

La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale

Alain Ehrenberg

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/1002458ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1002458ar>

[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

Ehrenberg, A. (2005). La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 17-41.
<https://doi.org/10.7202/1002458ar>

Résumé de l'article

La souffrance psychique et la santé mentale semblent être l'un des principaux points de repère de l'individualisation de la condition humaine. Le recours systématique à ces deux expressions signale une récente et profonde transformation de la règle sociale; ce n'est pas parce que les choses semblent plus « personnelles » aujourd'hui qu'elles sont pour autant moins sociales, moins politiques ou moins institutionnelles. Elles le sont autrement, et c'est cet « autrement » qu'on tente de décrire ici. Car nous sommes moins dans un contexte d'affaiblissement que de transformation de la règle. Les notions de souffrance psychique et de santé mentale vont de pair avec l'exigence d'autonomie, de capacité de décision et d'action de l'individu. Je tenterai de montrer comment le fait de justifier nos manières d'être et nos manières de faire dans les termes de l'autonomie est l'élément conduisant à redécrire de multiples problèmes en termes de souffrance psychique et de santé mentale, à adopter un langage de la vulnérabilité individuelle de masse.

La plainte sans fin

Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale¹

Alain EHRENBURG

«Les plaintes, déjà, et le simple fait de se plaindre, suffisent à donner à la vie assez de charme pour qu'elle soit supportable. Il y a dans toute plainte une subtile dose de vengeance» Friedrich Nietzsche, *Le Crépuscule des idoles*, 1889.

La souffrance psychique et la santé mentale symbolisent les bouleversements qu'a connus la psychiatrie depuis les années 1970: quand bien même des conditions asilaires, voire des internements abusifs perdureraient, la psychiatrie n'est plus assimilée à eux. D'abord son périmètre d'action s'est considérablement élargi, ensuite l'hétérogénéité des problèmes dont elle traite s'est accrue en même temps que de nombreux nouveaux acteurs ont pris pied dans le domaine, enfin ces «problèmes» ont pris une importance économique, sociale, politique et culturelle inédite. De nouvelles espèces morbides sont apparues au cours des trente dernières années dans les sociétés libérales: dépression, stress post-traumatiques, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), attaques de panique, addictions s'investissant dans les objets les plus divers (l'héroïne, l'ecstasy, le cannabis, l'alcool, la nourriture, le jeu, le sexe, la consommation ou les médicaments psychotropes), anxiété généralisée (le fait d'être en permanence angoissé), impulsions suicidaires et violentes (particulièrement

1. Directeur du CESAMES, CNRS-INSERM-Paris 5, www.cesames.org.
Ce texte reprend en partie «Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale», *Esprit*, mai 2004, p. 133-155.

chez les adolescents et les jeunes adultes), attaques de panique, syndromes de fatigue chronique, «pathologies de l'exclusion», souffrances «psychosociales», conduites à risques, psychopathies, etc. Les murs de l'asile sont tombés, mais parallèlement un ensemble protéiforme de souffrances s'est progressivement mis à sourdre de partout. Elles trouvent une réponse dans la santé mentale.

Depuis plus de vingt ans, rapports administratifs, lois, décrets, ordonnances, circulaires insistent en France peu ou prou sur le nécessaire déplacement *De la psychiatrie à la santé mentale*, pour reprendre le titre d'un rapport publié en 2001, qui fit grand bruit à l'époque dans les milieux professionnels et les administrations impliquées. La santé mentale entre dans les missions de la psychiatrie depuis une circulaire de 1990. Les associations de patients et de famille de patients se revendiquent de cette référence, tout en appuyant de plus en plus les recherches en biologie moléculaire, discipline qui connaît une vogue certaine.

Nous sommes manifestement entrés dans une période de redistribution générale des cartes qui nécessite un éclaircissement. Il est d'autant plus important de le faire qu'aucun des multiples rapports commandés par diverses administrations depuis vingt ans ne propose une analyse d'ensemble et n'opère un état des lieux précis des problèmes, contrairement à ce que l'on peut voir dans d'autres domaines, comme la famille ou le travail, par exemple. Les réflexions qui suivent ne prétendent pas compenser un tel manque, elles proposent une démarche pour répondre à la question: en quoi consiste le problème sociologique de la souffrance psychique et de la santé mentale?

1. En quoi consiste le problème sociologique de la souffrance psychique et de la santé mentale?

L'usage récent et systématique dans la vie sociale de la référence à la souffrance psychique et à la santé mentale relève d'une ambiance, d'une atmosphère, d'un état d'esprit². Il dessine une nouvelle forme sociale qui peut être caractérisée par trois critères. Le premier est de valeur: l'atteinte psychique est aujourd'hui considérée comme un mal au moins aussi grave que l'atteinte corporelle et, souvent, plus insidieux. Le second critère est d'étendue: l'atteinte psychique concerne chaque institution (école, famille,

2. Ce problème a un versant psychologue, que l'on examine ici, et un versant naturaliste, dont les éléments sont exposés dans «Le sujet cérébral», *Esprit*, novembre 2004, p. 130-155.

entreprise ou justice) et mobilise les acteurs les plus hétérogènes (cliniciens en tout genre, médecins et non-médecins, travailleurs sociaux, éducateurs, directions des ressources humaines, nouveaux mouvements religieux, l'Église elle-même, où se développerait une spiritualité de performance sur le déclin des notions de péché et de culpabilité³, etc.). Le troisième critère est de description et de justification de l'action: non seulement aucune maladie, mais encore aucune situation sociale «à problèmes» (la délinquance adolescente, le chômage, l'attribution du RMI, la relation entre employés et clients ou usagers, etc.) ne doivent aujourd'hui être abordées sans prendre en considération la souffrance psychique et sans visée de restauration de la santé mentale. Là est la nouveauté: ce souci pour *les troubles de masse de la subjectivité individuelle*. Ils imprègnent aujourd'hui l'ensemble de la vie sociale, et balancent entre inconfort et pathologie, inconduite et déviance.

La souffrance psychique et la santé mentale semblent être l'un des principaux points de repère de l'individualisation de la condition humaine. Ces deux expressions forment un couple qui s'est socialement imposé dans notre vocabulaire à mesure que les valeurs de propriété de soi, c'est-à-dire l'accroissement considérable des possibilités morales de choisir son «style de vie», d'accomplissement personnel (quasi-droit de l'homme) et d'initiative individuelle s'ancraient dans les sociétés contemporaines. C'est l'idéal d'autonomie tel qu'il s'est concrétisé dans la vie quotidienne de chacun.

Mon hypothèse est que ce couple (et les nouvelles espèces morbides dont il est composé) est l'expression publique des tensions d'un type d'individu auquel on demande certes toujours de la discipline et de l'obéissance, mais surtout de l'autonomie, de la capacité à décider et à agir par lui-même. S'il est vrai que l'autonomie, «le fait d'agir de soi-même», est une caractéristique générale de l'action humaine⁴, sur un plan sociologique on pourrait dire que la norme sociale pousse à acquérir une discipline de l'initiative (y compris dans les emplois ouvriers et employés). L'obéissance mécanique («les corps dociles» décrits par Foucault) n'a évidemment pas disparu, mais elle a été englobée dans l'initiative qui lui

-
3. Selon D. Hervieu-Léger, *La Religion en miettes ou la question des sectes*, Paris, Calmann-Lévy, 2001.
 4. Elle requiert des conditions que V. Descombes explique en détail dans *Le Complément de sujet — Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Paris, Gallimard, 2004. Sur l'utilité des travaux de Descombes pour la sociologie, voir A. Ehrenberg, P. Urfalino, I. Théry, «Esprit objectif et autonomie: l'apport de la philosophie de Vincent Descombes à la sociologie», à paraître dans *Esprit* en 2005.

est supérieure en valeur. Autrement dit, ce qu'on appelle l'individualisme aujourd'hui désigne *une dynamique d'institution de l'individu comme mode d'action*. L'élargissement des frontières de soi inhérent à ce procès s'est accompagné de l'augmentation parallèle de la responsabilité individuelle et de l'insécurité personnelle.

