l'État de veiller au soin du patient. Depuis 1975, il est convenu que le malade peut faire l'objet de mesures de police en vertu de sa dangerosité, pour lui-même ou autrui: capable de volonté, il devient justiciable¹⁰. Paradoxalement, les mouvements de patients ont œuvré, plus ou moins indirectement, à ce changement. Ces mouvements se constituent comme groupes d'auto-assistance (*self-help groups*) au début du XIX^e siècle, sous la bannière de l'hygiène mentale. Ces patients ou ex-patients organisent d'abord leur lutte contre les mauvais traitements institutionnels. À partir des années 1960, leurs revendications s'élargissent au domaine de la citoyenneté, et visent la reconnaissance du patient comme sujet de plein droit. Contre l'internement abusif et l'arbitraire thérapeutique, ils obtiennent que la décision d'hospitalisation et le choix du traitement soient soumis au consentement des malades. Ils revendiquent en 1977 leur participation, aux côtés du National Institute of Mental Health (NIMH), à l'évaluation de la politique de désinstitutionnalisation. Cette

8. Cf. E. Shorter, *A History of Psychiatry...*, *op. cit.*

9. Aux États-Unis, environ un tiers des personnes sans-abri, et 15% des personnes incarcérées, souffriraient de troubles psychiatriques graves, *ibid.*

10. À partir de cette date, la doctrine du «guilty, but mentally ill» permet d'assortir la condamnation du malade d'une mesure de soin tout en reconnaissant son appartenance au droit commun. Cf. R. L. Simon. *Clinical Psychiatry and the Law*, Washington, American Psychiatric Press, 1992 (2^e édition).

expertise est à l'origine de la législation de 1986 relative à la protection et à la promotion des «individus malades mentaux¹¹».

Ces mouvements ont connu de nombreuses dissensions à partir des années 1980. Pour les plus radicaux, la maladie mentale n'existe pas, si bien qu'ils refusent les thérapeutiques pharmaceutiques et contestent la légitimité de la profession psychiatrique. Cette partie du mouvement a opté pour la promotion d'un soin alternatif, organisé à l'extérieur du système médical, et sa mobilisation s'est finalement essouffée au début des années 1990, faute de moyens. À l'inverse, des organisations ont pu conduire une critique aussi radicale de la psychiatrie au nom de la maladie mentale. Le contexte d'après-guerre offre une nouvelle légitimité aux approches environnementales de l'affection psychique. La multiplication, selon l'expression de Kardiner, des «psychonévroses de combat» chez les soldats paraît corroborer les thèses développées, dans le cadre de l'hygiène mentale, à l'occasion de la crise de 1929. Selon cette vision, tout individu, confronté à des événements de vie intenses, peut développer en probabilité une affection mentale¹². La perspective oblige à concevoir le trouble psychique dans les termes d'une vulnérabilité partagée. Elle laisse profiler une large extension de la politique sanitaire, d'autant que le courant de l'hygiène mentale plaide pour l'introduction sur ce terrain d'une action prophylactique. Il affirme la nécessité de traiter les sujets «sains» par prévention des traumatismes qu'ils sont susceptibles de subir au contact de la vie sociale. En ce sens, le mouvement considère que l'enfermement asilaire offre aux patients une protection artificielle contre les conditions de vie qui sont à l'origine de leur trouble, et s'affirme favorable à une politique de soin en «situation».

-
11. *Le Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act* requiert des États qu'ils assurent la défense des patients dans les affaires d'abus ou de négligence. La loi exige également que les patients soient représentés au conseil d'administration des établissements et qu'ils participent dans chaque État à la planification des programmes de santé mentale. Pour les personnes affectées par une maladie sévère, les États doivent «maintenir leur responsabilité autant que possible pour qu'ils puissent poursuivre leurs propres buts, diriger leurs propres vies et agir de manière responsable comme tout membre de la communauté», cité par R. W. Menninger, J. C. Nemiah, *op. cit.*, p. 307.
 12. Cf. H. Pols, «Divergences in American psychiatry during the Depression: somatic psychiatry, community mental hygiene, and social reconstruction», *Journal of the History of Behavioral Sciences*, vol. 37, n° 4, 2001, p. 369-388; M. Barke, R. Fribush, P. N. Stearns, «Nervous Breakdown in 20th century American culture», *Journal of Social History*, 2000, vol. 33, p. 565-584; A. Young, *The Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1995.

Ces revendications, qu'elles s'appliquent à la défense des patients ou à la prévention de la pathologie, sont favorables dans leur ensemble à la désinstitutionnalisation. Toutefois, dans le premier cas, le droit du patient à l'autonomie procède du rejet explicite du trouble et de la médicalisation, au risque de réduire la prise en charge à sa part congrue. Dans l'autre, la maladie paraît au contraire servir de levier à la reconnaissance et à la protection de l'individu contre les agressions de la vie sociale, au risque de déboucher sur une politique de santé mentale, au sens plein du terme, particulièrement inflationniste¹³. C'est là le revers de l'expertise conférée en droit aux publics des dispositifs de soin. L'action curative conduite en santé mentale s'applique au sentiment personnel, et conditionne à ce titre une exigence et un savoir inédits chez l'utilisateur, contraires à bien des égards aux logiques de monopole qui bâtissent la professionnalisation d'un secteur. Cette action élargit le spectre de la plainte au domaine du mal-être, mais elle en complexifie la réception et l'éligibilité dans la mesure où son diagnostic ne peut plus être confié au seul regard du thérapeute ni être délégué en totalité à la compétence de l'individu.

Apogée et déclin de la clinique

À la fin des années 1930, la psychiatrie bénéficiaire, par son alliance avec la neurologie, d'un ancrage au sein des sciences médicales naissantes. Cette association lui permet de faire front à la pratique libérale qui tend alors à se développer aux États-Unis, hors de la profession, sous l'influence de la psychanalyse. La recherche demeure tout à fait embryonnaire, et n'est financée ni par l'État ni par les fondations. L'assise institutionnelle

13. En 1980, le NIMH a conduit une étude d'épidémiologie auprès de 20 000 résidents américains. Cf. L. N. Robins, D. A. Regier, *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*, New York, The Free Press, 1990. Cette recherche, la plus importante jamais menée, indique que 32% des personnes interrogées auraient souffert au cours de leur vie d'au moins un des troubles mentaux répertoriés par le questionnaire d'enquête. La prévalence annuelle de la pathologie, estimée au fait d'avoir été affecté par l'un de ces troubles l'année précédant l'enquête, serait de 20%. Ces données de prévalence sont deux fois supérieures aux estimations produites au cours des années 1970. Toutefois, elles sont tributaires du spectre nosographique couvert par la grille d'interview, et notamment des extensions portées au cours de la décennie à la nomenclature des désordres mentaux. Ces estimations dépendent également de la valeur et de la légitimité que les répondants accordent au diagnostic intime et à sa communication en autrui, de la même manière qu'elles trahissent la diffusion progressive des savoir-faire requis pour ce type d'expression dans la population.

de la profession, forgée par les facultés de médecine et la pratique en milieu hospitalier, s'accompagne d'une diversité d'approches dominée néanmoins par la psychobiologie et les thérapies de choc (insulinothérapie, sismothérapie, etc.). Après-guerre, l'écho rencontré par le thème de la santé mentale marque une exigence nouvelle de soin qui tend à placer la psychothérapie au cœur de l'intervention psychiatrique¹⁴.

