

Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine

Marcelo Otero

Numéro 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/1002460ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1002460ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de sociologie - Université du Québec à Montréal

ISSN

0831-1048 (imprimé)

1923-5771 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 65–89.
<https://doi.org/10.7202/1002460ar>

Résumé de l'article

Quels sont les liens entre santé mentale, adaptation sociale et individualité dans les sociétés contemporaines? Une tentative de réponse à cette question gagne à être replacée, me semble-t-il, dans le cadre des profonds changements intervenus sur le plan de la normativité sociale, afin de mieux comprendre les liens nécessaires et complexes entre les formes d'institutionnalisation de ces trois variables sociales (et sociologiques) étroitement dépendantes. Dans un premier temps, je problématise la question de la référence à la norme comme condition *sine qua non* de toute intervention sociale, y compris dans le domaine de la santé mentale, « négative » (régulation, contrôle, répression) ou « positive » (aide, revendication, lutte, traitement); dans un deuxième temps, je décris, de façon fort schématique, de quelle façon la problématique de la santé mentale s'est posée et se pose dans les sociétés occidentales; enfin, dans un troisième temps, je discute des relations étroites qui existent entre les définitions de l'individualité contemporaine, d'adaptation sociale et de la santé mentale.

Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine

Marcelo OTERO

Quels sont les liens entre santé mentale, adaptation sociale et individualité dans les sociétés contemporaines? Une tentative de répondre à cette question gagne à être replacée, me semble-t-il, dans le cadre des profonds changements intervenus sur le plan de la normativité sociale, afin de mieux comprendre les liens nécessaires et complexes entre les formes d'institutionnalisation de ces trois variables sociales (et sociologiques) étroitement dépendantes. Dans un premier temps, je problématise la question de la référence à la norme comme condition *sine qua non* de toute intervention sociale, y compris dans le domaine de la santé mentale, «négative» (régulation, contrôle, répression) ou «positive» (aide, revendication, lutte, traitement); dans un deuxième temps, je décris, de façon fort schématique, de quelle façon la problématique de la santé mentale s'est posée et se pose dans les sociétés occidentales; enfin, dans un troisième temps, je discute des relations étroites qui existent entre les définitions de l'individualité contemporaine, de l'adaptation sociale et de la santé mentale.

1. L'incontournable référence à la norme: chair du social

La distinction entre certaines formes de déviance, de pauvreté extrême, de désaffiliation sociale, de criminalité et de folie n'est souvent pas facile à établir de manière nette et précise parce que, malgré leurs spécificités, elles sont étroitement nouées, au moins en ce sens: elles dessinent l'un des aspects de l'envers de la normativité sociale qui a cours. Elles nous signalent, pour ainsi dire, la norme «en creux» ou, plus précisément, l'un des aspects du fonctionnement concret d'un ordre normatif par le biais de sa mise en cause volontaire ou non. De ce fait, diverses formes d'intervention sociale leur sont inexorablement destinées: encadrement social, thérapeutique, répression, prise en charge, différentes formes d'aide,

modalités de défense de droits de certains groupes, luttes et revendications en leur nom, etc. Ces interventions ciblant certains comportements qui «posent problème» permettent d'établir une distance mesurable (position relative) par rapport aux modèles de comportement qui servent de point de référence socioprofessionnel aux divers métiers de l'intervention sociale au sens large.

Il s'agit d'une modalité d'identification, non pas par rapport à soi-même (individu ou groupe qui «pose problème»), mais par rapport à l'ordre normatif. Qui suis-je (qui sommes-nous) par rapport à ce qu'on me (nous) demande d'être? Quels sont mes (nos) besoins légitimes et mes (nos) droits par rapport à la normativité qui a cours? Mais également, comment valider et mesurer ces écarts normatifs¹? Dans les sociétés libérales, la normalisation (*au sens de référence obligée à la norme*) ne prend pas le grossier visage de la volonté de standardisation des comportements (*laminer toute différence*), mais plutôt celui de la *distribution stratégique* autour de la norme, des comportements qui «posent problème», et partant, des individus et des groupes qui les incarnent.

Les sociétés contemporaines occidentales constituent des sociétés «libérales», du moins dans l'un des sens possibles que l'on peut attribuer à ce terme: une société où les formes de contestation, les conflits, les dysfonctionnements, les identités, voire les risques éventuels de fracture sociale, sont «régulés» par des dispositifs complexes qui reconduisent en même temps plusieurs formes de domination, creusent toutes sortes de clivages et établissent des rapports de force entre les groupes. Toutefois, cette «régulation» ne se résume pas exclusivement aux aspects «négatifs» (coercition, mystification, manipulation, répression) de la gestion des conduites, elle inclut les processus de redéfinition des marges de ma-

1. Ces écarts ne sont pas bien entendu seulement normatifs, j'y reviendrai, mais toute intervention sociale doit inéluctablement «se référer» à la norme pour justifier pour quelle raison, par exemple, l'homosexualité a été répertoriée dans les manuels de psychiatrie comme pathologie jusqu'au milieu des années 1970 et qu'elle ne l'est plus depuis la publication du DSM-III. Même si la validité d'un comportement «posant problème» peut être «établie», ne serait-ce que par consensus à l'intérieur d'une communauté socioprofessionnelle (psychiatres, psychologues, psychanalystes, travailleurs sociaux, etc.), la question de la mesure demeure un enjeu majeur. Par exemple, peut-on être «un peu» psychopathe ou «un peu» déprimé ou, au contraire, y a-t-il une façon (échelle psychométrique ou autre) d'établir un point de coupure au sens où on l'est ou on ne l'est pas? Voir M. Otero, «Qui est psychopathe au Canada?», site Internet de l'École de formation permanente de l'Hôpital de Ville-Evrard, Paris, juin 2002. <http://eveville-evrard.ifrance.com/Interventions/Otero0202.htm>.

nœuvre des sujets, la production des discours de vérité alternatifs et la promotion d'identités «autres» qui ne sont pas forcément assujettissantes².

Mais de quelle norme parle-t-on lorsqu'on a affaire à des sociétés «libérales»? La norme désigne toujours une mesure servant à apprécier ce qui est conforme à la règle, mais celle-ci n'est pas liée de façon mécanique à l'idée de rectitude³. Sa référence n'est pas l'équerre mais la moyenne et, de ce fait, la norme tire sa valeur du jeu des oppositions entre ce qui «pose problème» et ce qui «ne pose pas problème» (normal-pathologique, adapté-inadapté, fonctionnel-dysfonctionnel, conforme-non conforme, santé mentale-folie, autonome-dépendant, compétent-vulnérable, capable-incapable, etc.)⁴. Dans ce jeu d'oppositions, il n'y a rien qui renvoie de façon définitive à la différence de nature d'un individu ou d'une catégorie de personnes, puisque l'anormal est en quelque sorte distribué autour de la norme⁵. Sous cet angle, la norme n'est pas seulement un mécanisme de contrainte et d'exclusion, mais également un mécanisme de communication, elle incarne «ce par quoi et ce à travers quoi la société communique avec elle-même⁶». En d'autres termes, la définition (sociale, politique, scientifique, juridique, etc.) des comportements qui «posent problème» exprime avant tout un rapport, pour ainsi dire, au «soi du groupe⁷»