La notion de santé mentale désigne un spectre de problèmes qui va du développement personnel (ce qu'on a appelé «la thérapie pour les normaux») afin d'améliorer ses performances ou son équilibre psychologique, dans le travail, la sexualité, les relations avec ses enfants, etc., aux psychoses adultes et infantiles. *La notion est donc si large qu'elle en est indéterminée*. C'est le nœud de la confusion. Il en va de même de la souffrance psychique. L'usage de ces deux notions est aussi transversal que leur objet est mal identifié. Pour résoudre le problème, je propose de l'attaquer par un examen de la relation normal-pathologique. Je ne me demanderai pas, contrairement à l'usage fâcheux, quelle est la frontière entre le normal et le pathologique, parce que cela oblige à poser d'abord deux entités substantielles séparées, le normal et le pathologique, puis à chercher ensuite leurs relations. L'approche relationnelle consiste à décrire comment la relation normal-pathologique se modifie, car ces deux pôles ne se définissent *que l'un par rapport à l'autre*, ils sont relatifs l'un vis-à-vis de l'autre. Ce n'est pas seulement la maladie et la pathologie qui changent, mais aussi la santé et la normalité. C'est en effet toujours la *totalité relationnelle* qui se modifie. Dans un premier temps, l'accent sera placé sur le pôle pathologique de la relation: le fou à enfermer n'est plus qu'un élément dans un ensemble plus vaste qui l'a englobé, celui du citoyen en difficulté, qui souffre et qu'il faut soutenir, mais aussi réprimer, contenir autrement qu'on ne le faisait avec le fou. On attend de ce citoyen qu'il soit «l'acteur de sa maladie». La santé mentale est ici un problème politique de santé publique. Dans un second temps, on se retournera vers le pôle de la normalité, autrement dit, vers la trame signifiante dans laquelle baignent la santé mentale et la souffrance psychique comme problème de santé publique. Je tenterai de montrer comment le fait de justifier nos manières d'être et nos manières de faire, nos actions, dans les termes de l'autonomie est l'élément conduisant à redécrire de multiples problèmes en termes de souffrance psychique et de santé mentale, à adopter un langage de la vulnérabilité individuelle de masse.

2. Les trois changements du pôle pathologique ou le grand renversement

Du côté du pôle pathologique, nous sommes face à un premier ensemble de changements: le passage d'une psychiatrie de type médical et hospitalo-centrée (malgré la sectorisation) à une psychiatrie régie par une problématique de santé publique intégrant les dimensions sociales et médico-sociales pour une meilleure prise en charge de la pathologie mentale. Une meilleure prise en charge implique un genre de patient traité dans une approche globale qui doit lui permettre d'être l'acteur de sa propre maladie.

Ma thèse est que l'extension horizontale ne permet pas de voir *un retournement hiérarchique*: la maladie mentale est désormais un aspect subordonné de la santé mentale et de la souffrance psychique. Cela implique que la maladie mentale soit elle-même redéfinie. Le grand renversement peut être caractérisé par trois modalités: le malade mental à enfermer est un aspect du citoyen en difficulté qu'il faut soutenir, la contrainte est dévalorisée par rapport au consentement, la relation normal-pathologique est reformulée par la notion de handicap.

Le premier renversement fait du malade mental un élément d'une catégorie dont il n'est qu'un élément: le citoyen en difficulté secoué par des «événements de vie», chez lequel on trouve des problèmes sociaux (familiaux, économiques), psychologiques (démoralisation) qui peuvent virer à la psychopathologie, des handicaps physiques ou mentaux, voire une franche psychose. De là, l'emploi du mot usager plutôt que de celui de malade: «L'usager c'est [...] toute personne qui peut se sentir concernée à un moment ou l'autre de sa vie par un problème de santé mentale⁵.» Mais qu'est-ce qu'un problème de santé mentale? C'est tout simplement un sentiment de souffrance psychique. Ainsi, écrit-on dans un rapport de la Direction des Hôpitaux et de l'Offre de Soins en 2002: «Toute souffrance, qu'elle soit somatique ou psychique, mérite attention⁶.» La souffrance était un élément de la psychose, la psychose est aujourd'hui un élément de la souffrance.

5. È. Piel et J.-L. Røelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport de mission, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé, juillet 2001, p. 25.

6. *Rapport du groupe de travail relatif aux «Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale*, DHOS, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mars 2002, p. 7.

Ce patient au profil pluriel agrège des questions hétérogènes: il désigne la nécessité de mieux prendre en charge les patients psychotiques au-delà des soins psychiatriques proprement dits, une nouvelle situation géographique de la psychose que l'on trouve souvent aujourd'hui dans la rue et cela à mesure que les situations de précarité s'étendent. Il désigne aussi le personnage du précaire, celui qui n'est plus dans la situation où il peut lutter contre un adversaire avec lequel il est possible de négocier, mais de «souffrance psychosociale» impliquant des demandes fortes pour une psychiatrie plus communautaire qu'hospitalière avec des allers-retours entre aide sociale et assistance sociale. Plus globalement, le contexte de valorisation de l'accomplissement personnel qui exige de l'initiative, de la décision et de l'action trouve une réponse dans l'offre généralisée de soutiens, de remèdes en vue d'améliorer la qualité de vie.

La conséquence est une tendance à présenter les troubles mentaux sans les hiérarchiser. L'expertise INSERM sur la psychiatrie de l'enfant (2002) présente ainsi les problèmes: «un enfant sur huit souffre d'un trouble mental en France. Qu'il s'agisse d'autisme, d'hyperactivité, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles de l'humeur, d'anxiété, d'anorexie, de boulimie ou de schizophrénie⁷». Cette absence de hiérarchisation signe la volonté de prendre en charge d'autres cibles que celles de la psychiatrie traditionnelle, mais elle conduit à placer un peu partout dans une même catégorie le tout-venant anxieux et les psychoses. La conséquence est que l'on ne propose aucun critère de hiérarchisation des priorités pourtant indispensable à l'élaboration d'une politique publique cohérente.

Le deuxième renversement porte sur les rapports entre contrainte et consentement. Il peut être éclairé par l'exemple de la loi du 27 juin 1990⁸: l'hospitalisation libre devient la règle, l'hospitalisation sous contrainte l'exception. Cette loi institue le consentement en règle et fait entrer le patient psychiatrique dans le régime général de la relation médecin-malade. Si les hospitalisations sous contrainte ont augmenté depuis le vote de la loi, il en va de même des hospitalisations en général, tandis que leur durée a tendance à diminuer. En revanche, les pourcentages d'hospitalisation sous contrainte sont très variables selon les départements, alors que la distribution de la morbidité psychiatrique est à peu près également répartie

7. Toute la presse a repris cette présentation. «Troubles mentaux: dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. *Une expertise collective* de l'INSERM, Dossier presse, 6 février 2003, www.inserm.fr.

8. Loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

sur le territoire national⁹. Depuis 1990, de nombreuses propositions ont été formulées pour améliorer les procédures, mieux informer les patients et leur famille de leurs droits ou simplifier les procédures (Plan Kouchner ou mission Clery-Melin).

Le droit des patients possède aujourd'hui une valeur supérieure aux droits de la société à se défendre contre leur éventuelle dangerosité, mais cela n'équivaut pas à une diminution des moyens de force — on va le voir rapidement. «Le consentement est [...] l'instrument privilégié de l'expression de l'autonomie de la personne¹⁰.» La psychiatrie participe ici d'une dynamique médicale d'ensemble qui fait du patient l'acteur de sa maladie, avec toutes les ambiguïtés de l'expression. En 1978, l'OMS définit, dans sa déclaration dite d'Alma-Ata sur les soins primaires, une conception du soin centrée sur la personne plus que sur la maladie — c'est le leitmotiv de toutes les politiques de santé publique. Cette conception implique une continuité de l'assistance à la personne tout au long de sa trajectoire de vie: le rapport au sujet et le rapport au temps sont entièrement noués. On l'a souvent souligné, «ces nouvelles conceptions de la santé et de la maladie ont exercé une influence nette sur l'évolution des politiques de santé mentale¹¹». Partout, on entend qu'il faut traiter le patient psychiatrique comme une-personne-à-part-entière, car «les personnes se veulent de plus en plus actrices de leur santé mentale¹²» et souhaiteraient prendre une part active à leur guérison, «la demande croissante de psychothérapies» en serait l'une des manifestations¹³. La santé mentale est ce qui transforme l'aliéné en être autonome, malgré sa déraison. Mais c'est sans doute moins la déraison qui est en cause que la

-
9. C. Gékrière, «Comment le consentement vint au malade mental», *Raison Présente*, vol. 144, n° 4, 2002, ainsi que «Obligations des soins en psychiatrie: évaluation des législations et des pratiques», *Perspectives psychiatriques*, vol. 38, n° 12, avril-mai 1999.
 10. HCSP, *La Santé en France*, 2002, p. 341.
 11. M. Berthod-Wurmsler (dir.), *La Santé en Europe*, Paris, La Documentation française, 1994 p. 306. Dans le prolongement de la déclaration d'Alma-Ata, la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en 1986, adopte une charte insistant notamment sur la nécessité de recentrer les services de santé «sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité», www.cres-paca.org/declaration_Ottawa.
 12. *L'évolution des métiers en santé mentale: recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé*, DGS, avril 2002, p. 6.
 13. *Ibid.*

souffrance psychique, c'est elle qui justifie la référence au consentement autonome.

Le patient autonome devant faire l'objet d'une prise en charge globale est aussi *un patient compétent*. Il doit notamment être capable d'autogérer des symptômes. Ainsi, le déprimé idéal sait reconnaître tout seul les premiers signes d'une récurrence, prend rapidement rendez-vous avec son psychiatre habituel, lequel n'a plus qu'à ajuster éventuellement la posologie de l'antidépresseur. L'idéal de l'alliance thérapeutique consiste à transférer les compétences médicales du médecin vers le patient. La dépression fait ainsi partie de ces maladies chroniques, qui trouvent des solutions dans la prise en charge des problèmes par le patient. Pour les souffrances psychiques des jeunes, «il est important de renforcer [...] les compétences psychosociales des adolescents [...] pour qu'ils sachent formuler et comprendre que cela va mal. Il faut non seulement aider à identifier les petits signes, mais aider à les formuler¹⁴.» Observance de prescriptions, aide à la formulation de problèmes ou entraînement à l'estime de soi, le schéma s'applique partout.

Le consentement fait partie de la relation classique entre médecins et malades dans la mesure où il s'agit d'un contrat de confiance passé entre l'un et l'autre. Mais quand la raison est en jeu, comme dans le cas des schizophrénies, la demande de soins vient rarement du patient lui-même. De plus, la loi de 1990 confond consentement à l'hospitalisation et consentement aux soins. La juriste Claire Gékrière souligne l'absurdité de la situation à laquelle on risque de parvenir: «le malade mental qui refuse des soins est transformé en insensé incapable de consentir en raison de ses troubles, mais reste ou redevient apparemment apte à ce consentement dès lors qu'il accepte des soins sans protester¹⁵». Autrement dit, en même temps que le patient est érigé en acteur responsable, il peut aussi être facilement considéré comme responsable de l'échec de la relation contractuelle¹⁶.

Parallèlement à la subordination de la contrainte au consentement, on assiste, d'une part, à un déplacement de cible des soins contraints, surtout vers l'abus sexuel, c'est-à-dire dans ces domaines en extension où les relations permis-défendu sont retravaillées par les relations normal-

14. Haut comité à la santé publique, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, 2000, p. 12.

15. C. Gékrière, «Comment le consentement vint au malade mental», *Raison Présente*, vol. 144, n 4, 2002, p. 86.

16. *Ibid.*, p. 88.

pathologique et, d'autre part, à la possibilité de réprimer des personnes souffrant de psychoses depuis la réforme de l'article 64 (art. 122-1 et 122-2 du *Code pénal*¹⁷) en cas de discernement. Si le fou fait toujours peur, il a désormais des droits, et c'est l'abuseur sexuel qui le remplace dans les figures de la déraison dangereuse. Le renversement hiérarchique entre contrainte et consentement est en même temps un déplacement horizontal vers d'autres populations et d'autres problèmes¹⁸.

Le consentement est l'un des points clés de la référence à l'autonomie qui définit l'idéal du patient contemporain. L'autonomie, c'est à la fois l'idée que le patient est responsable de sa santé, que cette responsabilité est l'élément permettant d'établir une relation de confiance avec le médecin, que cette confiance implique une information donnée au patient¹⁹, mais aussi que le patient est compétent et qu'il faut développer ses aptitudes d'autogestion du mal²⁰. Il implique aussi la réintroduction de la responsabilité pénale des psychotiques.

Le troisième renversement est la tendance à penser la pathologie mentale en termes de handicap. La référence au handicap est liée à la chronicité et à la fragilisation de la distinction entre curatif et palliatif: une maladie de longue durée ou qui ne guérit pas implique de vivre avec des possibilités inférieures d'adaptation aux normes de vie quotidienne. Le handicap redéfinit donc le pathologique sur le plan de la temporalité: au soin doit s'ajouter l'accompagnement.

-
17. Un psychotique, comparaisant sous neuroleptiques en cour d'assise, a été condamné à 21 ans de prison en octobre 2001 pour un double meurtre, *Le Monde*, 26 octobre 2001.
 18. I. Théry a montré comment le consentement à l'acte sexuel, du côté du permis, a déplacé l'interdit de l'inceste vers celui du viol: «Du côté de l'interdit, on assiste donc à un bouleversement aussi important que du côté du permis: c'est l'émergence d'une pénalisation accrue de toute atteinte au consentement sexuel», «Les trois révolutions du consentement. Pour une approche socio-anthropologique de la sexualité», dans *Les Soins Obligés ou l'utopie de la triple entente*, Paris, Dalloz, 2002, p. 44-45.
 19. De très nombreux articles sont consacrés à l'information des patients psychiatriques. Une enquête sur une consultation de patients déprimés montre les aléas des rapports entre information et satisfaction du patient. N. Younès, Y. Sarfati, C. Passerieux, M.-C. Hardy-Baylé, «L'information donnée aux patients n'est pas l'information retenue», *L'Information psychiatrique*, vol. 10, décembre 2002. La satisfaction des patients est essentiellement liée à la qualité et à l'ancienneté de la relation avec leurs médecins.
 20. «Une meilleure implication de l'usager dans le système de santé [...] devrait être conçue, idéalement, de façon à aboutir à une plus grande responsabilisation de l'individu face à sa santé et à la santé publique. Elle devrait également aboutir à un renforcement de la relation de confiance entre les différents groupes d'acteurs», HCSF, *La Santé en France*, 2002, *op. cit.*, p. 303.