Ainsi, l'essentiel des fonds du NIMH, créé en 1946, est dédié jusqu'au milieu des années 1960 à la formation de nouveaux praticiens. Cette politique promeut un enseignement marqué, au-delà du doctorat en médecine qui reste exigé, par la psychanalyse¹⁵. La santé psychique fait alors partie intégrante du soin, y compris et d'abord dans l'hôpital général: c'est l'apogée de la clinique. La psychiatrie dite de «liaison», inventée durant les années 1930, connaît un véritable essor. Elle cherche à orienter le soin hospitalier, au-delà de la réduction de la maladie, vers une prise en charge globale de la personne. Les psychiatres sont appelés dans cette perspective à former les somaticiens aux techniques relationnelles et à constituer des services d'interface dans les établissements, afin d'assurer l'écoute préopératoire du patient, son suivi et de dépister d'éventuels signes psychopathologiques. La centralité ainsi conférée à la clinique psychiatrique n'a pas résisté à l'opposition du corps médical: pour préserver leur position, les médecins ont eu tendance à dénoncer l'influence négative que l'approche psychothérapeutique, par le rapprochement qu'elle suggère entre l'hôpital et l'asile, était susceptible d'exercer sur la santé des malades. Mais, la psychothérapie, dans la mesure où elle privilégie l'individu et moins la pathologie, a également aiguïté les conflits parmi les psychiatres.

14. En 1957, pas moins de 14% de la population américaine avait déjà bénéficié de soins psychothérapeutiques. Cf. R. D. Buchanan, «Legislative warriors: American psychiatrists, psychologists and competing claims over psychotherapy in the 1950s», *Journal of the History of Behavioral Sciences*, vol. 39, 2003, p. 225-249.

15. À la fin de la guerre, on compte 3634 psychiatres aux États-Unis. Ce chiffre ne va cesser de croître. En 1962, on dénombre un peu plus 13 000 praticiens, 18 000 en 1965, 25 000 en 1970 et près de 31 000 en 1985. À partir de cette date, les effectifs de la profession stagnent d'augmenter, si bien que la psychiatrie doit faire face aujourd'hui à une crise de recrutement. Cf. R. K., Blashfield, *The Classification of Psychopathology. Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches*, New York, Plenum, 1984. Entre 1940 et 1965, près de 50% du cursus des psychiatres est consacré à la psychanalyse. La psychothérapie analytique permet également à la profession de s'ouvrir durant cette période à la pratique libérale. Dans les années 1940, la majorité des cliniciens appartiennent au milieu hospitalier; en 1970, 66% d'entre eux exercent à titre privé. Cf. E. Shorter, *op. cit.*

La critique de l'institution psychiatrique, attisée par la sociologie au détour des années 1960, exerce un effet dévastateur sur la profession, d'autant qu'elle est issue pour une large part de ses rangs. Les débats qui agitent la discipline à cette époque sont marqués, pour l'essentiel, par la question de la caractérisation de l'affection mentale. D'un côté, des thèses dénieient aux désordres psychiques le statut de maladie, et préfèrent les considérer sous l'angle d'une atteinte au développement personnel. Certaines de ces perspectives s'accordent à penser que l'origine du dysfonctionnement est sociale, et s'emploient sur ce fond à dénoncer le rôle pathogène des institutions ou de l'économie de marché¹⁶. D'autres thèses refusent, au contraire, d'attribuer aux troubles du développement le statut d'affection. Contre la psychanalyse, certains psychiatres considèrent, à l'instar d'Eysenck, que la névrose désigne une conduite normale, étrangère à leur périmètre d'intervention¹⁷. Cette perspective, plus directement acquise à l'étiologie biologique des troubles mentaux, conteste l'excès d'intervention de la discipline dans la vie sociale. Mais elle peut également se déduire d'une opposition à l'idée que la maladie mentale puisse exister, à l'instar de l'argument développé par Szasz, pour lequel la caractérisation pathologique des comportements représente une manière d'amender l'individu et de le soustraire à ses obligations¹⁸. On n'a donc pas affaire seulement à la dénonciation d'une médicalisation arbitraire mais également à son contraire, soit à la critique d'une légitimation excessive du mal-être.

Cette question a été pour partie arbitrée par l'introduction, à la même époque, des dispositifs communautaires de soin. En misant sur le recrutement massif de psychologues et de travailleurs sociaux, ces dispositifs ont concouru à la démedicalisation de la prise en charge et, par suite, au recul de l'autorité psychiatrique¹⁹. Cette recomposition du tissu profes-

16. Voir entre autres R. D. Laing, *The Divided Self*, Baltimore, Penguin, 1965; K. Horney, *Neurosis and Human Growth*, New York, W. W. Norton, 1950.

17. H. J. Eysenck, *The Future of Psychiatry*, London, Methuen, 1975.

18. T. S. Szasz, *The Myth of Mental Illness, Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York, Hoeber-Harper, 1964.

19. En 1950, les psychiatres représentaient environ 25% des professionnels de santé mentale, les infirmières formant plus de 50% des effectifs. Avec la diffusion du traitement ambulatoire, les psychologues et des travailleurs sociaux occupent aujourd'hui une position majoritaire. En 1959, on dénombrait 3000 psychologues aux États-Unis; ils seraient aujourd'hui plus de 200 000, dont environ 40 000 officieraient en clinique. Cf. J. H. Capshew, *Psychologists on the march. Science, practice and professional identity in America, 1929-1969*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999. Les travailleurs sociaux exerçant dans le domaine de la santé mentale étaient au nombre de 2000 en 1945; ils étaient en 1985 de plus de 80 000. Cf. E. Shorter, *op. cit.*