-
2. Castel a résumé en quelques mots ce qu'une société «libérale» signifie pour lui, à savoir: une société où «les possibilités de contestation du système sont autorégulées par le système lui-même», R. Castel, F. Castel et A. Lovell, *La société psychiatrique avancée, le modèle américain*, Paris, Grasset, 1979, p. 35. Dans cette même optique générale, Castoriadis oppose le «régime libéral» au «régime totalitaire» en soulignant la capacité du premier à gérer les diverses formes de contestation en fonction des «signaux» repérés au niveau social, politique, économique et culturel, ne faisant appel qu'en dernière instance à l'interdiction et à la répression, C. Castoriadis, «Le délabrement de l'Occident», *Esprit*, décembre 1991, p. 46.
 3. F. Ewald, «Michel Foucault et la norme», dans L. Giard (dir.), *Michel Foucault, Lire l'œuvre*, Paris, Jérôme Millon, 1992, p. 201-203.
 4. Depuis au moins une trentaine d'années, ce sont les termes dérivés du mot «adaptation» (inadaptation, réadaptation, mésadaptation, problèmes d'adaptation, etc.) plutôt que ceux dérivés du mot «norme» qui se diffusent à plusieurs domaines autres que celui de la psychologie, de la psychiatrie et de la criminologie pour identifier les écarts de la norme sans avoir recours à ce dernier terme devenu contraire aux exigences phraséologiques de la rectitude politique. M. Otero, «Les stratégies d'intervention psychothérapeutique et psychosociale au Québec. La régulation des conduites», *Sociologie et sociétés*, vol. 32, n° 1, 2000, p. 213-228.
 5. En ce sens que: «ce n'est pas l'exception qui confirme la règle, mais, plutôt, qu'elle est dans la règle», F. Ewald, *op. cit.*, p. 208.
 6. *Ibid.*, p. 206.
 7. Durkheim parlait de la majorité saine et normale de la population pour désigner ce «soi du groupe», dans *Le suicide* et dans *La division du travail social*, il montrait que si l'on

plutôt qu'au «soi» de la catégorie de personnes ou de l'individu qui, d'une manière ou d'une autre, dérange⁸. Ces catégories de personnes (ou l'individu) qui «posent problème» ne se résument pas, bien évidemment, à ce rapport au «soi du groupe». Toutefois, elles doivent inéluctablement s'y référer et, le plus souvent, s'y faire référer.

C'est en ce sens que l'univers de la norme en tant que moyenne n'a pas de dehors. Tout ce qui voudrait l'excéder peut être compris, récupéré et intégré en termes de différences de quantités et d'écart. La norme crée en quelque sorte un langage commun qui rend traductibles les phénomènes les plus divers les uns dans les autres, sans faire appel nécessairement à des distinctions de nature, permettant à un moment donné de faire entrer dans la norme ce qui ne l'était pas auparavant⁹. Canguilhem souligne que:

ce n'est pas seulement l'exception qui confirme la règle comme règle, c'est l'infraction qui lui donne l'occasion d'être règle en faisant règle. En ce sens, l'infraction est non l'origine de la règle, mais l'origine de la régulation. Dans l'ordre normatif, le commencement c'est l'infraction¹⁰.

met de côté le point de vue de l'acteur individuel suicidaire, on s'aperçoit que le suicide se pose comme «problème» aux autres personnes, c'est-à-dire à la majorité «normale» qui ne se tue pas. Durkheim a examiné le point de vue de cette majorité «normale», en quelque sorte l'incarnation de la conscience collective, dans le but de distinguer les «comportements normaux» des «comportements pathologiques» sans faire appel aux caractéristiques intrinsèques des comportements sociaux «qui posent problème». Cela ne signifie pas bien entendu que «tout» dans les comportements qui «posent problème» est social.

8. Certaines catégories des personnes dont les gestes «posant problème» se situent au carrefour des registres d'intervention des dispositifs pénaux, policiers, médicaux et psychiatriques, sans pouvoir être «classées» dans le cadre d'aucun des systèmes disponibles d'intervention et de prise en charge ont suscité la mise au point de nouvelles stratégies d'intervention «psychosociales», dont l'Urgence psychosociale justice à Montréal. L'une des principales caractéristiques que l'on attribue à ces catégories des personnes «inclassables» et qui justifie l'intervention «psychosociale» est le fait qu'elles sont «dérangeantes». Voir P. Landreville, D. Morin et D. Laberge, «Déjudiciarisation en santé mentale à Montréal», *Les politiques sociales*, 2002, n^{os} 1-2, 62^e année, p. 94-103.
9. Que l'on pense par exemple aux revendications «identitaires» d'hier (homosexuels) et d'aujourd'hui (neurodiversité, sourds) visant la reconnaissance officielle de certaines «différences» comme faisant partie de la «diversité normale» et leur conséquent déclassement de l'univers du pathologique tel qu'il est défini par les disciplines biomédicales et, parfois, la loi. Voir dans ce même numéro les réflexions de Brigitte Chamack et Alain Ehrenberg à ce sujet.
10. G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1950, p. 179.

Il s'agit, au bout du compte, d'un mécanisme de régulation sociale que Canguilhem appelle l'«ordre normatif», et qui s'évertue à repérer, identifier et classer (et non laminer à jamais) les phénomènes les plus divers par rapport à la «commune mesure», non forcément dans le but de les normaliser (au sens de standardisation), mais plutôt dans le but de les connaître, les classer, les définir, les gérer, voire éventuellement leur faire une place dans cet ordre ou, dans certains cas, les réprimer. Les auteurs du DSM-IV-TR, lorsqu'ils font état de l'impossibilité de parvenir à une définition du trouble mental «opérationnelle et cohérente qui s'appliquerait à toutes les situations», rappellent que les critères qui ont été et qui sont utilisés pour le définir sont: souffrance, mauvaise capacité de contrôle de soi, désavantage, handicap, rigidité, irrationalité, modèle syndromique, étiologie et *déviatio n statistique*. Ce dernier critère renferme une promesse d'ajustement perpétuel du continent des troubles mentaux, et partant des contours entre le normal et le pathologique, en fonction de la variation normative (moyenne statistique)¹¹.

Se donner, ou le plus souvent se faire donner par d'autres (enquêtes scientifiques, pratiques d'intervention, revendications particulières, etc.), une réalité analytique et identitaire en tant que groupe (ou individu) spécifique par le biais de la référence à l'ordre normatif est la condition *sine qua non* pour ceux qui veulent formuler des demandes d'«aide» (accès aux soins, aux services, faire valoir certains droits, etc.) autant que de «contrôle» (encadrement, régulation, répression, etc.) à l'égard de certains groupes de personnes qui «posent problème» (dangereux, inadaptés, en danger, dérangeants, etc.). Qui sont ces groupes par rapport à la norme? Où se situent-ils? Que peuvent-ils revendiquer en fonction de leur position relative? Qu'est-on en droit d'exiger d'eux et pour eux? Si l'on vit en société, et l'on ne peut pas vivre autrement, on n'échappe pas à cette référence à la norme, non pas forcément pour s'y plier, pour la contester ou pour chercher à l'abolir, mais le plus souvent pour prendre position (et en même temps distance) à son égard, tout en établissant forcément un langage commun avec les «autres». Ce langage commun, cette grammaire normative, constitue la chair du social. Et c'est à partir de cette chair (et non pas à partir d'une quelconque extériorité, transcendance ou essence humaine) que l'on constitue des identités «alternatives» (dans la lutte sociale et la revendication) ou que l'on régule des comportements dangereux, inadaptés, en danger ou dérangeants.

11. DSM-IV-TR, 2000, p. XXXV.

2. Grand renfermement, grand désenfermement et grand renversement: trois figures sociologiques (et institutionnelles) de la gestion occidentale de la folie et de la santé mentale

Au geste institutionnel du «grand renfermement» indifférencié de pauvres, délinquants, libertins, fous et vagabonds, rendu célèbre par Foucault¹² a succédé le sous-enfermement thérapeutique des aliénés (sous-groupe vulnérable spécifique, dérangent ou dangereux) par les pionniers de la psychiatrie occidentale (Pinel, Tuke, etc.). Ce nouveau geste institutionnel et scientifique donnait une définition «positive¹³» (réalité empirique et analytique) au phénomène de la folie. Désormais, l'on enferme pour traiter scientifiquement (médecine mentale) des comportements «qui posent problème» et pas seulement pour contrôler des groupes de personnes qui «posent problème». Toutefois, un demi-siècle plus tard, le déclin de l'optimisme thérapeutique (traitement moral) et anthropologique (le fou est un humain comme les autres) à l'égard de l'aliénation mentale, cédera la place à nouveau à l'enfermement tout court, au pur contrôle pourrait-on dire, sous l'influence des paradigmes organicistes (théories de la dégénérescence). L'on enferme donc la fatalité biologique et héréditaire et, parfois, en fonction de cette redéfinition désespérée de la folie, soit on traite ce qui est par définition scientifique «intraitable» par des moyens grossièrement expérimentaux, soit on oublie le fou dans l'hôpital psychiatrique, redevenu asile.