Une approche globale de la santé conduit non seulement à envisager une réponse à des besoins de soins appréciés selon des critères diagnostiques, mais aussi à aménager des parcours de soins de plus en plus élaborés, au travers de plusieurs dispositifs (sanitaire, social et médico-social), dont il convient d'assurer la complémentarité et la coordination²¹.

La visée est l'intégration du patient dans la vie sociale malgré les handicaps causés par sa maladie. Comme le consentement, le handicap est à la fois l'expression d'un rapport au temps appréhendé sur une durée longue et d'un rapport au patient considéré comme un tout — et pas seulement comme un malade.

Selon de nombreux rapports, la nouvelle classification du handicap adoptée par l'OMS au début des années 1980 (classification de Phillip Wood²²) permettrait d'opérationnaliser cette reformulation des relations maladie-santé en distinguant la maladie diagnostiquée de ses conséquences, domaine du handicap. Celui-ci se décline en trois modalités: la *déficience* désigne les atteintes de l'organisme, *l'incapacité* correspond à la réduction de certaines grandes fonctions du corps, le *désavantage* qui enregistre le retentissement global des incapacités sur la vie sociale des individus. Les instruments permettant de mesurer la santé mentale intègrent également le désavantage: ils distinguent le diagnostic d'une pathologie, acte purement médical, la détresse psychologique, qui implique plus l'idée de démoralisation que de maladie, et le *fonctionnement social*. Cette dernière notion, élaborée au Canada et aux États-Unis dans les années 1970, vise à mesurer «le retentissement des troubles dans les différents rôles de la vie quotidienne». «Le retentissement est en général fonctionnel, mais il peut être psychique: c'est la souffrance²³.»

21. DHOS, *Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale*, mars 2002, p. 9.

22. Les références à la nouvelle classification du handicap de Wood se retrouvent dans la plupart des rapports sur la santé mentale. M. Berthod-Wurmser pense qu'elle «permet de distinguer la maladie (diagnostic médical) de ses conséquences (domaine du handicap)», *op. cit.*, note 3, p. 351-352.

23. V. Kovess, A. Lesage, B. Boisguerin, L. Fournier, A. Lopez, A. Ouellet, *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, Paris, Flammarion, 2001, p. 10 et 21. La nomenclature psychiatrique, le DSM IV, qui sert de référence internationale pour définir les troubles mentaux, avec la classification de l'OMS, a mis au point des

Du premier au troisième critère de handicap (Wood) ou de mesure de la santé mentale, on se déplace vers une conception de la maladie intégrant la socialisation. Or ici, les cas limites sont multiples, car «il n'est pas toujours évident de départager le dysfonctionnement social du symptôme psychiatrique²⁴». Le handicap est une manière de placer dans une même catégorie l'ensemble des difficultés sociales, psychologiques et médicales en fonction d'un critère relationnel qui mesure le degré de socialisation de la personne. Ainsi, le score maximum (100) dans l'échelle d'évaluation globale de l'American Psychiatric Association (DSM IV) décrit un sujet aux caractéristiques suivantes: «Un niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes²⁵.» Si l'on élimine ce dernier critère, le score 100 désigne une personne bien dans sa peau, séduisante et qui assure....

L'idéal d'autonomie qui s'exprime dans ces rapports implique une refonte du partage normal/pathologique, caractérisant d'une manière ou d'une autre la maladie, dans un partage du plus et du moins qui se réfère au handicap.

Ces trois modalités sont elles-mêmes partie prenante d'un schéma d'action qui a modifié le système d'acteurs, dont la promotion des associations d'usagers, de patients ou de malades, d'une part, et le travail en réseau, d'autre part, sont les marques principales. Le réseau permet d'assurer la continuité et la diversité des soins en fonction de la trajectoire des patients: il *doit* être centré sur la personne, ce qui implique une visée de décloisonnement institutionnel, et fonctionner «par mode de réponse aux besoins (soin, urgence, prévention, réadaptation-insertion) et non par métier», il tient compte de divers profils des personnes en souffrance (schizophrénie, dépression, troubles de la personnalité, souffrance psychique)²⁶. Ce fonctionnement implique un partenariat entre ce qu'on appelle désormais «les métiers de la santé mentale», et cela d'autant plus que:

instruments permettant de mesurer le «fonctionnement global» du sujet, c'est l'axe V du DSM.

24. *Ibid.*, p. 10-11.

25. *Ibid.*, p. 101. L'usage de la notion de handicap fait néanmoins l'objet de discussions. Voir J.-F. Allilaire, N. Garret-Gloanec, J.-M. Thurin, «Politique de santé mentale en France», *Livre blanc de la psychiatrie*, John Libbey Eurotext, Paris, Fédération française de Psychiatrie, 2003, p. 14.

26. *L'évolution des métiers en santé mentale*, *op. cit.*, DGS, avril 2002, p. 5. Voir également le rapport de la DHOS, *op. cit.*

les problèmes de santé mentale se rencontrent dans la plupart des politiques sociales [...], généralement en termes de souffrance et de vulnérabilité psychique des personnes concernées, et pour une faible part, en termes d'affections mentales graves à l'origine d'une désinsertion sociale²⁷.

On est bien là dans un ensemble où le rapport maladie-santé est redéfini par la visée de socialisation. Mais quel style de socialisation? L'état d'esprit de cette volonté de réforme de la psychiatrie pourrait être résumé par l'une des propositions de la mission Cléry-Melin concernant «les personnes souffrant d'un handicap psychique»: passer «de l'attente d'un statut et d'une place à celle d'un accompagnement gradué et décloisonné, d'un “parcours de vie”²⁸». La notion de handicap permet d'insérer la pathologie mentale dans un référentiel plus large que la maladie (mais qui en infléchit le sens), tandis que l'adjectif «psychique» spécifie une sous-espèce du handicap — les troubles psychiatriques, les «problèmes» relationnels, voire les souffrances psychiques qui grèvent la possibilité de réussir sa vie. Elle est employée en vue de réformer une clinique mentale qui doit aujourd'hui prendre en charge un patient considéré sur sa trajectoire de vie.

La santé mentale désigne donc de nouveaux rapports entre maladie, santé et socialisation. «Ni alternative ni activité concurrente de la psychiatrie, la santé mentale est à celle-ci ce que la santé est à la discipline médicale, une préoccupation qui prend en compte autant la dimension de patient que celle de citoyen», écrivent encore les auteurs de la mission Cléry-Melin²⁹. C'est par le biais sémantique de la citoyenneté, pourtant en crise dans le champ de la représentation politique, que l'attente d'autonomie se réalise dans tous les domaines de la vie sociale. De la psychiatrie à la santé mentale, on a affaire à un domaine particulier de la démocratisation de la société qui s'exprime parfaitement dans l'idée que la santé mentale est la dimension de citoyen attachée au patient psychiatrique. Cette démocratisation est conçue comme la transformation de la psy-

27. P. Cléry-Melin, V. Kovess, J.-C. Pascal, *Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport d'étape de la mission Cléry-Melin remis au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 15 septembre 2003, p. 25.

