

Lien social et Politiques

Les figures du social dans la culture professionnelle psychiatrique

Pauline Rhenter

La santé au risque du social
Numéro 55, printemps 2006

URI : id.erudit.org/iderudit/013227ar

DOI : [10.7202/013227ar](https://doi.org/10.7202/013227ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN 1204-3206 (imprimé)
1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Rhenter, P. (2006). Les figures du social dans la culture professionnelle psychiatrique. *Lien social et Politiques*, (55), 89–98. doi:10.7202/013227ar

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 2006

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]



Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org

Les figures du social dans la culture professionnelle psychiatrique

Pauline Rhenner

Étudier des figures du social en tant qu'elles constituent un élément déterminant de la formation d'une culture professionnelle soignante, celle de la psychiatrie publique française depuis 1945, est une façon de poser la question de «la santé mentale au risque du social». En effet, tenter de saisir le lien entre le rapport symbolique et matériel qu'une certaine culture psychiatrique entretient avec le «social» suppose plus généralement que l'on identifie une culture professionnelle, non à une somme de savoirs mais bien à des valeurs issues de savoir-faire contraints par un contexte d'action.

Nous aborderons donc l'identité des équipes soignantes en psychiatrie en reliant l'examen des principes, des hypothèses et des conclusions de la discipline psychiatrique, et la compréhension de leurs conditions de production.

Dans les années soixante déjà, le psychiatre Philippe Koechlin asso-

ciait au traitement dans la communauté un «changement de symptomatologie du malade» (Koechlin, 1968: 132) mettant en valeur le caractère relatif des nosographies¹: la question, toujours pertinente, demeure celle de la «docilité» du symptôme par rapport à son époque. Cette docilité, nous tenterons de l'envisager à partir de l'hypothèse d'une construction sociale des pathologies invitant, d'une part, à interroger les catégories mobilisées par les acteurs de la psychiatrie publique comme résultantes de l'inscription des professionnels du soin dans des rapports de pouvoir, et, d'autre part, à rechercher en quoi l'usage social de la psychiatrie de secteur est producteur d'évolutions en termes de connaissances cliniques.

Depuis une quinzaine d'années, la question de la sanitarisation du social resurgit dans le monde psychiatrique, et avec elle, une préoccupation ancienne: signe-t-elle une faiblesse du politique ou un décen-

trement de l'action publique vers des souffrances aux frontières du sanitaire et du social? Les enseignements tirés de l'histoire de la psychiatrie française nous aideront à caractériser ce présent, un présent marqué par les nouveaux usages de la psychiatrie publique associés à l'émergence de pathologies dites «sociales».

Les enseignements de la querelle anti-psychiatrique

Entre 1945 et 1985, la culture professionnelle psychiatrique française se construit essentiellement autour de la défense du statut de la psychiatrie comme «tiers du social». Au cœur de cette période, dans les années soixante, les représentants officiels des médecins des hôpitaux psychiatriques valorisent plus spécialement la «dépsychiatisation» contre un mouvement, l'antipsychiatrie, qui dénonce la construction sociale de la folie et qui fédère de nombreux psychiatres aux États-Unis, en Grande-

Bretagne et en Italie². Le courant psychothérapeutique français, le plus organisé de la spécialité psychiatrique, porté par les tenants des équipes soignantes de secteur³, réfute, en effet, les thèses qui «revendiquent l'universalité du fait psychopathologique» (Rappard, 1981: 101).

Michel Foucault fonde la différence originelle entre la dépsychiatriation et l'antipsychiatrie sur l'opposition entre surmédicalisation et médicalisation de la folie qui marque les développements théoriques aliénistes de la fin du 19^e siècle⁴. Pour la période qui nous interroge, la concurrence entre dépsychiatriation et antipsychiatrie ne paraît toutefois pas relever d'une stricte opposition de connaissance du fait psychopathologique, si l'on cherche à comprendre la critique sociologique de l'institution initiée par les médecins désaliénistes qui se mobilisent à Saint-Alban, dès les années quarante, autour des travaux de Jacques Lacan et Hermann Simon⁵.