sionnel a bénéficié du vide législatif qui entoure l'exercice de la psychothérapie aux États-Unis: en dépit des revendications des psychiatres et des psychologues, cet exercice n'a jamais été contraint par une obligation de titre ou de formation²⁰. Le recul de la profession s'est encore accentué au début des années 1970, avec le développement de l'assurance maladie et l'introduction des médicaments psychotropes. À cette occasion, une partie importante du soin s'est déportée vers la médecine générale²¹. Ce mode de prise en charge offre un témoignage direct du mouvement de remédicalisation qui gagne, à partir de cette date, la caractérisation et le traitement de l'affection mentale. Ce processus n'est pas nécessairement favorable à l'expansion de la pratique psychiatrique dans la mesure où il contribue d'abord à étoffer l'offre de la médecine générale. En revanche, il s'avère décisif au retour d'autorité de la discipline. Avec le développement des thérapeutiques, celle-ci finit par bénéficier d'un accès à la recherche, à la croisée de la biologie du cerveau et de la psychopharmacologie²². En outre, la multiplication des actes lui permet d'affirmer une position d'expertise. En effet, devant la diffusion des attentes de prise en charge, la profession a dû très tôt tenter de garantir, aux patients comme aux praticiens, le remboursement des soins et de la prestation thérapeutique. Or, la politique publique, qui cherche à encadrer l'explosion de la demande mais également celle du secteur marchand à partir des années 1960, est acquise à une logique proprement médicale²³. Cette orientation a offert un appui considérable aux prétentions monopolistiques de la psychiatrie dans le domaine du diagnostic.

20. Cf. R. D. Buchanan, *art. cit.*

21. Depuis 1980, plus de la moitié des patients, pour lesquels l'altération de la santé mentale constitue l'essentiel du diagnostic, seraient traités par les omnipraticiens. Cf. W. E. Barton, *The History and Influence of the American Psychiatric Association*, Washington, American Psychiatric Press, 1987. Aux États-Unis, en 1970, la prévalence annuelle de la prescription de médicaments psychotropes, délivrée dans 80% des cas par les généralistes, était de 10%. Elle s'élève aujourd'hui à plus de 20%. Cf. Ph. Le Moigne, «Anxiolytiques, hypnotiques. Les données sociales du recours», *Revue Suisse de Sociologie*, vol. 26, 2000, p. 71-109.

22. Au début des années 1960, devant les effets tératogènes d'un sédatif (la thalidomide), le Congrès américain a obligé les laboratoires pharmaceutiques à présenter, devant la Food and Drug Administration (FDA), les preuves de l'efficacité et de l'innocuité des médicaments qu'ils proposent à la commercialisation. Cf. D. Healy, *The Anti-depressant Era*, Harvard, Harvard University Press, 1997.

23. H. Marks, *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1999.

Le tiers administratif et marchand

Aux États-Unis, en l'absence d'un régime général de sécurité sociale, l'assurance maladie est soumise aux jeux de force du financement privé (assumé par les particuliers et les employeurs) et de la segmentation de l'aide publique entre l'échelon central et local de l'administration. À la fin des années 1940, le marché de l'assurance privée connaît un véritable essor, sous l'effet d'une politique d'incitation fiscale qui encourage la participation des employeurs et réduit, par conséquent, le coût de la contractualisation individuelle. Cette expansion n'a pas profité au soin psychiatrique, dans la mesure où les compagnies d'assurance ont d'abord cherché à couvrir les pathologies dûment qualifiées, et pour lesquelles une thérapie était disponible. La frilosité exprimée par le secteur marchand, la réduction de l'offre hospitalière et la décentralisation du soin ont ainsi contribué à la mise en place d'un modèle extrêmement différencié de prise en charge: le paiement des psychothérapies a été pour une large part laissé à l'initiative privée, tandis que la prise en charge de la morbidité chronique et des populations les plus vulnérables a continué de faire l'objet d'un financement public à la fois plus onéreux et plus sélectif. La raréfaction des structures d'État, le remboursement des frais hospitaliers tel qu'il est conditionné par la détention préalable d'une couverture privée, ont réduit l'accès aux soins des populations les plus pauvres, alors même que l'aide publique, telle qu'elle est organisée depuis 1966 par les programmes dits du *Medicare* et du *Medicaid*, a fini par couvrir plus de 40% du total des dépenses engagées dans ce domaine²⁴.

À partir de 1980, devant l'inflation des dépenses, l'État a cherché à accroître le coût de la recherche de soins, soit en sollicitant l'augmentation de la participation des employeurs, soit en demandant aux usagers de contracter une couverture complémentaire. En outre, la dotation hospitalière a été dès lors conçue non à partir d'un budget prévisionnel mais après coup sur la base du remboursement des actes. À partir de 1983, cette

24. En 1966, les programmes dits du *Medicare* et du *Medicaid* renforcent les obligations du secteur public à l'endroit, respectivement, des personnes couvertes de plus de 65 ans (ou bien exposées à une incapacité physique ou mentale), d'une part, et des populations les plus démunies, d'autre part. Dans le cadre du *Medicaid*, placé sous l'égide des États, le financement du soin psychiatrique des personnes de moins de 22 ans ou de plus de 65 ans n'est prévu par le programme qu'à titre optionnel. Ainsi, les États ont eu tendance à plébisciter le recours aux hôpitaux publics, financés par l'administration centrale, mais soumis à une réduction d'accueil depuis 1963. Cf. R. W. Menninger, J. C. Nemiah, *op. cit.*

allocation s'est effectuée sur la base des *Diagnosis Related-Groups* (DRGs): cette critériologie a été produite à partir d'un échantillon national de la population hospitalisée. Elle fait ressortir 500 groupes cliniques et permet de prévoir, pour chacun d'eux, une durée de séjour et un niveau d'intervention standards²⁵. Cette logique d'allocation, organisée par le découpage des opérations de soin, peut valoir pour l'acte chirurgical, mais elle ne s'applique qu'imparfaitement à l'ensemble des dimensions de la prise en charge psychiatrique. De la même manière, le *Medicare* a d'abord privilégié la couverture des pathologies somatiques et n'a intégré la santé mentale qu'au titre du traitement des affections neurologiques, de l'Alzheimer au premier chef. En 1987, cette restriction a été levée et le traitement des désordres psychiques a été couvert, à l'instar des autres pathologies, à hauteur de 80% (d'un plafond annuel de dépenses préétabli), au titre du *Medical Management*. Le *Medicare* admet, sous cette expression, une définition restrictive de l'exercice médical: celui-ci se réfère à l'acte de prescrire, de suivre et de modifier l'ordonnance d'une thérapeutique. Le programme se réfère donc à un encadrement avant tout médicinal. Ce principe n'exclut pas les psychothérapies, mais leur taux de remboursement a été fixé à 50% du plafond.