À la fin de la Deuxième Guerre mondiale, les expériences de «désenfermement» de la folie commencent progressivement à prendre forme. Ce processus deviendra graduellement une politique d'État à partir des années 1960 un peu partout en Occident (sectorialisation, désinstitutionnalisation, virage communautaire, virage milieu, retour à la communauté, etc.), un peu comme l'enfermement l'avait été auparavant. Robert Castel parlera ironiquement de «grand désenfermement¹⁴» pour signaler ce nouveau retournement institutionnel. On assiste non seulement au renouvellement de l'optimisme anthropologique et thérapeutique à

12. M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1977, chapitre 2, p. 67-109.

13. Au sens où autour d'un phénomène qui «pose problème», l'on produit du «réel» (des domaines d'intervention spécifiques, des groupes de personnes signalés comme incarnant ce phénomène, etc.) et du «vrai» (des connaissances positives et opérationnelles).

14. R. Castel, *Le psychanalyse*, Paris, Librairie François Maspéro, 1973, chapitre 8, «Le grand désenfermement», p. 202-233.

l'égard de la folie (développement des médicaments psychotropes pour le traitement de troubles graves, montée de la psychanalyse comme horizon théorique dominant la compréhension de nombreuses pathologies mentales, etc.), mais également à un nouvel optimisme social par rapport à la capacité de prise en charge (et de tolérance) de la «communauté» vis-à-vis des personnes désinstitutionnalisées.

Au cours de la deuxième moitié des années 1970, une nouvelle frustration s'annonce: démolir les systèmes de prise en charge, aussi dégradants soient-ils, et rétablir le contact entre le fou et la «communauté» ne résolvent pas la question de l'existence persistante d'un certain nombre de personnes que l'on qualifiera de plus en plus comme ayant des problèmes de santé mentale. L'institutionnalisation de la folie ajoute une aliénation sociale supplémentaire à l'aliénation mentale, Erving Goffman l'a bien montré, mais elle n'en est pas la «cause». Les comportements qui «posent problème» à la normativité sociale et que l'on définit, dans ce cas spécifique, comme relevant de la «santé mentale» ne s'estompent pas. Certains maintiennent pour l'essentiel leur prévalence et leurs principales caractéristiques, par exemple certaines «psychoses», tandis que d'autres se transforment de manière spectaculaire (apparition de nouveaux troubles «nerveux», disparition de certaines «névroses», montée des problématiques multiples, etc.).

Les démarches d'institutionnalisation et de désinstitutionnalisation de la folie se recoupent à certains points majeurs qui se manifestent de manière archétypale dans les origines historiques de ces deux expériences, à savoir:

- la dénonciation d'un mode de prise en charge tenu pour abusif et obscurantiste (Pinel «libère» les fous des chaînes au nom de la raison médicale¹⁵; David Cooper «libère» les patients de l'hôpital psychiatrique dans la «communauté» au nom d'une nouvelle conception psychosociale de la folie);
- le regard humaniste à l'égard des personnes affectées (redécouverte d'une part de raison inaltérée dans le phénomène de la folie pour Pinel; folie comme moment de crise passagère faisant partie d'une expérience inéluctablement humaine pour Cooper);

15. S'il est vrai que la libération des fous des chaînes en 1792 par Pinel est plus un mythe, repris par le célèbre tableau de Robert Tony-Fleury *Pinel délivre les fous de leurs chaînes*, qu'un événement historique, ce geste symbolique fait au nom de la science et de la raison convient très bien à l'esprit des pionniers de la psychiatrie occidentale.

- la proposition de nouvelles méthodes de prise en charge à la fois critiques, scientifiquement fondées et prometteuses d'une nouvelle époque (internement thérapeutique pour Pinel; retour dans la «communauté» pour Cooper).

Toutefois, institutionnalisation médicale et désinstitutionnalisation s'opposent en un point central: *les rapports entre socialisation et santé mentale se trouvent complètement inversés*. Pour les pionniers de la psychiatrie, la thérapeutique vise à ramener l'aliéné (étranger à soi) au «rôle social» duquel il a en quelque sorte «décroché»¹⁶. L'antipsychiatrie, en revanche, met à l'avant-plan les conditions sociales de la production de la folie tout en soulignant que l'accommodation aux «rôles sociaux» n'est pas un signe de santé mentale, mais plutôt d'adaptation sociale. Si l'on se limite à la position de Cooper, la famille et l'hôpital (ou la mère du schizophrène et le psychiatre) sont les principaux agents sociaux d'une stratégie d'invalidation sociale qui définit une «crise microsociale», tout à fait humaine, comme «maladie mentale» et un individu comme fou¹⁷. Dans cette optique, la normativité (conçue schématiquement comme l'apprentissage du rôle) peut rendre l'individu parfois normal (adaptation aux exigences sociales), parfois malade (l'individu ne s'adapte pas et éprouve une crise qui est définie comme de la folie par les autres), mais elle ne rend jamais par elle-même l'individu sain d'esprit (normalité psychologique). *Adaptation sociale et santé mentale ne sont pas des synonymes et c'est en cela que l'humanisme de l'antipsychiatrie s'oppose profondément à celui des*

16. Foucault montre que «ce qui constitue la guérison du fou, pour Pinel, c'est sa stabilisation dans un type social moralement reconnu et approuvé». Il ne s'agit pas de redevenir tout simplement un homme sain d'esprit, car l'humanité perdue ne peut être recouvrée que dans des «espèces sociales toutes constituées qui ont sommeillé longtemps sous la folie». Le serviteur fou redevient serviteur sain d'esprit, le général fou redevient général sain d'esprit, le bourgeois fou redevient un bourgeois sain d'esprit. Chacun et chacune reprennent leurs rôles sociaux en quelque sorte là où ils les ont laissés. M. Foucault, *op. cit.*, p. 594-595.

17. Cooper utilise le terme schizophrénie de manière extrêmement large presque comme synonyme de problème de santé mentale grave, mais non forcément chronique. Selon lui, la psychiatrie réfracte et condense la violence sociale sur des «patients désignés» et son rôle institutionnel est de conformer les gens désignés aux attentes de la société. Les maladies psychiatriques ne sont pas «mentales», mais «relationnelles». Un individu, qui joue le rôle de bouc émissaire, sera désigné comme fou, ce qui permet de nier le problème relationnel en créant un problème de santé mentale sur lequel l'attention institutionnelle doit se concentrer (famille, hôpital, société conformiste). D. Cooper, Introduction et chapitre 1 «Violence et psychiatrie», *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Paris, Seuil, 1970, p. 15-55.

pionniers de la psychiatrie occidentale. La santé mentale et la maladie mentale sont respectivement le lot, soit de quelques bienheureux qui savent se faire discrets en faisant preuve d'une certaine capacité de ruser avec les rôles sociaux d'une organisation sociale somme toute malade, soit de quelques malheureux qui n'y parviennent pas et sont condamnés à osciller entre deux «enfers»: la famille et l'hôpital. Dans cette perspective, la seule porte de sortie thérapeutique vers la normalité psychologique consiste à vivre «librement» l'expérience de la folie (crise microsociale) dans un espace sans rôles prédéfinis, ni situations psychosociales structurées. C'est-à-dire en sortant le «malade désigné» de ce jeu intrinsèquement maladif auquel il a échoué, pour lui permettre de retrouver un «nouvel équilibre» plutôt que de rejoindre un quelconque rôle social, délaissé par cause de maladie mentale.

On connaît la dimension utopique de la démarche antipsychiatrique (imaginer l'existence d'un espace thérapeutique «hors social» où la crise peut être vécue et surmontée¹⁸), de même que les rêves thérapeutiques, non moins utopiques, des pionniers de la psychiatrie (en finir médicalement avec un problème non exclusivement médical)¹⁹. On connaît également les retombées négatives de ces deux utopies: d'une part, l'abandon des malades «chroniques» dans les asiles auquel conduit le réductionnisme de la raison médicale et, d'autre part, les phénomènes de la «porte tournante», de la judiciarisation et de l'itinérance auxquels conduit le réductionnisme de la raison sociale qui sous-estime l'indifférence et l'intolérance de la «communauté» dans l'entreprise de désinstitutionnalisation. Aux deux «enfers» de la famille et de l'hôpital, s'en ajoute ainsi un troisième non moins cruel: celui de la «communauté», ou plus précisément, celui de la rue.