28. *Ibid.*, p. 43.

29. *Ibid.*, p. 44.

chirurgie, qui «enferme» le malade, en santé mentale, qui soutient le citoyen, de la schizophrénie à l'anxiété psychosociale.

Le spectre est large, mais à vrai dire pas plus que le florissant jardin des espèces évoqué au début de cet article. Cette nouvelle situation de la psychiatrie favorise en même temps un élargissement des demandes, pour lesquelles il n'est pas toujours facile de séparer le pathologique de la difficulté sociale à l'origine de souffrances psychiques sans psychopathologie. De plus, en plaçant souvent au même niveau l'anxiété et la psychose, celle-ci risque d'être perdue de vue³⁰ dans les troubles du mal-être. Le rapport de la mission Cléry-Melin souligne bien ces problèmes: l'insertion de la psychose dans un ensemble plus large est certes louable, mais elle entraîne des confusions, notamment «entre problèmes psychiatriques et souffrance psychique». De là les bonnes questions politiques posées par la mission:

Quelles limites [financières] le citoyen est-il prêt à accepter dans la prise en charge par le système de soin de son traitement, de son confort? [...] Quelles sont les priorités que se fixe la société? Mettre un maximum de moyens sur les troubles les plus sévères? Ou bien prendre en charge prioritairement les troubles les plus fréquents et les plus accessibles au traitement?

L'élargissement des demandes liées à la souffrance psychique, la reconnaissance que «toute souffrance mérite attention» ne fera pas l'économie de la confrontation à la difficile hiérarchisation entre ce qui doit être réglementairement remboursé et ce qui ne doit pas l'être, entre ce que l'action publique intègre dans son domaine et ce qu'elle exclut. Sur quoi l'État veut-il s'engager? Autrement dit, quelle part de l'immense continent de la santé mentale fait partie de la santé publique? Ce ne sont pas les doléances sur le manque de moyens, la dénonciation de la psychiatrisation du social ou celle des industries pharmaceutiques qui permettront de répondre à cette question.

30. C. Barazer et C. Ehrenberg, «La folie perdue de vue», *Esprit*, octobre 1993.

3. Le pôle de la normalité ou les tensions de l'autonomie

On assiste donc à un phénomène d'extension horizontale (c'est le paradoxe de la santé mentale) et de retournement hiérarchique dans l'abord des patients (c'est le grand renversement). Le citoyen en difficulté est la figure clé de la santé mentale. Mais l'expression «citoyen en difficulté» indique déjà que la santé mentale n'est pas seulement un élément de la prise en charge des patients psychiatriques, mais aussi *une valeur sociale* de portée générale. La raison tient à ce qu'elle incarne la bonne socialisation de chacun. À l'inverse, la souffrance psychique est un élément clé de la désocialisation.

Là où l'on a tendance à interpréter la souffrance comme une conséquence d'un individualisme affaiblissant la règle sociale, je voudrais opposer l'idée que la reformulation des relations normal-pathologique du côté du pôle de la normalité concerne la normativité de l'autonomie: plus on considère l'individu comme une totalité (autonome) plus son «intérieurité» est mise en avant. La souffrance psychique et la santé mentale sont un langage permettant de parler d'un style de tensions propre à l'autonomie: la dynamique d'émancipation généralisée, qui s'est amorcée au cours des années 1960, a fini par produire l'impression que chaque individu est l'entier responsable de sa propre vie, voire que chacun peut être à la source de la norme. Il en est résulté une insécurité personnelle de masse. Cette combinaison de la responsabilité et de l'insécurité n'a ni le même contour ni le même tempo selon les couches sociales. Autrement dit, ce langage concerne les formes prises par les inégalités sociales dans un monde qui se réfère au quotidien à l'idée d'autonomie individuelle.

Affaiblissement ou transformation de la règle sociale?

La référence à la souffrance est généralement sous-tendue par la croyance que l'individualisme contemporain se caractérise par une perte des repères, une déliaison du lien social, une crise du sens, une crise de l'autorité (la figure si malmenée, pense-t-on, du père), une absence de limites aux appétits de chacun. Bref, l'individu apparaît comme le symbole même d'une désymbolisation, d'une désinstitutionnalisation, d'une crise générale de la règle sociale.

On peut distinguer deux versions de cette interprétation, une pessimiste et une optimiste. Dans la version pessimiste, on parle de crise du sujet: ledit sujet ne saurait plus mettre de limites à la disposition de lui-même

parce qu'il aurait perdu tout repère et, pour cette raison, il apparaît comme un être souffrant («la psychiatrie [...] est à l'écoute d'une société qui perd ses repères et exprime chaque jour davantage sa souffrance³¹»). En psychiatrie, en psychanalyse et en psychologie clinique, ce thème s'investit dans l'idée que les pathologies ont changé: «la psychiatrie se reconnaît davantage maintenant dans l'étude de la pathologie du lien et des limites que dans celle de la liberté³²». Les nouvelles pathologies sont regroupées sous les étiquettes «pathologies narcissiques» et «états-limites» qui ne seraient plus des pathologies du désir, du conflit et de la culpabilité, mais de l'identité, du clivage et de la honte. Une «nouvelle économie psychique» caractériserait un individu souffrant d'absence de limite, et balançant entre toute-puissance et impuissance.

La version optimiste postule que les seules relations entre individus permettent de bricoler, par exemple, sa propre famille par le biais des négociations et des contrats moraux — soit la thèse de l'intersubjectivité, version sociologique d'une philosophie de la conscience. La société ressemble alors à une rencontre de subjectivités, ce qui conduit à une conception purement contractuelle (procédurale) du social, c'est-à-dire sous forme d'accord entre libres parties. Les individus ne seraient engagés que par ce qu'ils décident eux-mêmes d'engager.

Cette rhétorique commune développe des propositions qui toutes concernent la normativité, mais en se trompant sur ce qu'est une norme, une prescription, une règle. Cette rhétorique montre que nous avons tendance, et de plus en plus, me semble-t-il, à succomber à ce que j'appellerai *l'illusion de l'affaiblissement de la règle sociale*. Cette illusion typiquement individualiste résulterait du déclin des transcendances. Il n'y aurait plus que soi-même pour dire à soi-même qui il doit être et comment il doit se comporter. De là une représentation de l'individu comme une petite société à soi tout seul entrant en relation de conflit, de contrat ou de négociation avec d'autres petites sociétés.

L'affaiblissement de la règle sociale est un illogisme, car aucune société ne tient sans éléments qui valent pour chacun et pour tous, éléments qui ne sont décidés par personne en particulier. Loysel, un juriste du

31. P. Cléry-Melin, V. Kovess et J.-C. Pascal, *op. cit.*, p. 92.

32. C. Vasseur, *La psychiatrie et la relation soignante*, Rapport pour Les États généraux de la psychiatrie, mai 2003, www.eg-psychiatrie.com, p. 3. «Le fil rouge de ce rapport [...] est de souligner ce qui participe à la déliaison, à l'effritement du lien, à sa dévitalisation, par insuffisance de repères, d'identités, de structures, de nominations», p. 4.