Le développement de l'action sanitaire rend compte de la socialisation — par l'administration — d'une partie des coûts de la prise en charge psychiatrique, de la même manière qu'il fixe, par une série d'arbitrages, des limites à l'expansion de l'assurance personnelle. La rationalisation des coûts marque à cet égard l'introduction d'un mode décisionnel fondé sur une logique procédurale, comptable et uniformisée: la standardisation administrative. La régularisation du trouble mental soumet la profession psychiatrique à une série d'expertises rivales — personnelles, professionnelles, disciplinaires, etc. La règle bureaucratique ajoute à ce déclasserement mais œuvre également à l'affirmation d'un nouveau corps d'expertise dans la discipline, voué à la symptomatologie et à l'évaluation thérapeutique²⁶. Une nomenclature standardisée des troubles était requise

25. *Ibid.*

26. La psychanalyse est très peu concernée par le diagnostic. Selon la théorie analytique, un même type de névroses peut recouvrir une symptomatologie extrêmement polymorphe. Surtout, la thérapie ne s'applique pas ici à la réduction des symptômes, mais à la clarification des mécanismes inconscients qui sont à leur origine. C'est pourquoi les deux premières versions du standard diagnostique — qu'on évoque plus avant, publiées en 1952 et 1968, n'ont eu qu'un faible impact sur la discipline.

par le remboursement des soins²⁷. Sur le terrain de l'expérimentation biologique ou pharmacologique, la standardisation du diagnostic a également été requise au titre de la nécessaire comparabilité des critères d'inclusion de la recherche. La normalisation a ainsi fini par valoir comme règle d'évaluation, et composer un lieu propice à la résolution des conflits suscités par la désignation du trouble mental. À ce titre, elle a contribué à l'institutionnalisation d'un nouveau cadre de référence et d'action, capable d'aiguiller et de fédérer à la fois l'orientation politique de l'*American Psychiatric Association* et les stratégies des associations de patients²⁸. Il y a là une manière de comprendre l'énorme succès rencontré par le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — (Third Edition)*, publié en 1980²⁹.

2. Soins, santé, bien-être: l'architecture du standard psychiatrique

Les catégories du DSM-III se veulent à la fois impersonnelles et généralisables, et se réclament à cet égard de l'universalisme bureaucratique. Par son orientation scientifique, le manuel revendique en outre un jugement indépendant et neutre, et s'estime capable de résoudre par la preuve les tensions nourries par la discrimination du trouble mental. Cette prétention est excessive. Aucune classification ne peut être naturelle, c'est-à-dire valoir pour réelle³⁰. Tout classement repose sur une architecture, soit sur une anticipation de la réalité. Lorsque celle-ci est suffisamment explicite, elle peut être confrontée aux faits et, éventuellement, reconnue comme vraisemblable. Dans le cas du DSM-III, ces éléments d'architecture ne sont pas articulés par une interprétation de la pathologie, le ma-

27. Cette instrumentation a permis à la profession d'imposer une évaluation alternative aux DRGs, dans le calcul du coût hospitalier. La dotation des hôpitaux psychiatriques dépend depuis 1982 du TEFRA (*Tax Equity and Fiscal Responsibility Act*). Dans ce cadre, les DRGs ne s'appliquent pas, l'évaluation diagnostique allant au bénéfice de la nomenclature psychiatrique.

28. À partir de 1980, les organisations d'utilisateurs, sous l'égide des fédérations de familles de patients, tendent à revendiquer le caractère biologique de la pathologie mentale. Marquées par une orientation consumériste, elles réclament le remboursement des soins pour les affections répertoriées par la nomenclature psychiatrique, et s'opposent à la couverture des problèmes dits de santé mentale qu'elles jugent trop frustrés. Cf. R. W. Menninger, J. C. Nemiah, *op. cit.*

29. American Psychiatric Association, *DSM — Third Edition*, Washington, APA, 1980.

30. G. C. Bowker, S. L. Star, *Sorting Things Out. Classification and Its Consequences*, Cambridge, MIT Press, 1999.

nel revendiquant son athéorisme³¹. Pour autant, la nomenclature dérive bel et bien d'une structure logique. Celle-ci, bien qu'elle ne soit pas rendue explicite par le manuel, s'informe à la série de distinctions qu'on présente maintenant.

Ni sain, ni malade: déviance et normalité selon le DSM-III

L'architecture du DSM-III — dite multiaxiale — se compose de cinq répertoires indépendants.

1. Le premier fixe la liste des syndromes (schizophrénie, troubles affectifs, anxietés, toxicomanies, etc.), et livre pour chacun d'eux une grille diagnostique: sous la notion de syndrome, le manuel admet l'idée qu'une pathologie est constituée lorsqu'un défaut expressif (comportemental, mental ou affectif) peut être mis en correspondance avec un dysfonctionnement physiologique lui-même discret, ou en suggère la présence³².
2. Le second des axes a trait aux troubles de la personnalité. Ces troubles s'appliquent aux psychopathies ou conduites déviantes, et ne sont pas réputés morbides, au sens plein du terme³³.

31. En dehors d'éléments issus de la recherche biologique et pharmacologique, la démonstration d'objectivité du manuel se déduit essentiellement d'une métrologie du consensus: la fidélité interjuges. Celle-ci a pour objet d'évaluer la convergence d'opinion des cliniciens dans le diagnostic des patients. Ce projet probatoire est guidé par l'intention de transcender l'incommensurabilité des points de vue. Il est, en ce sens, directement marqué par l'individualisation: dans ce contexte, le dépassement de la subjectivité et de l'idiosyncrasie prêtées à chacun revêt un caractère si structurant que l'obtention du consensus finit, à bien des égards, par faire preuve. Cf. Ph. Le Moigne, P. Ragouet, «L'articulation de la connaissance et de la règle. Le cas d'espèce de l'instrumentation psychiatrique», Collectif, *Normes sociales et processus cognitifs*, Poitiers, Maison des Sciences de l'Homme et de la Société, 2003. p. 165-169; J. Z. Sadler, P. O. Osborne, M. A. Schwartz, *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1994; S. Kirk, H. Kutchins, *Aimez-vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998.

32. En effet, à l'exception des pathologies dont l'étiologie génétique ou neurologique est attestée, à l'instar de la maladie d'Alzheimer, très peu des troubles répertoriés par le DSM ont reçu à ce jour une explication biologique.

33. Si on exclut «les troubles du développement», tels que l'autisme et l'hyperactivité, qui sont également répertoriés sur cet axe. Le manuel ménage ici une part d'ambiguïté puisqu'il comprend sous cette appellation des pathologies, soit distinctes, soit susceptibles d'apparaître durant l'enfance.

3. Le troisième répertoire est consacré aux affections somatiques, et vise d'abord un diagnostic différentiel: il a pour objet d'établir si le comportement du patient n'est pas dû en premier lieu à une maladie organique.
4. Le quatrième chapitre de la nomenclature s'applique à recenser les facteurs environnementaux qui sont susceptibles d'induire stress et souffrance chez le patient. Son objet est d'évaluer dans quelle mesure le milieu de vie du malade ajoute à son état pathologique où peut concourir, à l'inverse, à son amélioration.
5. Enfin, le dernier axe consiste en une mesure de fonctionnement: il vise à établir le degré de réhabilitation ou d'intégration du patient au cours du traitement, ou à son terme.