Cette critique, portée principalement par la psychothérapie institutionnelle, prend en compte la demande sociale à travers la notion de «transversalité»⁶, qui signifie que la cure, au lieu d'avoir pour seuls support et symbole le pouvoir charis-

matique du médecin, se distribue par transfert entre diverses sortes d'institutions, relais et délégations de pouvoir. Dans une telle perspective, la question «qu'est-ce qu'on institue?» exige d'aborder la demande sociale en tant qu'objet d'analyse. Du même coup, la critique d'un néo-aliénisme n'est qu'une application de l'analyse institutionnelle à «l'appareil» des institutions: l'ensemble écologique et administratif du milieu de soins et ses articulations avec l'extérieur deviennent des éléments du contexte de soins. Dans les années soixante, la critique sociologique de l'institution psychiatrique a donc pu s'inscrire dans la compréhension globale d'un système bio-politique contre lequel le mouvement désaliéniste luttait déjà. La lecture de plusieurs ouvrages⁷ de l'époque conduit ainsi à penser que l'on a opposé, à tort, deux visions du monde: l'antipsychiatrie refusait en quelque sorte ce que la psychothérapie institutionnelle avait démasqué, à ceci près que le thérapeute devait comprendre le malade dans son historicité, donc, d'une certaine manière, suspendre une critique sociologique à prétention révolutionnaire. L'antipsychiatrie reçoit un écho relatif en France parce que les médecins des hôpitaux psychiatriques ont déjà fait l'autocritique d'un système fondé sur le droit administratif et le fonctionnariat dans les années cinquante (Rappard, 2001). Cela explique que l'option française sera celle d'une stratégie de dépérissement et non de fermeture des anciens asiles, comme en Italie.

Ce constat invite à rechercher les raisons de la virulence de la réaction française officielle à l'antipsychiatrie dans le rapport de force que la majeure partie des professionnels subit à l'époque vis-à-vis de la médecine et de la neurologie, en termes de

territoire de compétence. À la fin des années soixante, en effet, la défense d'une compétence médicale, qui est au centre des discours syndicaux⁸, est commandée par une lutte statutaire renforcée par le sentiment que l'anti-psychiatrie disqualifie la critique sociologique que les médecins des hôpitaux psychiatriques ont déjà initiée et contredit leurs efforts pour légitimer leur compétence au sein du monde médical⁹. Plus particulièrement, depuis 1945, cette lutte tente de concilier deux objectifs: la reconnaissance officielle d'une compétence propre aux médecins des hôpitaux psychiatriques, d'égale valeur à celle des psychiatres travaillant hors cadre¹⁰, la reconnaissance d'une spécificité de la pratique psychiatrique intra- et extra-hospitalière publique distincte de celle des centres universitaires.

On peut donc conclure au fait qu'historiquement, l'exigence d'autonomie de la psychiatrie est fondée sur un rapport de force statutaire en faveur de la neuropsychiatrie universitaire *et* sur un rapport de connaissance qui trouve ses origines dans des conditions d'exercice propres à la pratique sectorisée naissante. La querelle antipsychiatrique témoigne particulièrement bien de la tension identitaire entre jugement sur le social et défense d'une intention médicale autorisant à se situer en dehors du social. Il s'agit désormais de mettre à l'épreuve la double figure du social contre laquelle une culture commune s'est construite: *celle de l'assistance* asilaire satisfaisant une demande sociale d'exclusion des malades mentaux, *celle de la négation d'un statut médical de la folie* empêchant de restituer aux malades un espoir de guérison et d'insertion dans la communauté.

Le nouvel usage social de la psychiatrie (1985-2005)

Selon Richard Rechtman, l'évolution des usages sociaux de la psychiatrie relève davantage des métamorphoses de la société moderne que d'une mutation propre à la discipline psychiatrique (Rechtman, 2001: 142). Aborder publiquement des pathologies «sociales» semblait impossible dans les années soixante, au moment où les praticiens tentaient de se légitimer au sein d'un monde médical. Comment le rapport entre les compétences et les connaissances psychiatriques s'est-il modifié au point de rendre possible le débat récent sur des pathologies dites «sociales»? En quoi la question des «pathologies sociales» est-elle le signe d'une mutation de la culture psychiatrique de secteur?