XVI^e siècle, écrivait: «On lie les bœufs par les cornes et les hommes par les paroles³³», autrement dit par le langage et la symbolisation. La grande erreur est d'assimiler la règle ou la norme sociale à une contrainte ou à une domination. La contrainte n'est pas le dernier mot du social. La notion de règle sociale ressemble plutôt à quelque chose qui nous dirige — une référence —, qu'à une métaphore de bâton. Elle est sans doute plus proche de l'attente que de la contrainte, comme l'a souligné Mauss:

Nous sommes entre nous, en société, pour nous attendre entre nous à tel ou tel résultat; c'est cela la forme essentielle de la communauté. Les expressions: contrainte, force, autorité, nous avons pu les utiliser autrefois, et elles ont leur valeur, mais cette notion d'attente collective est à mon avis l'une des notions fondamentales sur lesquelles nous devons travailler. Je ne connais pas d'autre notion génératrice de droit et d'économie: «je m'attends», c'est la définition même de tout acte de nature collective³⁴.

Si nous avons tendance à identifier la règle à contrainte et non à référence, et, dans le même temps, à dévaloriser la légitimité de la règle et à raisonner comme si tout était optionnel, c'est précisément parce que nous sommes sortis d'une conception disciplinaire de la vie en société et que nous sommes devenus, sur le plan des valeurs, les propriétaires de nous-mêmes.

Les deux versions partagent une même confusion: ce n'est pas parce que les choses semblent plus «personnelles» aujourd'hui qu'elles sont pour autant moins sociales, moins politiques ou moins institutionnelles. Elles le sont autrement, et c'est cet «autrement» qu'on tente de décrire ici. Car nous sommes moins dans un contexte d'affaiblissement que de transformation de la règle.

Posons donc le problème de la manière suivante.

33. Cité par Alain Supiot, *Critique du droit du travail*, Paris, Puf, 1995, p. 267.

34. «Intervention» à la suite de François Simiand sur la monnaie, 1934, *Œuvres* 2, Paris, 1974, p. 117.

La souffrance psychique et la santé mentale: des expressions attendues de sentiments

Le nombre de situations et de circonstances où l'on se réfère à la «souffrance», et particulièrement à la «souffrance psychique», a désormais augmenté à un point tel que la notion semble être devenue la principale raison invoquée pour engager une action ou expliquer un problème.

Soit un exemple banal de situation interprétée en termes de souffrance: dans une page du quotidien *Le Monde* consacrée en novembre 2001 à la démocratisation de la vie des lycées, un maître de conférence en sciences de l'éducation déclare:

Derrière la demande d'une meilleure démocratisation lycéenne, il y a l'expression d'une souffrance, délicate à résoudre, et qu'ils [les lycéens] traduisent par la demande, très générale, de «droits»³⁵.

Nous ne faisons généralement pas attention à ce genre d'assertion parce qu'elle est fort répandue. Néanmoins, si on veut bien faire l'effort de réfléchir une seconde sur cette liaison entre souffrance et demande de droits, elle semble étrange et suscite moult questions: ne suffit-il pas, en effet, pour justifier une telle demande de se référer à une quelconque injustice? Une injustice qui ne causerait pas de souffrance serait-elle une injustice inférieure? Évoquant des propositions comme «l'injustice cause la souffrance morale», le philosophe Ruwen Ogien écrit:

Je n'ai jamais très bien compris pourquoi, dans les sciences dites humaines, des propositions dont la vérité ou la fausseté étaient manifestement établies indépendamment de toute enquête empirique étaient, néanmoins, présentées comme des sortes d'hypothèses plus ou moins confirmées par des données d'expérience³⁶.

C'est exactement ce problème que je me pose et c'est pourquoi je fais l'hypothèse que si la souffrance psychique est une réalité substantielle,

35. P. Rayou, entretien dans *Le Monde*, 25-26 novembre 2001, p. 10.

36. R. Ogien, *Les Causes et les raisons — Philosophie analytique et sciences humaines*, Nîmes, Éditions Jacqueline Chambon, 1995, p. 11.

c'est *parce qu'elle est* une manière de poser des problèmes résultant des changements dans la hiérarchie des valeurs et des normes.

Le concept d'«expression obligatoire des sentiments», esquissé par Marcel Mauss, permet d'aborder l'affaire sociologiquement. Mauss ne veut pas dire qu'on est contraint à exprimer des sentiments, mais plutôt que cette expression relève d'une nécessité, d'une attente de nature sociale: ils sont à la fois attendus et spontanés, spontanés *parce qu'*attendus. On emploie les expressions «souffrance psychique» et «santé mentale» à tout bout de champ non parce que les gens vont plus mal qu'auparavant (il ne s'agit là que de la énième version du «malaise dans la civilisation», de «la crise de la modernité»), mais parce qu'elles sont socialement attendues: «ces expressions collectives, [...] ce sont comme des phrases et des mots. Il faut les dire, mais s'il faut les dire c'est parce que tout le groupe les comprend. [...] On se les manifeste à soi en les exprimant aux autres et pour le compte des autres. C'est essentiellement une symbolique³⁷.»

Dans le cas de ces étudiants, la souffrance semble traduire une transformation de la relation à la hiérarchie qui rend difficilement acceptable sa propre place sociale. Elle résulte de l'augmentation du niveau d'attentes produite par les transformations du système scolaire sur un fond de maintien des inégalités sociales. Si le mot «souffrance» est employé, c'est que ces inégalités sont endossées comme un échec personnel, impression qui n'existait pas pour les générations précédentes qui avaient le sentiment de subir un destin collectif³⁸: les nouvelles formes de sélection poussent chacun à penser qu'il est responsable de son échec. «La souffrance au travail» et le harcèlement moral relèvent du même changement de contexte: l'implication exigée par les formes actuelles d'organisation du travail, l'augmentation de l'autonomie chez les ouvriers et les employés³⁹ (autocontrôles, gestion par objectifs) et l'épanouissement personnel qui en serait la contrepartie accroissent les attentes de reconnaissance. La position de la CGT est particulièrement parlante de ce point de vue: elle s'est réjouie de l'entrée de la santé mentale dans le monde de l'entreprise, par le

37. M. Mauss, «L'expression obligatoire des sentiments», 1921, *Œuvres*, Tome 3, Paris, Minuit, 1969, p. 277-278.

38. Voir notamment S. Beaud, *80% au bac... et après?*, Paris, La Découverte, 2002.

39. S. Hamon-Cholet et C. Rougerie, «La charge mentale au travail: des enjeux complexes pour les salariés», *Économie et statistique*, n^{os} 339-340, 2000, p. 247. Si les revendications classiques restent en première ligne, «les exigences de reconnaissance professionnelle et sociale apparaissent de plus en plus importantes», P.-D. Labani, secrétaire confédéral de la CFDT, «Les mutations du travail. Entreprises, parcours professionnels et identités sociales», *Esprit*, octobre 2002, p. 106.

biais de la loi sur le harcèlement moral du 17 janvier 2002, en soulignant l'importance de la reconnaissance du «sujet psychique de liberté et de droit⁴⁰». Dans ces deux exemples, nous avons affaire à de la souffrance psychique sans psychopathologie parce que le seul constat d'une situation traumatisante suffit⁴¹, la souffrance résultant de la seule atteinte à «l'intégrité psychique⁴²».