Cette axiologie introduit une rupture avec la psychanalyse. Le découpage traditionnel des affections, entre névroses et psychoses, était motivé par un ordre de sévérité; lui-même fixé par le degré d'adéquation du patient à la réalité³⁴. Le principe de différenciation qui s'affirme avec le DSM-III reconnaît dans la pathologie le signe d'un déficit objectif de capacité, quel que soit le trouble considéré. Le dysfonctionnement dont le désordre mental est le siège peut en probabilité, selon ce principe, être établi indépendamment des circonstances qui l'ont vu naître et du sentiment que le sujet manifeste à son égard. En ce sens, le manuel reconnaît chez le patient un individu à part entière, capable d'élaborer ses propres conduites, indépendamment de la maladie³⁵. Son autonomie n'est que partiellement abolie par le trouble. Par extension, cette perspective admet la pathologie sous les traits d'un préjudice dont le patient n'est pas coupable, mais elle ne dédouane pas pour autant celui-ci de ses responsabilités. L'individu est porteur de sa maladie, il en est l'occasion, mais peut encore répondre de ses actes, à l'instar du toxicomane ou du pédophile. En quoi, l'attribution de pathologie n'a valeur ici ni d'exonération morale ni de substitution d'identité: l'amendement de l'individu

34. Cf. APA, *DSM-II*, APA, Washington, 1968.

35. «Une méprise assez répandue est de considérer que la classification des désordres mentaux classe des individus, alors qu'en vérité ce sont les désordres que les individus ont qui sont classés. Pour cette raison, le texte du DSM-III évite l'usage des expressions telles que "un schizophrène" ou "un alcoolique", et utilise à leur place les expressions plus justes, mais peut-être plus obscures, telles que "un individu avec une schizophrénie", ou "un individu avec une dépendance à l'alcool"», APA, *DSM-III*, *op. cit.*, p. 6.

demeure partiel, précisément, parce que la maladie ne le prive pas totalement de sa subjectivité.

L'axe II des troubles de la personnalité rend directement compte de cette possibilité. Il dresse la carte des traits individuels communs à l'ensemble de la population, et permet d'établir dans quelle mesure l'individualité du patient est — au regard de cette distribution — conforme ou déviante à la moyenne. Ces déviations ne sont pas saines mais demeurent pour autant normales: elles représentent une déviance à l'égard des comportements attendus de la part d'un individu³⁶. Les personnalités pathologiques peuvent faire l'objet d'une thérapie, à l'instar de l'individu «antisocial» ou «dépendant», motivée par l'attente d'une correction du comportement³⁷. La personne déviante, en tant que sujet de plein droit, peut en outre réclamer la prise en charge de sa souffrance. Mais, en vertu de l'indépendance des axes, le DSM-III laisse d'abord entendre que ces personnalités, bien que déviantes, n'en sont pas moins saines au regard des troubles mentaux caractérisés. À l'inverse, cet axiome permet de considérer que l'individu qui est atteint par un désordre psychique n'est pas nécessairement déviant³⁸. Mais, dans la mesure où le patient est porteur de sa maladie, le contexte social n'est pas censé induire non plus la morbidité mentale. Le DSM-III, sous le terme d'endogénéité, fait dépendre la

36. Le DSM-IV, qui succède au DSM-III et au DSM-III-R publié en 1987, ne peut être plus explicite: le critère général du diagnostic des troubles de la personnalité se réfère à un schéma de conduite qui manifeste «une déviance marquée à l'égard de la culture individuelle [*individual's culture*]». Ce trait doit être inflexible et inadapté, et susciter «une détresse ou bien un affaiblissement cliniquement significatif de l'insertion sociale, professionnelle ou de toute aire importante du fonctionnement», APA, *DSM-IV*, Washington, APA, 1994, p. 633.

37. Parmi les 14 troubles répertoriés dans ce domaine, la personnalité antisociale témoignerait d'une conduite guidée par la satisfaction exclusive de l'intérêt personnel, tandis que la personnalité dépendante donnerait à voir l'image inversée de cette inclination, soit un comportement marqué par la recherche compulsive du soutien d'autrui. Cf. APA, *DSM-III*, *op. cit.*

38. Dans ce cadre, la transgression désigne d'abord, chez l'individu, une manière aberrante de se comporter en société. Cette inclination dépendrait pour l'essentiel d'une filiation génétique, indépendante du processus physiologique engagé dans la maladie mentale. Millon, à l'origine de la logique multiaxiale du DSM-III, spécialiste de la personnalité, en donne la définition suivante: «la personnalité représente un ensemble de traits cognitifs, affectifs et de comportements manifestes, profondément ancrés et saillants, qui se maintiennent durant une période de temps étendue». Ces traits résultent d'une «matrice complexe de dispositions biologiques et d'un apprentissage par l'expérience». T. Millon, G. S. Evert, *Personality and Its Disorders. A Biosocial Learning Approach*, New York, John Wiley, 1985, p. 4-5.

discrimination des troubles mentaux d'une clause d'intériorité ou de conformation. Cette clause s'informe à une psychopathologie qui conçoit la relation sociale dans les termes d'une écologie, c'est-à-dire d'un contexte disjoint de la maladie et, plus avant, de l'individu lui-même³⁹. Le manuel reconnaît bien que le sujet peut subir en propre la pression de son milieu de vie, et être victime d'une situation stressante. L'axe IV admet cette possibilité ainsi que la souffrance qui peut l'accompagner. Mais, là encore, cette détresse n'est pas constituée en pathologie.

Souffrance, stress, vulnérabilité: la part d'ombre de l'individualité

La distinction, introduite par l'axe IV du DSM-III, entre souffrance et désordre psychique, tient compte du mal-être que génère, le cas échéant, la condition du malade mental. Elle fait écho en ce sens aux revendications des mouvements de patients. Mais, selon le manuel, si cette détresse est souvent associée à la maladie, si elle en constitue le corollaire, voire le signe avant-coureur, elle ne doit pas être assimilée à l'un de ses symptômes: elle s'y surajoute⁴⁰. C'est la raison pour laquelle la caractérisation du syndrome dépressif a tenu un rôle si central dans la construction de la nomenclature⁴¹. Son admission, au titre d'entité distincte, supposait en effet qu'il soit possible de distinguer formellement la tristesse pathologique du dépressif de la détresse vécue dans la pathologie mentale ou, en vertu des aléas plus communs du destin individuel, par chacun. L'entité dépressive permet d'établir la souffrance en symptôme, mais elle désigne à la fois le point d'arrêt de cette conjecture. Hors d'une observation circonstanciée du patient et des signes indiquant la présence d'un épisode franc (ralentissement psychomoteur, auto-dévalorisation), la dépression ne peut être qualifiée. La psychiatrie affirme ici son expertise,

39. À propos de la notion de syndrome: «Nous admettons l'inférence selon laquelle il s'agit d'un dysfonctionnement comportemental, psychologique ou biologique, et que cette perturbation ne concerne pas seulement la relation entre l'individu et la société. Quand la perturbation est limitée à un conflit entre l'individu et la société, elle représente certainement une déviance sociale, qui peut être condamnée ou non, mais qui n'est pas en elle-même un désordre mental», APA, *DSM-III, op. cit.*, p. 6.