L'interrogation autour de la sanitarisation du social apparaît sous la pression de deux phénomènes marquant l'actualité récente de la psychiatrie publique: l'émergence des «nouvelles pathologies» dites «sociales» venant bouleverser les certitudes cliniques; et l'attribution politique à la psychiatrie publique de nouvelles missions, auxquelles s'ajoutent des sollicitations spontanées émanant d'acteurs institutionnels dont la vocation n'est pas soignante, mais sociale en un sens large.

Dans les discours politiques et leurs traductions légales ou réglementaires, c'est en termes de «nouvelles pathologies» ou de «nouvelles populations» relevant d'une psychiatrie publique dont la fonction se verrait élargie au-delà du soin aux psychotiques que l'on se risque à caractériser l'actualité. On peut ainsi, en 2004, lire sur le site internet de la Fonction publique, sous le titre «Les nouvelles missions des psychiatres du secteur public»: «Aux missions tradition-

nelles des psychiatres s'ajoutent de nouvelles tâches: psychiatrie de liaison, urgences, victimologie, prise en charge des toxicomanes»; au-delà de leurs missions traditionnelles, il leur est demandé d'intervenir le plus en amont possible, auprès de nouvelles populations, afin de «prendre en charge de nouvelles maladies ou de prévenir l'apparition de troubles chroniques». De la même manière, dans les textes consacrés à la planification sanitaire, il n'est pas rare de rencontrer un volet consacré aux «nouvelles pathologies de l'adolescent et de l'adulte jeune» ou à «la lutte contre l'exclusion»¹¹. Nous pouvons, en outre, évoquer la consécration légale de l'injonction de soins ou la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions selon laquelle «les programmes de santé publique mis en œuvre par l'État ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies». Enfin, le projet de plan du Ministre de la Santé soumis à la concertation au mois de février 2005 paraît symptomatique de l'évolution que nous percevons puisqu'il consacre une partie de ses développements à «la prise en charge des besoins de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion»¹².

L'extension des missions assignées par les pouvoirs publics à la psychiatrie publique a pour conséquence de transformer quantitativement et qualitativement la population prise en charge par les équipes de secteur. Concrètement, l'évolution qualitative du public semble avérée dans le sens d'un élargissement de la pathologie mentale à d'autres catégories tandis que la charge de travail des équipes psychiatriques aug-

mente¹³. À un tel phénomène s'ajoutent des demandes spontanées externes au milieu sanitaire ou judiciaire émanant de structures prenant en charge un public dans le domaine social et de la réinsertion¹⁴. Une telle évolution se traduit dans les faits par le développement d'un travail de plus en plus décloisonné entre des institutions relevant traditionnellement de domaines différents: le soin, l'accompagnement et la réinsertion sociale, l'éducation, la justice, la police, etc.

Des représentations mouvantes aux incertitudes cliniques

La question des pathologies sociales s'est déjà posée à la fin du 19^e siècle et, d'une certaine façon, l'expression même de «pathologie sociale» est problématique (Ehrenberg, 2000: 44-51)¹⁵. Aujourd'hui, certains praticiens de la psychiatrie font état, au minimum, d'expressions pathologiques typiquement modernes, et au maximum, de pathologies authentiquement nouvelles. Ce genre de diagnostic est loin d'être isolé puisqu'une incertitude clinique générale se fait sentir par rapport aux repères classiques, face à des conduites qui traduisent la prévalence de l'immédiateté, du passage à l'acte, de l'agir, au détriment de la parole et du lien (Pirlot, 1999: 120).

Dans la littérature psychiatrique, les nouvelles pathologies sont souvent désignées comme «sociales», référence est alors faite à des travaux de sociologie. Certains cliniciens attribuent spécifiquement ces pathologies aux caractéristiques d'une «société des individus» (Furtos, 2004: 23)¹⁶, société précaire en tant qu'elle serait marquée par la peur d'une perte symbolique des objets sociaux¹⁷. La souffrance psychique

n'est alors pas conçue comme pathologique en elle-même puisqu'elle peut permettre de rester en lien avec autrui, tandis que d'autres formes de cette souffrance sont décrites comme pathologiques, correspondant notamment au vécu d'une perte irrémédiable dans un contexte de précarité sociale ou non¹⁸. La condition de victime suite à un événement traumatique, qui tend également à devenir une véritable condition clinique, est également mise au rang des nouvelles souffrances pathologiques (Rechtman, 2002).