Ces trois «enfers» entre lesquels certaines catégories des personnes, et pas seulement les fous bien entendu, ont été et sont ballottées, ainsi que les discours critiques de ces «enfers» (médicaux et sociaux), sont traversés par

18. Kingsley Hall est la communauté thérapeutique la plus célèbre où la non moins célèbre Mary Barnes a réalisé son voyage à travers la folie (descente et remontée) qui lui a permis non de retourner à son ancien rôle social (infirmière), mais de devenir quelqu'un d'autre (artiste). M. Barnes et J. Berke, *Mary Barnes, voyage à travers la folie*, Paris, Seuil, 1973.

19. Cette utopie est de retour à partir de la parution du DSM III qui donne le coup d'envoi à la nouvelle psychiatrie. À ce sujet voir S. Kirk et H. Kutchins, *Making US Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, New York, Free Press, 1997 et D. Healy, *The Creation of Psychopharmacology*, Londres, Harvard University Press, 2002.

la norme qui leur permet d'exister, sinon en harmonie, du moins en résonance. Cette résonance normative fait que la critique d'un système de prise en charge et la proposition d'un nouveau système «alternatif» apparaissent vraisemblables plutôt qu'utopiques à un moment historique donné. Cette résonance, articulée par les transformations normatives en cours, permet à la critique (sociale, politique, éthique, médicale, etc.) d'un mode de prise en charge d'être graduellement institutionnalisée et, au bout du compte, de devenir une politique publique (sectorialisation en France, désinstitutionnalisation aux États-Unis et au Québec, etc.). La constitution de certains individus en catégories particulières de personnes (vulnérables, à risques, en difficulté, dangereux, dérangeants, multiproblématiques, etc.) et la critique de ces processus sont intimement liées au contexte normatif particulier qui leur permet non seulement d'exister, mais également de se positionner comme vis-à-vis.

Si les pionniers de la psychiatrie (et bien des psychiatres contemporains) ont voulu saisir la folie comme un phénomène tout à fait médical, les pionniers de l'antipsychiatrie (et bien des antipsychiatres contemporains), en revanche, l'ont saisie comme un phénomène tout à fait social. Les deux approches n'ont pas pour autant réussi à venir à bout de la compréhension ni du traitement de ce qu'on appelle aujourd'hui des problèmes de santé mentale. Sociologiser et médicaliser la folie sont des abus comparables qui, tous deux, se répercutent négativement sur le sort concret du malade: abandonné dans un asile ou dans la rue, déresponsabilisé comme «patient» ou hyperresponsabilisé comme «usager». Du même coup, on invalide l'intention sincèrement humaniste de deux élans réformateurs.

Les ethnopsychiatres ont signalé, notamment en étudiant la «folie des autres», l'élargissement indu du champ de la médecine mentale qui permettait à ce dernier de capter toute forme de déviance comme maladie (pathologisation de la marginalité), mais ils ont également critiqué l'interprétation abusive de toute folie comme «construction sociale» à partir du repérage d'un comportement déviant. La double critique de l'anthropologie culturelle (le culturel fonde le psychisme) et du psychologisme (le psychisme fonde le culturel) cherche à montrer que *culture et psychisme sont des phénomènes aussi irréductibles qu'inséparables* (Georges Devereux dira co-émergents)²⁰. Ce constat conduit les ethnopsychiatres à postuler la nécessité d'une épistémologie complémentaire qui ferait le pont entre la

20. G. Devereux, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1970.

psychiatrie (et le plus souvent la psychanalyse et la psychologie) et l'ethnologie (et non entre le corps et l'esprit), afin de comprendre ce que la folie veut dire *sans la détacher de la norme ni la réduire à la déviance de la norme*. Si tous les déviants ne sont pas fous et si tous les fous ne sont pas déviants, les non-déviants ne sont pas forcément normaux du point de vue psychologique. La normalité psychologique est une réalité différente, mais non détachée, de l'adaptation sociale (ou de la normalité sociale). L'adaptation sociale, de même que l'inadaptation sociale, peuvent contribuer tant à la folie qu'à la santé mentale. On peut être fou et adapté (par exemple les cas des célèbres psychopathes menant une vie sociale normale), et mésadapté et en bonne santé mentale (par exemple le cas de certains artistes menant une vie extravagante). Les antipsychiatres ont bien signalé le problème: les modes de prise en charge institutionnalisés, et c'est pour cela qu'ils sont institutionnalisés, s'attaquent le plus souvent au «soi social» de l'individu (ou à la part sociale de soi) dans un souci d'adaptation afin de lui permettre, comme Pinel jadis, de revenir aux rôles sociaux institués.

Cela ne permet cependant pas de résoudre un problème théorique majeur: s'il est tout à fait aisé de définir la «normalité sociale» en référence directe à la capacité d'adaptation sociale des individus, il semble impossible d'arriver à une définition de ce qui serait la «normalité psychologique» individuelle sans tomber dans des généralités peu opérationnalisables²¹ ou dans des substantialismes anthropologiques (la nature humaine est ceci ou cela). On peut toutefois garder à l'esprit l'idée que Roger Bastide emprunte à Canguilhem sur la pertinence de définir le normal psychologique par la capacité d'être normatif²² plutôt que par l'adaptation à la norme. Ce qui renvoie à la capacité individuelle et col-

21. François Laplantine énonce quatre critères de normalité «métaculturelle» que je résume comme suit: 1) aptitude à la communication; 2) solidarité de la culture avec les intérêts du Moi, plutôt qu'avec les pulsions du Ça et les intérêts du Surmoi; 3) aptitude à s'aimer suffisamment soi-même, à préférer vivre plutôt que mourir; 4) reconnaissance d'un monde extérieur distinct de soi. F. Laplantine, *L'ethnopsychiatrie*, Paris, PUF, 1988, p. 96-97.

22. Canguilhem a bien montré qu'une discipline du social pathologique ne pourrait jamais être scientifique. G. Canguilhem, «Le problème des régulations dans l'organisme et dans la société», *Cahiers de l'Alliance Israélite Universelle*, n° 92, septembre-octobre 1955, p. 64-81. Voir aussi A. Ogien, «Une sociologie du pathologique est-elle pensable? Notes sur l'anomie, le contrôle social, la déviance», *Revue européenne de sciences sociales*, vol. 27, n° 83, 1989, p. 197-215.

lective de modifier la norme à *partir* de la norme, chair du social²³. De ce fait, c'est-à-dire du constat de l'inexistence d'un vide social quelconque (le hors norme des antipsychiatres, l'idée de la communauté thérapeutique non institutionnalisée, le sujet transcendant des Lumières, etc.), un certain relativisme semble pourtant incontournable. Hier comme aujourd'hui, ce sont les agences gouvernementales, les familles, ou les personnes affectées elles-mêmes, du moins une partie d'entre elles, qui «savent», et ce savoir est social, ce qui signifie avoir un problème de santé mentale, et qui demandent ou mettent en œuvre une réponse institutionnelle (médicament psychotrope, psychothérapie, internement, accompagnement, soutien social, revendication de droits particuliers, etc.) à ce problème.