40. «Dans le DSM-III, chacun des désordres mentaux est conceptualisé comme un syndrome ou un schéma comportemental ou psychologique, significatif d'un point de vue clinique, qui apparaît chez l'individu et qui est typiquement associé avec soit un symptôme de douleur (détresse) ou bien avec une dégradation d'une ou plusieurs des aires du fonctionnement (incapacité)», *ibid.*, p. 6.

41. Cf. A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.

en appliquant une limite à la légitimation diagnostique du mal-être. Mais elle laisse également entendre que la déprime, que la psychopathologie qualifie de «dépression normale», s'apparente, à la différence de l'affection constituée, à une condition ordinaire, et donc que souffrance et normalité peuvent aller de pair⁴².

Cette perspective enferme un aveu de fragilité qui réduit d'autant les bénéfices qui peuvent être attendus de l'intégration: dans ce contexte, la conformité ne protège pas en probabilité du mal-être, ni même du trouble mental puisque le contexte social n'a pas prise sur la maladie. Les troubles de la personnalité ne désignant pas une pathologie mentale, la déviance est elle-même par écho relativisée. À travers la disjonction que le manuel introduit entre maladie et transgression, l'une et l'autre sont réintroduites, aux côtés de la conformité, dans le giron de la socialité, et décrivent à l'intérieur de celle-ci moins une rupture qu'un continuum d'états. Rapportée à la désignation de la pathologie, la normalité comprend la possibilité de la pleine autonomie mais également celle de la déviance et de la souffrance. Elle décrit la part d'ombre de la condition individuelle dans la mesure où rien ne semble la dédouaner: l'individu sain jouit de l'exercice de son autorité, mais ne connaît pas d'exonération. Ses faiblesses et ses fautes, à la différence de la perspective ouverte en son temps par la psychopathologie freudienne, ne fondent pas l'objet de la thérapie, pas plus que la catharsis n'en constitue l'horizon⁴³. Comme le souligne l'expression plébiscitée par la psychiatrie contemporaine, la thérapie vise d'abord «une amélioration». Dans ce contexte, la valeur du soin est d'abord réparatrice: elle s'applique à la correction d'un dysfonctionnement neurologique, comportemental ou cognitif. En dehors de ce rétablissement de capacité, l'amélioration ne prétend pas produire de plus-value: le patient est seulement restitué à la normalité et à ses avatars. Sur le modèle médical, la santé, procurée par l'intervention psychiatrique, est d'abord

42. Cf. A. J. Marsella, R. M. A. Hirschfeld, M. M. Katz (dir.), *The Measurement of Depression*, New York, The Guilford Press, 1987.

43. La psychologie des émotions considère aujourd'hui, en marquant sa distance à Freud, que la honte et la culpabilité sont éminemment fonctionnelles. À travers elles, le sujet ferait l'expérience de la norme et s'emploierait à la respecter, afin de ne pas avoir à vivre de nouveau une sensation désagréable. En revanche, la tristesse et l'angoisse ne seraient pas impliquées dans le développement moral de l'individu. Par leurs aspects paralysants, l'anxiété et la détresse affecteraient plutôt la capacité motrice de l'individu, et par suite son autonomie de pensée et de mouvement. Cf. N. Eisenberg, «Emotion, regulation, and moral development», *Annual Review of Psychology*, vol. 51, 2000, p. 665-697.

fonctionnelle. En ce sens, la discipline admet que la part proprement curative du soin est insuffisante. Mais le manuel reconnaît également, à travers l'axe V, une définition plus positive de la santé.

Fonctionnement social et mérite individuel: le bien-être pour vertu

L'axe V évalue le degré d'intégration ou de réhabilitation du patient au cours de la thérapie, ou à sa suite. Il retient, au titre de fonctionnement déficient, la dangerosité du patient, pour lui-même ou autrui. La déviance est donc mise ici au premier plan. Au titre d'un fonctionnement moyen, c'est-à-dire partiellement altéré, l'outil fait référence aux situations où les symptômes du patient nuisent à sa communication avec autrui. C'est donc ici l'impact de la pathologie qui est établi en mesure de la performance individuelle. Enfin, au titre d'un fonctionnement acceptable ou satisfaisant, l'échelle retient entre autres l'absence de symptômes, l'intérêt du patient pour le travail et les loisirs, et le constat d'une sociabilité riche et pérenne. Ainsi, le fonctionnement est dit normal lorsqu'il répond aux caractéristiques d'un état asymptomatique et d'une conduite intégrée.

La notion de fonctionnement introduit une correspondance relative entre intégration sociale et accomplissement personnel. En premier lieu, cette conjonction vise à signifier que l'amélioration thérapeutique est susceptible de bénéficier à la vie sociale du patient. Elle souligne, de la même manière, qu'une réhabilitation bien conduite peut encourager la rémission du malade. En second lieu, cette conjonction énonce un principe hiérarchique: elle laisse entendre que l'accomplissement présuppose l'intégration. C'est pourquoi la déviance est jugée, à la différence de la pathologie, contraire au bien-être. Mais, la gradation admise ici s'applique également à l'amélioration thérapeutique: si la rémission du malade œuvre à l'intégration, elle ne conduit pas nécessairement au bien-être. Par extension, ce principe tend à suggérer que la réhabilitation du patient conditionne son épanouissement, mais qu'elle ne suffit pas à le produire. Cette organisation n'est possible que si on admet, sous le bien-être, une entité à la fois séparée et supérieure. Alors, il devient possible de distinguer la conformité de l'épanouissement, mais également le soin de la santé.