L'incertitude qui plane sur le sens de l'expression «pathologies sociales» est générale, ce qui provoque l'appel de certains praticiens à une clarification des déterminismes sociaux qui ont entraîné tout ou partie de ces souffrances (Drogoul et Botbol, 1998 : 107-108). Très rarement, le débat se déplace explicitement sur le versant de l'étiologie¹⁹, où l'on décrit de nouvelles situations dans lesquelles c'est la rupture des liens sociaux qui est considérée comme à l'origine de pathologies physiques ou mentales (Davézies, 2002 : 14). Cependant, lorsqu'il s'agit d'explorer la composante sociale des traumatismes, le déterminant sociologique de la pathologie, avec ce qu'il

comporte de réifiant, est généralement délaissé au profit d'un vocabulaire relevant de l'anthropologie : on préférera, chez les psychiatres ou les sociologues, celui de «support-étayage» pour rendre compte du «rapport pratique, intellectuel et affectif que tous les sujets entretiennent avec les étais symboliques de leur existence» (Doray, 2005 : 79), ou de «supports sociaux des individus» (Castel et Haroche, 2001).

Les psychiatres de secteur les plus résolus à faire reconnaître de nouvelles expressions pathologiques mettent en avant les carences des catégories nosologiques classiques : l'idée selon laquelle la spécificité de la psychiatrie résiderait dans la prise en charge de la psychose est alors rejetée au motif qu'elle a produit un déni des «souffrances psychiques communautaires»²⁰, portant préjudice aux malades eux-mêmes. Dans un tel contexte, le défi pour le psychiatre consiste à produire une théorie de la pratique, sans perdre sa compréhension de psychiste : pouvoir théoriser les nouvelles pathologies, c'est-à-dire trouver un sens dans le fonctionnement de la psyché, pourra signifier «la valorisation d'une psychiatrie publique susceptible d'opérer à travers le message qu'elle adresse aux populations précaires la reconnaissance et le rétablissement des affiliations symboliques qui leur font précisément défaut» (Piret, 2002 : 10), voire «revisiter la clinique et en tirer les outils de lecture spécifiques aux psychistes et ceux qui peuvent être communs avec les acteurs sociaux» (Vignat, 2002 : 11). Les programmes de formation attestent en l'occurrence du dynamisme de la réflexion sur les formes particulières de pathologies dites «à forte étiologie sociale». On retiendra, par exemple, la formation proposée, en

2005, par les Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active (CEMEA), qui envisagent un stage à destination des personnels soignants en psychiatrie consacré à «l'émergence de nouveaux phénomènes (l'exclusion, la marginalité, les violences, les conduites addictives)» et à l'établissement de nouvelles cliniques pour les pathologies nouvelles, ou le colloque de 2001 du Comité d'étude des formations infirmières (CEFI), au cours duquel le Président du Comité a justifié le choix d'une spécialisation psychiatrique par l'existence de «nouvelles formes d'expression des pathologies et de souffrance psychosociale».

Les expériences se multiplient donc, qui tentent d'inventer des réponses adéquates : ici, on défend la création d'un centre d'accueil et de crise ouvert en permanence comme réponse généraliste à la «souffrance psychique que la précarité produit au quotidien»²¹; là, on valorise des modes d'intervention collectifs associant activement les acteurs de première ligne dépositaires de cette souffrance en amont ou en aval d'interventions potentielles auprès d'une personne en détresse. Nous pensons, notamment, à l'interface SDF Lyon, créée en 1997, dont les populations rencontrées sont «les malades mentaux repérés en tant que tel, parfois en mal de soins et posant le problème de leur hébergement, des personnes en état manifeste de souffrance psychique éventuellement en relation avec des états de dépendance, des personnes dont la dérive sociale [fait] s'interroger sur leur souffrance et imaginer un fonctionnement psychique particulier»²². La réponse à l'augmentation des demandes jugées aux limites de la psychiatrie prend parfois l'allure de stratégies thérapeu-

tiques, en général élaborées par des professionnels de métiers différents.