La santé mentale se présente comme une réponse à cette souffrance produite par le sentiment de responsabilité personnelle. Selon les termes du plan Kouchner de 2001, la santé mentale a pour principe l'accomplissement de soi, accomplissement qui implique de combiner projet de soins et projet de vie⁴³. Accomplissement de soi: ce sont les références du développement personnel ou de la santé mentale positive qui imprègnent la relation normal-pathologique, car le normal et le pathologique doivent se ressembler dans leur opposition. On comprend que la souffrance psychique et la santé mentale soient des références à la fois centrales et vagues, aussi imprécises que leur emploi est étendu. Ce double caractère est moins incohérent que nécessaire. «La notion de santé mentale, estime un rapport du Haut comité à la santé publique, devrait s'accompagner d'une optimisation des possibilités d'expression du projet de vie de chacun. Cela supposerait d'accompagner l'être humain dans sa croissance⁴⁴.» Optimisation des possibilités de vie et accompagnement impliquent bien de lier *projet de soin et projet de vie* dans une visée de qualité de vie.

Il est donc difficile, poursuit ce rapport, d'évoquer une notion de norme en santé mentale, il ne peut s'agir que d'une approximation de ce que l'on croit bien à un moment donné et en fonction d'un certain contexte. Le concept de santé mentale se doit donc d'évoluer au fur et à

40. P. Rennes et J.-C. Valette, «Avant-propos», *Droit Ouvrier*, juin 2002, p. 227. Le harcèlement serait une manière «de ne jamais reconnaître la qualité du travail accompli [...]. Cette non-reconnaissance l'atteindra [le salarié] au-delà de sa situation professionnelle par le fait même de la place du travail aujourd'hui comme possibilité de réalisation de soi», *Avis adopté par le Conseil économique et social*, 11 avril 2001, p. 48.

41. R. Rechtmann, «Être victime: généalogie d'une condition clinique», *L'Évolution psychiatrique*, n° 667, vol. 4, 2002.

42. C. Duvert, «Harcèlement moral»: Art. 222-33-2, *Juriscl. Pén.* Fasc. vol. 20, 2003.

43. «Le principe d'un projet global pour le malade devra être élaboré, c'est-à-dire d'un projet de soins conjoint à un projet de vie», p. 25.

44. HCSP, *La Souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, op. cit., p. 16.

mesure de l'évolution des sociétés et des systèmes de pensée des humains⁴⁵.

Le rapport se poursuit en insistant sur l'autonomie de l'individu, la nécessité de conserver son originalité et son intégrité psychique.

La santé mentale, écrivent Viviane Kovess et ses collègues, implique le sentiment et la conviction que l'on a des droits, de la valeur, du pouvoir et un certain degré de contrôle et d'influence sur ce qui nous arrive. Elle implique aussi la compréhension et l'acceptation que des problèmes psychologiques peuvent nous arriver et arriver aux autres et qu'ils arrivent à tout le monde à certaines périodes de la vie. La santé mentale implique des sentiments positifs sur soi et les autres, le sentiment d'être heureux, joyeux et aimé⁴⁶.

Une problématique *de la vie bonne* ressort de ces ouvrages pourtant si techniques, problématique que l'on retrouve dans le développement personnel. La santé mentale inclut tout ce qui désigne l'idéal de l'individu socialisé d'aujourd'hui: l'individu autonome, dont l'équilibre intérieur lui permet de se comporter comme un tout autonome.

La totémisation de soi

Les mots «changement», «concurrence», «compétition», «incertitude», «responsabilité» ou «décision» se sont imposés dans le langage commun à partir des années 1980. Ces termes semblent s'opposer à un autre réseau, dont chacun pense qu'il est en crise: «interdit», «discipline», «obéissance», «sens du devoir», «autorité», etc. Dans le premier réseau, l'élément commun se réfère au *monde de l'action individuelle*. Dans le deuxième, l'élément commun se réfère au *monde de l'exécution*. L'autonomie consiste à placer l'accent sur des valeurs et des normes incitant à la décision personnelle, qu'il s'agisse de recherche d'emploi, de vie de couple, d'éducation, de manières de travailler, de se conserver en bonne santé ou... d'être malade. L'individu contemporain est un type d'être social dont il est

45. *Ibid.*, p. 7-8.

46. V. Kovess, A. Lesage *et al.*, *op. cit.*, p. 9.

attendu qu'il décide et agisse par lui-même comme s'il était l'entrepreneur de sa propre vie.

L'impératif d'autonomie, à travers ses deux facettes de la libération des mœurs et de la libération de l'action, a élargi les frontières de soi à tous les niveaux. En conséquence, le nombre d'actions que vous pouvez, mais aussi que vous devez considérer comme vôtres est tel que l'on a l'impression d'assister à un déclin de l'irresponsabilité. À mesure que l'exigence d'autonomie imprègne l'ensemble de la vie sociale, privée comme publique, la tendance à ce que chacun soit responsable de tout s'affirme *comme* l'autorité d'une règle, et cela quelle que soit sa propre place dans la hiérarchie sociale. C'est le ressort de l'attention que nous accordons à cette subjectivité massivement troublée. Les idéaux de réalisation de soi et d'initiative individuelle semblent donner raison à une formule célèbre de Claude Lévi-Strauss: «Tout se passe comme si, dans notre civilisation, chaque individu avait sa propre personnalité pour totem⁴⁷.» C'est là notre théorie indigène de l'agent social, et c'est pourquoi est si forte la croyance que l'essentiel se déroule dans l'intériorité de soi. Car un totem, toute l'anthropologie le dit, est sacré, il faut lui accorder une attention toute particulière: l'intense attention à la souffrance psychique et à la santé mentale, à l'intégrité psychique, est la marque d'une totémisation de soi. Le couple souffrance psychique/santé mentale lui donne sa forme sociale, son style et son symbolisme. C'est pourquoi on peut dire qu'il est une expression attendue des sentiments dans un monde régi par la règle d'autonomie, car celle-ci produit l'illusion que l'agent social est responsable de tout. Il convient d'obtenir de ce type d'agent une confiance en soi ou une estime de soi sans laquelle il ne peut agir — de là, la centralité de la dépression. François Lelord et Christophe André, qui ont publié l'un des plus grands succès de psychiatrie populaire en France, écrivent que «la plupart des affections psychopathologiques sont liées à des problèmes d'estime de soi⁴⁸». L'estime de soi est au cœur de la dépression, car c'est la valeur qu'on vous accorde ou que vous vous accordez qui est en jeu. La dépression contemporaine est une pathologie de la grandeur. Il y a là une des raisons de la référence au handicap: la capacité est l'élément qui fait redécrire les rapports entre le normal et le pathologique en termes de plus ou de moins.

Le style de formulation des problèmes semble appeler des solutions psychologiques (et médicales), mais aussi juridiques, puisque le thérapeute

47. C. Lévi-Strauss, *La Pensée sauvage*, Paris, Plon, 1960, p. 284-285.

48. F. Lelord et C. André, *L'Estime de soi*, Paris, Odile Jacob, 1998.

et l'avocat (ou le juge) incarnent les deux grandes figures d'attraction de la plainte⁴⁹. À ceux qui parlent de psychologisation ou de juridicisation des rapports sociaux, accompagnant un déclin des institutions, des normes et de l'action politique, et l'émergence d'un type d'homme purement privé, je leur oppose que l'homme privé est une impossibilité logique et anthropologique: un sujet humain sans société est aussi absurde qu'un sujet sans corps.