La définition d'un «problème» comme relevant du champ de la santé mentale est un processus social, culturel et médical complexe. Il demeure toutefois une certitude plus empirique que théorique à l'effet que certains problèmes de santé mentale semblent être plus proches des variations de la normativité que d'autres. Si l'on sépare grossièrement les «psychoses» (troubles sévères fort handicapants touchant une minorité de la population, pensons à la schizophrénie) des «névroses» (troubles moins handicapants mais fort généralisés), on peut constater la relative stabilité des premières (par exemple, la schizophrénie touche souvent environ 1% des populations occidentales), et la variété (dépression, anxiété, hystérie, phobies, etc.) et l'ampleur (par exemple, la dépression affecterait aujourd'hui entre 12% et 25% des femmes et entre 6% et 12% des hommes) des deuxièmes. Ces dernières sont plutôt:

- historiquement volatiles (elles apparaissent, deviennent épidémiques et disparaissent, par exemple l'hystérie hier et la dépression aujourd'hui);

23. Je reprends le commentaire de Gilles Deleuze sur la réorientation des recherches de Foucault à partir de la parution de l'*Usage des plaisirs*. Selon cette interprétation, le sujet y est conçu comme une «dérivée» du pouvoir et du savoir, mais qui n'en dépend pas. Foucault aurait réorienté ses recherches sur un «troisième axe» (celui de la constitution du sujet moral), sans pour autant annuler les autres (le savoir et le pouvoir), ce qui permettrait d'entrevoir une sorte de «principe de régulation interne» (véritable subjectivité) irréductible aux codes (normativité). Le sujet moral (capable d'être normatif à partir de la norme) est celui qui a «plié la force [de la norme vers soi] sans qu'elle cesse d'être force». Deleuze pense que ce «rapport à soi» constitue «la règle facultative de l'homme libre». G. Deleuze, *Foucault*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1986, p. 108.

- floues (en transformation constante, de symptomatologie riche et ambiguë, difficiles à diagnostiquer);
- de formidables révélateurs des manquements aux impératifs sociaux (l'hystérie comme échappatoire de la rectitude sexuelle du XIX^e siècle, ou la dépression, comme manifestation de l'envers des exigences de performance sociale contemporaines)²⁴.

C'est en ce sens que Roger Bastide affirmait il y a longtemps que les «névroses» semblent constituer un objet plus adéquat pour la sociologie que les «psychoses»²⁵.

Cette remarque devient d'autant plus pertinente dans le cas des sociétés contemporaines où la référence à la santé mentale, plus englobante, a remplacé celle de maladie mentale, plus restreinte. Le «succès» sociologique et scientifique de la notion de santé mentale peut être compris comme «l'expression d'une réorganisation des rapports entre maladie, santé et socialisation²⁶» qu'Alain Ehrenberg résume à l'aide d'une autre image ironique: le «grand renversement». Cette nouvelle transformation institutionnelle est marquée essentiellement par 1) un retournement hiérarchique majeur suivant lequel la maladie mentale (phénomène en principe restreint au domaine médical) devient un aspect subordonné de la santé mentale et de la souffrance psychique²⁷ (phénomène multiforme, en élargissement constant et ouvert à de multiples domaines); 2) une favorisation des modes de prise en charge permettant au patient en traitement (devenu usager, client, bénéficiaire, etc.) de devenir un acteur de «sa» propre maladie, de «sa» souffrance ou de «son» problème de santé mentale; et 3) une subordination de la contrainte institutionnelle au consentement éclairé de l'«usager» lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre une démarche thérapeutique.

24. P.-H. Castel, *La Querelle de l'hystérie: La formation du discours psychopathologique en France (1881-1914)*, Paris, PUF, 1998.

25. R. Bastide, *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion, p. 73-103. Cela ne veut pas dire que les psychoses relèvent du domaine médical et les névroses du domaine social. Les travaux de Barrett, entre autres, montrent les complexes dimensions sociales de la schizophrénie, label qui réunit par ailleurs un ensemble de tableaux cliniques variés et complexes. R. Barrett, *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 1999.

26. Je simplifie les arguments d'Alain Ehrenberg dans «Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale», *Esprit*, mai 2004, p. 144.

27. Pour une sociologie du phénomène de l'écoute de la souffrance psychique, voir D. Fassin, *Des maux indicibles*, Paris, La Découverte, 2004.

Le nouvel usager est un patient «compétent», c'est-à-dire qui ne fait pas que «pâtir», mais qui devient capable de «gérer» ses symptômes en ce sens qu'il doit s'impliquer en tant qu'individu dans la résolution de «son» problème de santé mentale. Ces trois dimensions du «grand renversement» constituent autant de références aux nouvelles règles de l'individualité contemporaine caractérisée par la promotion de l'autonomie, de la responsabilité individuelle et de la valorisation de la prise d'initiatives individuelles. Dans ce contexte, les problèmes de santé mentale sont de plus en plus définis en termes de handicaps²⁸ qu'on pourrait formuler rapidement comme la réduction des occasions sociales de la personne imputable (scientifiquement, symboliquement, socialement) à des déficits psychiques ou mentaux (manque de motivation, fatigue mentale, anxiété, agitation, etc.).

Le problème se pose donc à nouveau: comment démêler l'imbrication du dysfonctionnement social et du problème de santé mentale? Est-il seulement possible de le faire? Est-ce pertinent? En outre, l'accent mis sur le rôle de l'«usager-client» comme acteur non seulement de «sa» maladie mentale et de «sa» souffrance psychique, mais également de «sa» santé mentale, rend encore plus obscure la distinction entre normalité psychologique (être normatif à partir de la norme) et adaptation sociale (s'adapter aux impératifs sociaux). Normalité psychologique et normalité sociale (ou adaptation) se confondent-elles à nouveau, comme à l'époque de Pinel? L'autonomie n'est-elle pas devenue la grande norme de l'individualité contemporaine? Car, on sait qu'être adapté signifie aujourd'hui devenir un acteur autonome et responsable de sa trajectoire de vie. Encore une fois, la normativité sociale semble rattraper, en le «gouvernementalisant» pour utiliser le terme de Foucault²⁹, ce qui tente de lui échapper. Les antipsychiatres pensaient que les personnes véritablement en santé mentale (et non seulement adaptées) avaient la capacité de ruser avec les rôles sociaux. Dans le contexte normatif actuel, peut-on encore ruser avec cette ruse? Et si oui, comment? Quelle forme prendrait aujourd'hui une santé mentale distincte de l'adaptation sociale?

Grand renfermement (prise en charge totale du patient, coercition, traitement médical), grand désenfermement (prise en charge de l'individu en crise par la communauté, libération, critique de la médicalisation) et

28. R. Castel, *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1981, p. 120-122.

29. M. Foucault, «La gouvernementalité», *Dits et Écrits*, vol. II, Paris, Gallimard, p.635-657.

grand renversement (usager, acteur individuel de «son» problème de santé mentale et de «sa» santé mentale, consentement éclairé, intégration du médical dans le social) constituent donc trois puissantes images sociologiques qui marquent autant de grands cycles de définition sociale de la folie (psychoses et névroses), des modes institutionnalisés de prise en charge et de production des discours scientifiques (et sociaux) qui cherchent à comprendre, décrire et traiter les diverses figures de la folie et de la santé mentale. Trois façons aussi de signaler des changements profonds dans la normativité sociale: mise en place de dispositifs de *tutelle institutionnelle* de certaines catégories de personnes définies comme malades (institutionnalisation), volonté d'*intégration* dans la communauté de certaines catégories de personnes définies comme vivant une crise psychosociale (désinstitutionnalisation) et *promotion de l'autonomie* de certaines catégories de personnes dites «avec des problèmes de santé mentale» (autoprise en charge). Qu'ont ces catégories spécifiques de personnes en commun à chaque «moment institutionnel»? Elles sont en danger, dangereuses ou dérangeantes, ou encore, bien entendu, toutes les combinaisons possibles. En un mot, elles «posent problème» (d'un point de vue politique, éthique, économique, sanitaire, etc.) à la normativité sociale en cours sous forme de délit, folie, suicide, maladie, indigence, risque, etc. Nous sommes donc revenus en quelque sorte au point de départ.