La souffrance psychique, de l'interrogation clinique à l'exigence politique

L'émergence de la notion de souffrance psycho-sociale au début des années quatre-vingt-dix est corrélée avec l'évolution des politiques publiques, spécialement celles dites de l'intégration et de l'insertion (Laval, 2003 : 74). Mais comment les professionnels désignent-ils le phénomène qui interroge fortement le système sanitaire et social français sous la forme du «développement de ces états intermédiaires, irréductibles aux classifications, aux effets fortement perturbants et pour lesquels les compétences sont loin d'être clairement identifiées» (Joubert, 2005 : 172)?

La *souffrance psychique*, expression extrêmement vague, sert bien souvent à désigner des situations diverses ayant en commun d'être décalées par rapport à la pratique habituelle de l'intervenant «psy» ou social: définie par ses effets plutôt que par ses causes (Furtos et Colin, 2005 : 105), elle n'est jamais caractérisée strictement par les soignants comme une catégorie de pathologie mentale. Elle signifiera tantôt tout ce qui accompagne les pathologies mentales, ses conséquences et ses facteurs déclenchants, tantôt un ensemble englobant tous les «troubles» mentaux. Quant à l'usage conscient d'une telle expression, force est de constater que les professionnels du secteur psychiatrique lui attribuent une fonction de déstigmatisation de la pathologie aux yeux du patient, d'une part, et vis-à-vis des acteurs institutionnels, d'autre part.

Chez les praticiens du soin psychique, l'environnement social du patient est perçu comme une possible entrave aux soins²³, cependant que la crise de la relation d'aide dans le champ du travail social motive un appel à des compétences psychologiques ou psychiatriques: la souffrance psychique comme frein à l'insertion joue donc comme «opérateur de lien institutionnel» (Laval, 2003 : 74). Dès lors, il s'agit moins de sociologiser la souffrance psychique que de repérer les contextes utiles de déploiement d'une clinique dite «psycho-sociale» qui désigne non une catégorie nosographique mais la prise en compte par les professionnels d'une souffrance qui apparaît sur les lieux du travail social. L'intervention du clinicien serait donc nécessaire, en appui du travail de lien exercé par d'autres professionnels, à condition d'aménager le cadre de la rencontre pour que celle-ci permette le déploiement du transfert (au sens psychanalytique du terme) (Furtos et Colin, 2005 : 100-104). Dans le champ du travail social, l'hétérogénéité des situations et des classes sociales des personnes en détresse ne permet pas plus de les saisir du côté de l'objectivation de leur condition sociale (Laval, 2003 : 178).

Agir sur la dimension sociale de la maladie ne clarifie donc pas le statut fait au «social» dans l'étiologie de la pathologie. Un article récent déconstruit d'ailleurs avec rigueur le postulat d'un lien entre précarité sociale et souffrance psychique: Maryse Bresson invite ainsi à interroger les biais de différentes enquêtes françaises réalisées à la fin des années quatre-vingt-dix, compte tenu de leur protocole: la surreprésentation des précaires dans la file active des secteurs de psychiatrie pourrait être un effet de l'offre de soins plutôt que de

la demande; la répartition des diagnostics en fonction de la catégorie d'appartenance socioéconomique des patients conduit à inverser le lien entre la dépression et la précarité (Bresson, 2003 : 316-317).

La crainte d'une démedicalisation de l'assistance

Les débats actuels se situent moins dans le registre de la causalité du trouble psychique que dans celui des conditions d'accès et de réussite du soin, voire du travail social. La crainte d'une relégation sociale excluant toute perspective thérapeutique est, en effet, l'objet de nombreux articles, ouvrages, déclarations ou motions syndicales. Le Comité d'action syndicale de la psychiatrie (CASP) déplore ainsi, en 2002, que les incitations réglementaires ne permettent pas une «re-médicalisation nécessaire des institutions médico-sociales», tout en appelant au développement des unités de vie souhaitées par nombre d'associations d'usagers²⁴. Dans les discours plus ordinaires²⁵, on exprime également la crainte d'une démedicalisation de l'assistance: l'identité professionnelle se trouve alors moins menacée par l'idée de travailler avec des partenaires non sanitaires que par les effets conjugués de la diminution des effectifs de la psychiatrie publique et de l'extension de son domaine de compétence.