L'introduction de l'évaluation de la qualité de vie en milieu hospitalier rend directement compte de cette perspective. Cette évaluation, inaugurée pour une large part par la psychopathologie, reconnaît que l'intervention médicale — quelle qu'elle soit — peut accroître sinon provoquer le mal-

être du patient⁴⁴. Le terme de santé ne s'adresse plus dans ce sens à l'idée d'une physiologie ou d'une capacité restituée. La qualité de vie désigne le rapport qu'il est possible d'établir entre les aspirations de l'individu, ou l'idéal qu'il assigne à l'existence, d'une part, et l'accomplissement concret de cet idéal, tel qu'il peut être évalué à partir des expériences vécues et des sentiments exprimés par le sujet, d'autre part⁴⁵. Dans ce sens, le soin est effectivement inducteur de bien-être lorsqu'il offre au malade la possibilité de réaliser ses aspirations ou, à tout le moins, lorsqu'il maintient sa capacité à les poursuivre. Cette exigence accroît la complexité de l'acte médical en ce sens où elle oblige à décrire formellement, dans le cas où il ressort que la prise en charge altère la qualité de vie du patient, les causes de ce changement, en distinguant la part imputable à la maladie de celle qui peut être attribuée au soin lui-même. Cette définition de la santé se surajoute à celle attribuée à la guérison ou à l'absence de maladie, dans la mesure où elle ne se situe pas sur le terrain physiologique mais subjectif de l'individualité. La qualité de vie promeut une désignation personnelle de l'existence, et crée à son propos de nouvelles obligations: la singularité

44. L'évaluation de la qualité de vie est également requise par la FDA pour l'autorisation de mise sur le marché des thérapeutiques. Toutefois, la généalogie et l'organisation de ce champ demeurent encore très méconnues. Il importerait en particulier de connaître les obligations qui l'entourent, et de déterminer la place occupée ici par l'instrumentation psychométrique au regard de l'économétrie ou de la métrologie médicale. Sur le plan historique, une des pistes, souvent mentionnée par la littérature, fait remonter l'origine de l'évaluation aux études conduites en sociologie, au début des années 1970, sur le terrain des indicateurs structurels du bien-être (chômage, revenu moyen, taux de criminalité et de participation politique, etc.). Selon cette thèse, l'apport de la sociologie se serait révélé insuffisant dans la mesure où les conditions structurelles de la qualité de vie ne permettraient pas de présager du sentiment subjectif de bien-être. Cette limite expliquerait, selon cet argument, pourquoi la psychiatrie et la psychologie ont été appelées à se saisir du problème. Cf. E. Diener, S. Oishi, R. E. Lucas, «Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life», *Annual Review of Psychology*, vol. 54, 2003, p. 403-425.

45. C'est pourquoi cette mesure est dite proprement subjective: «Il n'existe pas actuellement de consensus sur une définition claire et précise de la QV, d'autant que le concept se situe au carrefour des sciences économiques, sociales, de la médecine, et de la psychologie. Cependant, depuis les travaux sur les indicateurs sociaux qui devaient démontrer la relative indépendance entre indicateurs objectifs et vécu de bien-être, la très grande majorité des auteurs s'accorde à reconnaître que la QV est de nature psychologique et subjective et échappe aux orientations normatives», Ph. Cialdella, G. Chambon. «L'évaluation de la qualité de vie en psychiatrie», dans J. D. Guelfi, V. Gaillac, R. Dardennes, *Psychopathologie quantitative*, Paris, Masson, 1995, p. 171-172.

individuelle des idéaux, l'expérience de leur accomplissement par le sujet s'imposent à l'acte médical, tout en se dérochant à la médicalisation.

La disjonction introduite par le thème du bien-être entre soin et santé connaît en psychiatrie un prolongement direct à travers la distinction opérée, par la discipline, entre amélioration et santé mentale, ou santé mentale et santé mentale positive. Selon l'échelle de l'axe V, le fonctionnement individuel est jugé convenable lorsque le sujet, libéré de ses symptômes, est impliqué dans la vie sociale et satisfait de cette implication. Mais que ce fonctionnement soit normal n'implique pas qu'il soit optimal. Cela revient à dire que la normalité, celle des états acceptables, n'est pas le signe d'une santé parfaitement accomplie, mais plutôt d'un bien-être à bas seuil. L'échelle de l'axe V, qui comprenait initialement un gradient de 0 à 100, a été réduite à une cotation de 0 à 90 lors de la parution du DSM-IV en 1990. L'intervalle supérieur de l'échelle a été supprimé dans la mesure où il a paru destiné à la cotation de sujets démontrant une santé mentale positive, fonctionnant de manière particulièrement performante dans tous les domaines⁴⁶. Autrement dit, selon le manuel, l'optimisation du potentiel individuel est, au regard de la vocation du soin psychiatrique, hors de propos mais ne peut être tout à fait ignorée par la discipline. En effet, dans une perspective proprement médicale, la psychiatrie entend permettre au patient de retrouver une condition suffisante, compatible avec ses idéaux et ses capacités. Passé ce seuil, elle ne le reconnaît plus en tant que sujet justiciable d'un soin. Mais, dans une perspective psychologique, celui-ci reste accessible à la psychothérapie et à l'ensemble des techniques dédiées à la prise en charge de la souffrance ou au développement personnel⁴⁷.

46. Cf. J. D. Guelfi (dir.), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, Rueil Malmaison, Éditions Pierre Fabre, 1998.

47. La psychologie a privilégié pour sa part deux types d'approches du bien-être. La première, dite du potentiel humain, pense le bonheur à la manière d'un achèvement de forme. La plénitude ou la réalisation de soi, selon cet idéal de santé, résulterait de la découverte puis de l'exploitation par l'individu de ses qualités ou vertus intrinsèques. Cf. R. M. Ryan, E. L. Deci, «On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being», *Annual Review of Psychology*, vol. 52, 2001, p. 141-166. Dans la tradition de la psychologie de la personnalité, une seconde perspective considère que l'accès au bien-être dépend d'une qualité inégalement partagée. L'accomplissement de soi rend compte ici d'une capacité personnelle à faire face, d'une intelligence particulière des faits émotionnels et sociaux, ou bien encore d'une aptitude remarquable à l'adaptation ou à la résilience, soit, littéralement, d'une compétence à «retrouver sa forme». Cf. G. E. Vaillant, «Mental Health», *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, 2003, p. 1373-1384.

Le thème de la qualité de vie ou du bien-être marque ainsi, plus globalement, la nécessité pour la clinique de tenir compte de la singularité de l'individu, sinon de veiller à son épanouissement. Une fois associée au soin, cette perspective dessine les contours d'un exercice capable d'agrèger l'amélioration et le développement, la médication et la psychothérapie, les approches biologiques et psychologiques du trouble psychique, et de réunir, en dépit de rivalités structurelles, l'ensemble des professions de la santé mentale. Cette identité autorise aujourd'hui la psychopathologie, qu'elle soit psychiatrique ou psychologique, à revendiquer une position de contre-expertise au sein du champ médical. En effet située à l'articulation du soin et du bien-être, elle détient une compétence utile en probabilité à l'ensemble de la médecine, et paraît capable à la fois d'établir dans quelle mesure celle-ci répond à ses obligations⁴⁸.