3. Les règles de l'individualité contemporaine: être soi par soi

Les culturalistes (le culturel fonde le psychisme) et les psychologues (le psychisme fonde le culturel) se sont souvent entendus, bien que sans trop se parler, au moins sur un point: les sociétés occidentales exigent des individus qu'ils fassent preuve d'une adaptation permanente à des normes sociales en changement constant. Margaret Mead³⁰ avait déjà défini les sociétés occidentales comme «préfiguratives», c'est-à-dire des sociétés à changement très rapide où l'expérience transmise par les aînés semble peu utile aux plus jeunes, qui se trouvent dans une situation analogue à celle de l'immigrant ou du pionnier. Geza Roheim³¹, critique acerbe des anthropologues culturalistes qui récusaient l'universalité du complexe d'Œdipe, soulignait pour sa part un fait majeur en Occident: le passage des

30. M. Mead, *Culture and Commitment: the New Relationships between the Generations in the 1970s*, New York, Columbia University Press, 1978.

31. G. Roheim, *Origine et fonction de la culture*, Gallimard, Paris, 1972 et *Psychanalyse et anthropologie*, Gallimard, Paris, 1967.

sociétés à évolution lente à des sociétés à changement rapide, qu'il nommait avant la lettre des «sociétés à orientation thérapeutique». Dans ces sociétés, caractérisées par l'exigence d'un effort d'adaptation permanente à l'égard de leurs membres, les interventions psychothérapeutiques (aujourd'hui on dirait en santé mentale) jouent un rôle majeur dans les processus de socialisation.

Beaucoup d'auteurs ont réfléchi au phénomène de la psychologisation des rapports sociaux et à l'expansion inédite du champ de la santé mentale dans les sociétés occidentales contemporaines (Roheim, Foucault, Castel, Sennett, Lash, Lipovetsky, Melman, etc.) à partir de cadres d'analyse différents (psychanalyse, sociologie, philosophie, anthropologie, etc.). J'ai utilisé, en modifiant la formule de Castel, l'expression «psychanalysme sans psychanalyse» pour désigner la généralisation d'une dynamique sociale de rabattement de nombreuses problématiques sociales dans les champs du psychologique, sans plus avoir besoin de faire appel à la psychanalyse³². Avec Castel, Bourdieu et Ehrenberg, je ne crois pas non plus au phénomène de l'affaiblissement de la normativité sociale qui permettrait un nouvel épanouissement de l'individualité. Pierre Bourdieu affirmait à ce sujet que la normativité des sociétés actuelles se fonde de plus en plus sur l'institution de l'insécurité³³. Aux formes de précarisation liées aux cycles «naturels» d'expansion et de récession de l'économie capitaliste, s'ajoute aujourd'hui l'application systématique d'un «management rationnel» qui institutionnalise la précarité et l'insécurité comme mode de fonctionnement «normal», non seulement dans l'organisation du travail, mais de plus en plus comme style de vie (famille, couple, amitié, sexualité, loisirs, etc.).

Dans le domaine de la «santé mentale»³⁴, il est couramment accepté aujourd'hui que l'un des «déterminants sociaux» des problèmes de santé mentale est ce que l'on appelle le «stress environnemental». Ce «stress», impossible à définir de façon précise, serait lié, entre autres, à l'instabilité

32. M. Otero, *Les règles de l'individualité contemporaine, Santé Mentale et société*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 2003, chapitre 1 «Un «psychanalysme» sans psychanalyse?», p. 6-43.

33. P. Bourdieu, *Contre-feux 2*, Paris, Raisons d'agir, 2001, p. 46-47.

34. De nombreuses disciplines ont affaire à la «santé mentale» des sujets ou des groupes, dont la psychologie, la psychiatrie, la psychoéducation, la criminologie, la psychanalyse, le travail social, etc. Toutefois, la signification du mot santé, d'une part, et la nature, les limites et la localisation du «mental», d'autre part, sont l'objet de multiples débats. Pour une discussion approfondie de ce que le «mental» peut vouloir dire. V. Descombes, *La denrée mentale*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1995.

de l'ensemble des contextes de vie actuels auxquels «il faut» s'adapter et à l'incapacité des individus de contrôler ce qui leur arrive (manque d'*empowerment*, nous dit-on). En revanche, le renforcement de la capacité des sujets à s'adapter au «stress environnemental», plutôt qu'à problématiser les expériences de difficulté qui y sont associées, constitue l'un des principaux «déterminants psychologiques» de la «santé mentale». L'un des plus importants psychiatres canadiens, Heinz Lehmann, affirmait que les deux facteurs essentiels dans la promotion de la santé mentale sont l'*empowerment* et la gestion du stress³⁵. Inversement, l'une des dimensions essentielles de la vulnérabilité psychologique est, d'une part, l'incapacité des sujets «à faire face» (*coping*) au stress environnemental, ce que l'on thématise souvent par la formule «manque de compétences psychosociales» et, d'autre part, l'incapacité des sujets à faire preuve d'autonomie, à prendre des initiatives, à être responsable de soi, ce que l'on résume souvent par l'expression «se prendre en main».

Le complexe et vaste univers actuel de la santé mentale (pratiques psychosociales, psychothérapeutiques, psychiatriques, psychopharmacologiques, psychoéducatives, etc.) constitue un lieu privilégié d'observation des différentes formes de régulation des conduites. Un lieu où se manifestent certaines injonctions sociales indiquant aux sujets ce qu'on attend d'eux, un lieu où ceux-ci témoignent de la résistance à ces injonctions par des symptômes, la souffrance ou le «passage à l'acte» et, enfin, un lieu de reconduction de certaines identités (individu en bonne ou en mauvaise santé mentale) dans le cadre desquelles les sujets sont censés se reconnaître et «fonctionner». Il n'est donc pas étonnant qu'à côté du «management rationnel» qui institutionnalise la précarité et l'incertitude sur le plan de l'organisation du travail³⁶, apparaisse, comme son ombre, un «management thérapeutique», dont le rôle premier consiste à développer les compétences individuelles d'adaptation des sujets. Parmi ces compétences, la gestion du stress et l'*empowerment* (appropriation de pouvoir) occupent une place centrale.

L'importance croissante des stratégies d'intervention en santé mentale en tant que productrices de normativité sociale dans les sociétés libérales n'est pas étrangère à la réorganisation (plutôt qu'au retrait) des formes de gestion des «dysfonctionnements» sociaux par les agences gouvernementales en matière de santé et de services sociaux enclenchée notamment

35. H. Lehmann, «Préface» dans L. Blanchet *et al.*, *La prévention et la promotion en santé mentale*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 1997, p. XV-XVIII.

36. L. Boltansky et È. Chiapello, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1998.

à partir de la deuxième moitié des années 1970. Il ne s'agit plus seulement de pallier les «dysfonctionnements», mais encore de «produire» des comportements désignés aujourd'hui, rectitude politique oblige, comme «adaptés» plutôt que «normaux». Plusieurs auteurs soutiennent depuis la deuxième moitié des années 1970 qu'on assiste dès lors à un relâchement de mécanismes de «standardisation» des besoins, des désirs et des conduites qui aurait rendu possible l'épanouissement d'une nouvelle culture psychologique et la généralisation d'une sensibilité thérapeutique individualiste³⁷. Ces phénomènes caractéristiques des sociétés dites post-disciplinaires, postmodernes, postidéologiques se traduiraient non seulement par une plus grande «individuation» des sujets, mais également par l'émergence de nouvelles «difficultés», «failles» ou «fragilités» pour l'essentiel d'ordre psychologique ou «mental». Celles-ci sont présentées comme la contrepartie de l'affranchissement de la volonté «moderne» de normalisation, en ce sens que l'individu lui-même se voit confier de nouvelles responsabilités pour lesquelles il n'est pas préparé adéquatement. Notamment celle de mettre au point continuellement ses règles de conduite pour évoluer de façon «adaptée» à l'intérieur de «dynamiques environnementales» instables (professionnelles, familiales, conjugales, scolaires, amoureuses, amicales, sexuelles, de loisirs, identitaires, etc.) dans lesquelles il est à la fois (ou alternativement) projeté et soustrait en permanence.