Si cette croyance est pourtant si répandue, cela tient à la posture anthropologique des sociétés modernes qui a conduit à placer le sujet humain au sommet de la hiérarchie des valeurs. Le social s'en est trouvé dévalorisé⁵⁰, tandis que la vérité de l'être humain a été logée dans une partie de lui-même: l'esprit, le mental, la psyché, bref l'intériorité. La relation entre la personne comme valeur suprême et la valeur de l'intériorité est *structurelle*. Les adjectifs *psychique* et *mentale*, contrairement à *physique*, ont une fonction de totalisation (comme le substantif «cerveau» en neurosciences): c'est l'individu dans sa totalité que l'on désigne ainsi par une partie de lui-même. La santé physique est celle du corps, elle peut faire abstraction de l'individu, alors que la santé mentale est celle du tout que forme l'individu.

La forme qu'a prise aujourd'hui l'idéal d'autonomie accentue alors la contradiction propre à la société démocratique entre la croyance que l'on trouve en soi la source de toutes nos actions, comme si la société était *ajoutée* à l'individu, et le fait que l'individu est un être social, qui vit dans un système d'interdépendances, d'obligations, de dettes et de créances, qui agit et pense dans un contexte normatif. De l'accentuation de cette contradiction découle une représentation de l'individu sans limites, le «nouvel individualisme», cause de tous les maux de l'homme contemporain, et notamment d'une fragilité psychique qui ne faisait guère l'objet de préoccupations il y a encore une génération. La médecine mentale est un des points majeurs de cristallisation de ces questions parce que la grande transformation des trente dernières années est que la «subjectivité» de l'individu est devenue une question collective. Et la grande erreur, ajouterai-je, est d'identifier subjectivité et individualité, car cela conduit à chercher à l'intérieur du sujet (dans sa psyché, son cerveau ou son «soi») des transformations de nature sociale, c'est-à-dire contextuelle. Il n'y a en

49. Le procès pénal, particulièrement, apparaissant désormais comme une thérapie permettant enfin! aux victimes de faire leur deuil, alors qu'on pourrait parfaitement dire que la justice diminue ou apaise le désir de vengeance — mais on ne le dit plus.

50. L. Dumont, *Essais sur l'individualisme*, Paris, Seuil, 1983.

effet aucune raison logique ou anthropologique de penser que l'homme était moins conscient de lui-même, moins réflexif et moins «subjectif» en 1300 qu'en 2000. Ce n'est pas la conscience de soi qui importe, mais la conscience de soi *en tant que* je me réfère à un tout sans lequel il me serait strictement impossible de croire, par exemple, que je suis un individu libre moralement de choisir sa vie. Car «le trait propre des sociétés démocratiques, nous rappelle Vincent Descombes, n'est pas qu'on trouve "la source principale des croyances" en soi et non plus au ciel, c'est qu'on trouve ces croyances dans la "raison humaine", *c'est-à-dire dans l'opinion commune* et non plus dans le surnaturel⁵¹.» L'individu n'est ni une question de subjectivité ni de psychologie. Ce sont plutôt les règles de conduite qui ont changé, les codes qui se sont modifiés, les attentes qui se sont transformées. L'homme du Moyen Âge est aussi «subjectif» que l'individu contemporain, mais il l'est autrement car son contexte social est différent. Il faudrait donc parler de *styles de subjectivité* et considérer méthodologiquement que la souffrance psychique et la santé mentale sont à nos sociétés ce que, par exemple, le paradis et l'enfer étaient à celles du Moyen Âge catholique: comme le paradis, la santé mentale est ce qu'il faut atteindre, comme l'enfer, la souffrance psychique est ce qui est à éviter.

Au lieu de succomber à l'illusion moderne consistant à penser que l'individu est un être abandonné à lui-même et qui doit seul décider de régler sa vie, on ferait mieux d'explorer les nouveaux modes d'institution du social dans la société des individus qui fait autant société que celle des Papous, des Nambikwaras ou des Français de 1914. L'enjeu politique est qu'il n'y a plus guère besoin de se raccrocher de façon passiviste, coups de menton à l'appui, à un modèle théologico-politique, comme le modèle républicain. Le crépuscule de nos anciennes idoles ne nous laisse certainement pas démunis des moyens intellectuels pour formuler politiquement une conception de l'action publique en phase non seulement avec les mœurs, mais encore avec les inégalités d'une société où l'échec et la désocialisation sont pensés par ceux qui les subissent en termes personnels⁵².

Alain EHRENBURG
CESAMES, CNRS-INSERM-Paris 5

51. V. Descombes, *op. cit.*, p. 372. «Opinion commune» fait référence à Tocqueville.

52. Voir la mise en perspective sociologique et politique dessinée par J. Bensaid, D. Cohen, E. Maurin et O. Mongin, «Les Nouvelles inégalités», *Esprit*, janvier 2004.

Résumé

La souffrance psychique et la santé mentale semblent être l'un des principaux points de repère de l'individualisation de la condition humaine. Le recours systématique à ces deux expressions signale une récente et profonde transformation de la règle sociale; ce n'est pas parce que les choses semblent plus «personnelles» aujourd'hui qu'elles sont pour autant moins sociales, moins politiques ou moins institutionnelles. Elles le sont autrement, et c'est cet «autrement» qu'on tente de décrire ici. Car nous sommes moins dans un contexte d'affaiblissement que de transformation de la règle. Les notions de souffrance psychique et de santé mentale vont de pair avec l'exigence d'autonomie, de capacité de décision et d'action de l'individu. Je tenterai de montrer comment le fait de justifier nos manières d'être et nos manières de faire dans les termes de l'autonomie est l'élément conduisant à redécrire de multiples problèmes en termes de souffrance psychique et de santé mentale, à adopter un langage de la vulnérabilité individuelle de masse.

Mots clés: souffrance psychique, santé mentale, individualisation, règle sociale, autonomie

Abstract

One of the principal landmarks of individualization seems to be given by discourses around psychological suffering and mental health. A new and profound mutation of the social rule is indicated by the systematic use of such discourses. This article intends to explore how, albeit differently, things today are still social, political and institutional, even if they seem more «personal» than ever: we are not witnessing a weakening but a transformation of the social rule. The notions of psychological suffering and mental health go on an equal footing with the imperative of autonomy. I would like to show that to think of ourselves in terms of autonomy is the core element leading to a redescription of numerous problems in terms of mental health and psychological suffering, adopting a discourse of mass individual vulnerability.

Key words: psychic suffering, mental health, individualization, social rule, autonomy

Resumen

El sufrimiento psíquico y la salud mental parecen ser uno de los principales puntos de referencia de la individualización de la condición humana. El recurso sistemático a estas dos expresiones indica una transformación reciente y profunda de la norma social; no es porque hoy en día las cosas parecen ser «más personales» que ellas sean por lo tanto menos sociales, menos políticas o menos institucionales. Es decir que lo son de otra manera, y es esa otra «manera» que se intenta describir aquí, puesto que estamos menos en un contexto de debilitamiento que de transformación de la norma. Las nociones de sufrimiento psíquico y salud mental están en íntima relación con la exigencia de autonomía y con la capacidad de decisión y acción del individuo. Intentaré mostrar cómo el hecho de justificar nuestras maneras de ser y nuestras maneras de hacer de acuerdo al vocablo autonomía es el elemento que conduce a redefinir múltiples problemas en términos de sufrimiento psíquico y salud mental, a adoptar un lenguaje de la vulnerabilidad individual de masa.

Palabras clave: sufrimiento psíquico, salud mental, individualización, norma social, autonomía