Conclusion

Lorsqu'elle étudie la médecine dans son rapport avec le contrôle social, l'analyse sociologique s'en remet souvent à l'hypothèse d'un jeu de transfert: la médicalisation marquerait le processus au terme duquel la responsabilité morale serait transférée, terme à terme, de la communauté vers la médecine. Cette lecture est acquise au dualisme du normal et du pathologique. La reconnaissance du trouble mental donne à voir une image bien différente de la médicalisation, de son organisation et de son contexte. Aux États-Unis, la défense de l'autonomie et de la subjectivité individuelles, par sa prétention à l'universalité, autorise à reconnaître, dès les années 1950, le patient comme sujet de plein droit. Cette régularisation relativise l'extériorité du trouble mental. Mais ce mouvement contribue également à placer le désordre psychique sous le signe d'un préjudice et d'un risque susceptibles d'affecter chacun des membres de la collectivité.

48. La métrologie, en vertu des contraintes fixées par la standardisation administrative et des propriétés intersubjectives conférées à la statistique, offre à la psychiatrie un terrain particulièrement favorable à la revendication d'une telle position: «Il ne s'agit pas là de renouer avec d'anciennes doctrines (spiritualisme, dualisme cartésien, etc.), il s'agit simplement de reconnaître qu'un homme malade se voit, se sent et se sait malade, ce qui peut avoir des répercussions majeures tant sur l'intensité de sa détresse que sur les modalités de sa prise en charge, voire, parfois, sur l'évolution même de la maladie. Maintenant que la recherche médicale est arrivée à maturité dans l'étude des pathologies, il faut qu'elle élargisse son champ méthodologique au sujet dans son intégralité: sujet vivant et pensant». B. Falissard, *Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique*, Paris, Masson, 2001, p. 1.

Cette réorganisation relativise la vertu de la conformité, puisqu'elle ne protège pas du trouble, de la même manière que l'acceptation du risque morbide réduit la portée normative de la maladie, et sa possible assimilation à la déviance. Ce déplacement marque l'affirmation de la maladie et du mal-être comme catégories sociales, spécifiques et discrètes, si bien que l'opposition entre affection et socialité, qui structurait le statut de l'aliéné, perd en grande partie sa légitimité.

La défense de l'individu appelle un développement naturel et massif du soin. Mais elle importe également sur le terrain de la médecine une problématique qui enrichit et complexifie à la fois la notion de santé. À travers la question du bien-être, celle-ci n'a pas seulement traité à l'amélioration thérapeutique, mais s'élargit à l'accomplissement de soi. Cet idéal projette la santé pour partie à l'extérieur du soin et en décharge la médecine. Mais cette extériorité affecte en retour l'acte médical: elle contribue à placer dans le respect de la subjectivité une disposition opposable au soin. Autrement dit, le développement de l'exigence de santé permet d'observer comment l'individualisation nourrit la médicalisation, et est capable à la fois d'en contraindre l'organisation. La psychiatrie, qui se définit elle-même depuis son origine comme une médecine psychologique, incarne au plus près cette tension, comme suffisent à l'indiquer les conflits qui ont traversé son histoire et structuré la division du travail en santé mentale. Le développement de l'évaluation de la qualité de vie marque, dans le même sens, l'affirmation d'une obligation nouvelle envers le patient sur le terrain propre de la discipline. Mais il permet également de comprendre comment la psychiatrie, en vertu du ressort subjectif qui nourrit la médicalisation, peut aujourd'hui revendiquer dans ce domaine la contre-expertise du soin médical.

Philippe LE MOIGNE
Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société
(CESAMES)
CNRS — INSERM — Université Paris V

Résumé

Lorsqu'elle étudie la médecine dans son rapport avec le contrôle social, l'analyse sociologique omet d'évoquer les valeurs qui sous-tendent la médicalisation. Les développements de la psychiatrie américaine, entre 1950 et 1980, mettent en lumière le rôle moteur exercé par la défense de l'individu dans la promotion de la santé mentale. Le credo de l'individualité a offert un point d'appui aux droits des patients et à la légitimation des désordres psychiques. Mais, il a également donné naissance à une exigence de bien-être, acquise au traitement de la souffrance et, au-delà, à l'accomplissement individuel. Ce schéma moral nourrit la médicalisation mais la soumet également à des impératifs contradictoires de réparation et de protection du sujet. Comme l'article cherche à le montrer, la psychiatrie, en tant que médecine psychologique, exprime au plus près cette tension. L'ambivalence des exigences de santé affecte l'organisation de la morphologie professionnelle, marque l'évolution de la catégorisation psychiatrique, et modifie à la fois son rôle d'expertise.

Mots clés: psychiatrie, normalité, déviance, pathologie, soins, santé, bien-être, souffrance, profession, standardisation

Abstract

When studying medicine in relation to social control, the sociological analysis often forgets to mention the values underlying medicalization. The development of American psychiatry, between 1950 and 1980, enlightens the driving force exerted by the individual's defense in promoting mental health. The principle of individuality has offered a new perspective on patients' rights and on the legitimation of psychic disorders. However, it also initiated a well-being requirement, acquired through the treatment of pain, and surpassing individual accomplishment. This moral pattern feeds the medicalization and also subjugates it to the contradictory imperative of the subject's compensation and protection. As this article attempts to demonstrate, psychiatry, as a psychological medicine, explains this tension in greater detail. The ambivalence of health requirements affects the organisation of professional morphology, influences the evaluation of psychiatric categorization, and modifies its appraising role.

Key words: psychiatry, normalcy, deviant, pathology, care, health, well-being, suffering, profession, standardization

Resumen

Cuando estudia la medicina en su relación con el control social, el análisis sociológico se olvida de mencionar los valores sobre los cuales se basa la medicación. El desarrollo de la psiquiatría americana, entre 1950 y 1980, deja ver el papel principal que ejerce la noción de la defensa del individuo en la promoción de la salud mental. El credo de la individualidad ofreció un punto de apoyo a los derechos de los pacientes y a la legitimación de los desórdenes psíquicos. Pero, dio también nacimiento a una exigencia de bienestar la cuál es adquirida gracias al tratamiento del sufrimiento y, más allá, de la realización individual. Este esquema moral fomenta la medicación pero la somete también a imperativos contradictorios de restablecimiento y protección del sujeto. Como el artículo pretende mostrarlo, la psiquiatría, como medicina psicológica, exprime de cerca ésta tensión. La ambivalencia de las exigencias de salud influye en la organización de la morfología profesional, determina la evolución de la clasificación psiquiátrica, y modifica a la vez su papel de peritaje.

Palabras clave: psiquiatría, normalidad, desviación, patología, cuidado, salud, bienestar, sufrimiento, profesión, normalización