Toutefois, si l'individu contemporain est contraint d'agir de plus en plus «en son propre nom», c'est-à-dire en tant qu'individu, cela ne veut pas dire forcément qu'il est plus autonome³⁸, mais plutôt qu'il est soumis à de nouvelles règles sociales qui régulent sa conduite, tout particulièrement à la généralisation de la «norme d'autonomie»³⁹. S'il est vrai que la normativité sociale s'est profondément transformée, il demeure néanmoins

37. R. Sennett, *The Fall of Public Man*, New York, Knopf, 1977; Ch. Lash, *The Culture of Narcissism, American life in age of diminishing expectations*, New York, Norton, 1979; G. Lipovetski, *L'ère du vide, Essais sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard, 1983; J.-C. Kaufmann, *EGO, pour une sociologie de l'individu*, Paris, Nathan, 2001.

38. C. Castoriadis, *Post-scriptum sur l'insignifiance*, Paris, Éditions de l'aube, 1998 et R. Castel et C. Haroche, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Paris, Fayard, 2001.

39. J.-L. Beauvois et N. Dubois, «The norm of internality in the explanation of psychological events», *European Journal of Social Psychology*, vol. 18, 1988, p. 299-316 et N. Dubois, *A Sociocognitive Approach of Social Norms*, Londres, Routledge, 2003.

que l'exigence de conformité à certains modèles de conduite et les stratégies de gestion de comportements jugés problématiques n'ont pas pour autant disparu. La réorganisation globale actuelle des stratégies d'intervention en santé mentale est indissociable de l'émergence d'un mode de régulation des conduites qui traduit une part significative des clivages, des tensions et des conflits sociaux en termes de «maladies de l'âme», «manque d'habiletés et de compétences psychosociales», «perte d'autonomie», «inadaptation psychologique», «fatigue mentale», «mal-être identitaire», «ralentissement (ou accélération) psychomoteur», «hyperactivité», «troubles de l'humeur», «troubles de l'attention» etc. Autant de «thèmes» qui signalent une faille psychologique ou psychiatrique (c'est-à-dire «mentale») au niveau des modes d'institution de l'individualité contemporaine (notre soi social actuel). *Ces «thèmes» psychologiques contribuent à baliser les contours de la vulnérabilité sociale comme l'envers des caractéristiques de l'individualité actuelle ou, en d'autres termes, la manière sociale d'être un individu aujourd'hui.*

L'individu contemporain est amené à se concevoir de plus en plus comme un être responsable et d'initiative dont le sort social dépend essentiellement de sa capacité individuelle d'adaptation aux «environnements sociaux» où il évolue (famille, travail, école, etc.). Toutefois, l'exigence d'adaptation s'avère une tâche d'autant plus éprouvante que les «modes d'emploi» sociaux (comment s'y prendre pour s'adapter aux exigences sociales changeantes) sont aussi davantage «à la charge» des individus. Ce «supplément de travail d'adaptation sociale» mis sur le compte de la responsabilité individuelle et de l'initiative du sujet nécessite souvent des «supports» qui permettent à ce dernier d'agir «en son propre nom». Et les «supports» institutionnalisés sont de plus en plus d'ordre psychologique, psychobiologique ou psychosocial, mais pas n'importe lesquels. L'exigence normative d'autonomie, de performance et d'adaptation continuelle, telle qu'elle se présente dans les sociétés libérales actuelles, semble en effet peu compatible avec des stratégies d'intervention «à long terme» et «en profondeur» comme celles qui s'inspirent de la psychanalyse. Il semble plus pertinent aujourd'hui d'intervenir exclusivement sur ce qu'on pourrait appeler les dimensions mécanique et énergétique de l'individualité, c'est-à-dire le corps machine (techniques cognitivo-comportementales) et le corps organisme (médicaments psychotropes) que sur l'épaisseur biographique et la singularité des sujets.

C'est l'une des raisons pour lesquelles, dans le domaine de la santé mentale, le sujet (client, usager, groupe spécifique, etc.) que l'on soigne,

que l'on cherche à rendre «compétent» sur le plan psychosocial ou que l'on «soutient» est de moins en moins envisagé comme un sujet parlant avec une histoire singulière, qui formule une plainte ou éprouve une souffrance à laquelle il faut donner sens. En effet, les médicaments psychotropes (antidépresseurs, stimulants du système nerveux central, anxiolytiques, etc.) sont réputés être capables de réguler l'activité ou l'humeur⁴⁰ du sujet, et les techniques d'intervention psychosociale ou psychothérapeutiques (notamment d'inspiration cognitivo-comportementale, néohumanistes et communautaires)⁴¹ sont censées «réadapter» les compétences sociales (apprentissage de la gestion des comportements et des émotions) en fonction des «exigences environnementales» du moment. Ce que je tente de montrer s'énonce comme suit: *les thérapies mentales contemporaines (psychopharmacologiques ou pas) continuent de viser la partie sociale de l'individualité, que l'on conçoit comme vulnérabilisée, et non une singularité subjective et historique individuelle*. Bien que la plupart des intervenants en santé mentale se targuent de désigner leurs démarches thérapeutiques comme un moyen d'aider les «clients» à satisfaire leurs besoins à leur façon, hier comme aujourd'hui dans l'immense majorité des cas, «ce dont le client a besoin» se confond avec «ce dont l'environnement a besoin». Autrement, il faudrait parler de transformation de la normativité plutôt que d'affaiblissement de celle-ci, car l'exigence d'individualité, en un mot faire preuve d'autonomie et de singularité, est aujourd'hui une règle⁴².

40. Les médicaments psychotropes agissent-ils sur l'humeur (tristesse, excitation psychologique, etc.) ou sur l'action (ralentissement ou accélération des activités, de la pensée, etc.)? Il s'agit d'un débat passionnant dans la psychiatrie contemporaine. Si l'on prend l'exemple de l'action thérapeutique des antidépresseurs, la tendance actuelle est d'affirmer que c'est la capacité d'action du déprimé qui est restaurée par l'action attribuée aux molécules chimiques. Lorsque le patient retrouve son dynamisme, il devient capable de lutter contre la tristesse, les pensées douloureuses et les idées noires, et non l'inverse. Encore une fois, c'est le corps qui se trouve au centre de la stratégie d'intervention, conçu comme véritable siège et source de l'action. Daniel Widlöcher, psychiatre et psychanalyste, affirme: «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 déprimé». D. Widlöcher, *La psyché carrefour*, Paris, Georg éditeur, 1997, p. 73.

41. M. Otero, «Les stratégies d'intervention...», *op. cit.*, p. 213-228.

42. Pour une sociologie de l'individu voir notamment, D. Martuccelli, *Grammaires de l'individu*, Paris, Gallimard, 2002 et V. Caradec et D. Martuccelli (dir.), *Matériaux pour une sociologie de l'individu*, Lille, Septentrion, 2004.

C'est dans cette optique, qu'Ehrenberg⁴³ fera de la dépression la figure de prou de la vulnérabilité sociale, parce qu'elle est un révélateur exemplaire des transformations normatives dans les sociétés occidentales actuelles. On peut résumer sa thèse en une phrase: le passage d'une société marquée par la référence à la discipline, au conflit et à la culpabilité, à une société marquée par la référence à l'autonomie, la responsabilité et l'initiative. Les problèmes de santé mentale (actualisation de la vulnérabilité sociale potentielle, dont les causes sont l'objet de débat) et les thérapeutiques conçues pour les gérer (plutôt que pour les guérir) s'articulent autour de cette nouvelle référence normative. L'univers de la nouvelle vulnérabilité sociale est moins associé aux problématiques de l'interdit, du conflit et de la culpabilité qu'à celles de l'insuffisance (ne pas être à la hauteur), du déficit (manque de certaines compétences sociales) et de l'action (comportements inadaptés, inhibés ou surexcités). Le drame du dépressif n'est pas celui de la soumission du désir à la discipline, mais celui de l'impuissance (ne pas être à la hauteur). Car, comme le dit Ehrenberg, pour le dépressif rien n'est vraiment interdit, mais rien n'est vraiment possible.

L'un des secrets du «succès» social d'un problème, d'un trouble ou d'une maladie mentale se trouve dans le fait qu'il est déjà partie intégrante de notre soi social normal (l'individualité contemporaine) comme vulnérabilité potentielle et nous trouvons vraisemblable la perspective d'y basculer un jour ou l'autre, moyennant certaines circonstances (déclencheurs) censées l'«activer» (deuil, chômage, contre-performance sociale, rupture conjugale, etc.). Le «succès» social de la dépression avec toutes ses variantes (de la dépression endogène à l'anxiodépression, en passant par l'anhédonie) est dû à sa capacité de coder efficacement l'envers de la nouvelle normativité. Ainsi, la dépression montre la normativité «en creux», elle met en évidence ce dont nous ne sommes pas capables et ce dont nous devrions être capables pour être un individu aujourd'hui, à savoir: devenir soi-même par soi-même. *Cette injonction sociale, et non psychologique, ne vise pas des individus particuliers mais la forme sociale actuelle de l'individualité dans chaque individu.* Cette injonction d'être soi par soi ne se pose pas non plus en termes de sujet préalable, mais en termes de sujet présent et, surtout, de sujet à venir. Dans cette perspective, le passé importe peu, le sujet se construit comme fuite en avant dont les repères se formulent en termes de projets de vie successifs ou multiples (du plan de

43. A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 1998.

carrière à la planification de la retraite) pour mieux s'adapter à ce qui viendra.

À moins de considérer les stratégies d'interventions en santé mentale comme détachées du social, leur objectif néohygiéniste⁴⁴, c'est-à-dire une société sans «problèmes de santé mentale», ne peut pas se réaliser. De même que l'énorme diffusion de la psychanalyse jusqu'au milieu des années 1970, comme grille d'analyse et de traitement de nombreux problèmes de santé mentale, n'a pas diminué la souffrance psychique ni ses conséquences, l'explosion de la consommation des médicaments psychotropes et des techniques psychothérapeutiques cognitivo-comportementales ne semble pas, elle non plus, avoir réussi à diminuer de façon significative, ni le nombre ni la variété des problèmes de santé mentale contemporains. D'une part, les agences gouvernementales locales et internationales⁴⁵ sonnent l'alarme quant à l'augmentation inédite des problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, *burn-out*, suicide, hyperactivité, toxicomanies, etc.) et à leurs conséquences socio-économiques (absentéisme, augmentation exponentielle de la consommation des médicaments psychotropes, criminalité, multiplication des rendez-vous médicaux, etc.). D'autre part, les avancées de la nouvelle psychiatrie et de la nouvelle psychologie, que l'on qualifie de spectaculaires⁴⁶, laissent entendre que l'on diagnostique de façon plus précise et que l'on soigne plus efficacement. Peut-on prétendre avoir la capacité de mieux soigner tandis qu'on assiste du même coup à une multiplication inédite de problèmes de santé mentale? Jusqu'à quel point, ou plutôt dans quel sens, ces problèmes sont-ils «mentaux»?

Ce paradoxe ne semble pas arrêter la fuite en avant des interventions tous azimuts en santé mentale: de la prévention du suicide à la promotion du bonheur, et ce, dans tous les groupes d'âge, ni non plus les interprétations psychologiques ou psychobiologiques des situations qui les justifient. Toutefois, il n'y a de paradoxe qu'en apparence, car la recherche en amont de la santé mentale (prévention, promotion, proaction, éducation, etc.) en elle-même constitue une utopie, comme les autres utopies dont on a parlé précédemment, qui fournit des «thèmes» psychologiques autour

44. Pour une liste des objectifs «thérapeutiques» loufoques dans le domaine de la santé mentale dans le cas du Québec, voir M. Otero, *Les règles...*, op. cit., chapitre 8 «Le bonheur est enfin possible», p. 278-311.

45. *Rapport sur la santé dans le monde 2001, la santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS, 2001.

46. Entre autres, N. Andreasen, «Linking Mind and Brain in the Study of Mental Illness: A project for a Scientific Psychopathology», *Science*, n° 275, mars 1997, p. 1586-1587.

desquels on peut mobiliser une foule de ressources hétéroclites en leur donnant un sens global. En d'autres termes, il s'agit ici d'une manière historique de donner forme à l'exigence d'intervenir, voire de la susciter.

En revanche, et c'est peut-être là le point politique le plus important, les stratégies concrètes d'intervention réussissent à donner une réalité analytique, visible et plus ou moins stable à certains phénomènes identifiés et définis comme des «problèmes de société» et à certaines «clientèles» identifiées et définies comme «inadaptées» ou éprouvant des «problèmes d'adaptation». Ces stratégies d'intervention, bien entendu parmi bien d'autres pratiques, jouent un rôle essentiel en décomposant le problème général et essentiellement «politique» de la régulation des conduites des sujets en une série de nombreux problèmes «techniques» locaux, susceptibles d'être gérés plus efficacement et délestés de toute assignation politique. La problématisation constante de ces complexes mécanismes de régulation sociale, ainsi que la compréhension du rapport de force qui les sous-tendent, me semblent être le point de départ obligé pour la constitution des identités alternatives. Une manière parmi d'autres de dire qu'on pourrait être fous, déviants et vulnérables autrement, plutôt que de se plier à la recherche hygiéniste, néohumaniste et communautaire d'une santé mentale qu'on ne parviendra jamais à définir, sauf en l'assimilant, à tort, à l'adaptation sociale.

Marcelo OTERO
Professeur, Département de sociologie
Université du Québec à Montréal
MEOS-CRI-GRASP

Résumé

Quels sont les liens entre santé mentale, adaptation sociale et individualité dans les sociétés contemporaines? Une tentative de réponse à cette question gagne à être replacée, me semble-t-il, dans le cadre des profonds changements intervenus sur le plan de la normativité sociale, afin de mieux comprendre les liens nécessaires et complexes entre les formes d'institutionnalisation de ces trois variables sociales (et sociologiques)

étroitement dépendantes. Dans un premier temps, je problématise la question de la référence à la norme comme condition *sine qua non* de toute intervention sociale, y compris dans le domaine de la santé mentale, «négative» (régulation, contrôle, répression) ou «positive» (aide, revendication, lutte, traitement); dans un deuxième temps, je décris, de façon fort schématique, de quelle façon la problématique de la santé mentale s'est posée et se pose dans les sociétés occidentales; enfin, dans un troisième temps, je discute des relations étroites qui existent entre les définitions de l'individualité contemporaine, d'adaptation sociale et de la santé mentale.

Mots clés: santé mentale, adaptation sociale, normes sociales, individualité, psychiatrie

Abstract

What are the links between mental health, social adaptation and individuality in contemporary societies? A tentative answer, it seems to me, is to be placed in the context of the profound changes that have taken place in social normativity's soil. This could help us toward a better understanding of the complex and necessary links between the institutionalized forms of those three tightly-knit social (and sociological) notions. First, I would problematize the reference to the norm as a *sine qua non* condition of every social intervention, be such intervention deployed in the «negative» (regulation, control, repression) or «positive» (aid, claims-making, struggle, cure) side of mental health. Second, I would describe — rather schematically — in what way mental health has been problematized, and in what way it is in contemporary societies. Finally, I would discuss the tight relations that exist between the definitions of contemporary individuality, social adaptation and mental health.

Key words: mental health, social adaptation, social norms, individuality, psychiatry

Resumen

¿Cuáles son las relaciones entre salud mental, adaptación social e individualidad en las sociedades contemporáneas? Una tentativa de respuesta a ésta cuestión sacaría ventaja, me parece, siendo colocada en el

marco de los profundos cambios producidos en el plano de la normatividad social, afín de comprender mejor los lazos necesarios y complejos entre las formas de institucionalización de esas tres variables sociales (y sociológicas) estrechamente dependientes. En un primer momento problematizo la cuestión de la referencia a la norma como condición *sine qua non* de toda intervención social, incluso en el ámbito de la salud mental, «negativa» (regulación, control, represión) o «positiva» (ayuda, reivindicación, lucha, tratamiento); en un segundo momento, describo esquemáticamente de qué manera la problemática de la salud mental se ha planteado y se plantea en las sociedades occidentales; por último, en un tercer momento, examino las estrechas relaciones existentes entre las definiciones de individualidad contemporánea, adaptación social y salud mental.

Palabras clave: salud mental, adaptación social, norma social, individualidad, psiquiatría