Cet aspect de la question dévoile en partie la persistance du rapport fondateur que la culture psychiatrique française entretient avec les figures de l'assistance. Dans l'immédiat après-guerre, un certain usage de l'asile fut largement critiqué par les pionniers de la sectorisation. Au moment de l'adoption de la loi de 1975 sur l'assistance aux personnes handicapées, il s'agissait pour le Syndicat des psy-

chiatres français de défendre un droit aux soins, distinct d'une prise en charge éducative et sociale (Martin Le Ray, 2002: 190). Aujourd'hui, les praticiens redoutent presque unanimement la reconstitution du fantôme de l'asile d'autrefois dans les institutions médico-sociales²⁶, à l'heure où la volonté politique de réduire le nombre de lits d'hospitalisation et la pénurie des équipes de service public rendent plus criant le besoin de structures alternatives à l'hospitalisation et tendent à favoriser la démedicalisation des structures sociales²⁷. Le rapport Kovess, Cléry-Melin, Pascal, remis au ministère de la Santé en septembre 2003, montre en la matière que les flux entre le médico-social et les établissements psychiatriques sont bidirectionnels, c'est-à-dire que chaque année, de nombreux patients quittent l'hôpital vers le médico-social mais qu'inversement des personnes du médico-social se retrouvent à l'hôpital, en particulier celles qui étaient antérieurement en établissement pour enfants handicapés. Un nombre non négligeable de personnes adultes, qui avaient été adressées dans le médico-social, doivent être réhospitalisées, «cet univers n'étant pas adapté à leurs besoins».

Enfin, la réception française du *Diagnosical and Statistical Manual of Diseases* (version 4) (DSM IV), manuel statistique et diagnostique américain à prétention a-théorique dont l'organisation critériologique repose sur la description de symptômes dont l'inclusion ou l'exclusion définit le trouble, révèle une dimension supplémentaire du jeu entre demande sociale et culture professionnelle. En effet, on y repère approximativement deux types de structuration professionnelle: le premier renvoie à des savoirs anthropologiques affiliés à la psychanalyse ainsi qu'à une démarche de valorisation de la subjectivité du patient dans la relation médicale, le second à des savoirs référés aux neurosciences qui font de la folie une catégorie relevant de la pure compétence technique du médecin (Gansel, 2005: 41). Il apparaît en dernière analyse que la crainte de démedicalisation de l'assistance, favorisant le repli des praticiens sur le statut médical voire technique de leur savoir-faire, tendrait à encourager le second type de structuration en raison de son principe même: répondre à une demande sociale de traitement des déviances comportementales plutôt que l'interroger. La pétition lancée, en 2005, en réaction au Rapport de l'INSERM sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent atteste cependant de la condamnation vivace de la médicalisation de la déviance puisqu'elle totalisait en février dernier plus de 13 mille signatures de praticiens psychiatres et psychologues²⁸.

La sanitarisation du social, une question moins étiologique que politique

Karsz considère que la notion «d'exclusion», métacatégorie surdéterminée, polysémique, paradoxale,

spéculaire et consensuelle, est une catégorie morale dont les implicites idéologiques sont généralement passés sous silence, et qui se présente comme a-politique au sens de non partisane. Il suggère donc de la dénaturiser pour faire émerger la possibilité même de problématisation et caractériser la causalité historique complexe de ses usages (Karsz, 2000: 102-168). Les réflexions de Karsz nous semblent ici utiles tant l'expression «pathologies sociales» ne permet ni de repérer des structures et des causalités identifiées, ni de dépasser le stade de la description de pratiques allant du partenariat socio-sanitaire à l'élaboration d'une clinique dite psychosociale.

La question de la sanitarisation du social en psychiatrie ne s'épuise nullement dans le débat sur la causalité sociale des troubles psychiques, elle s'y appauvrit même puisque les professionnels du soin psychique, loin d'opérer une stricte correspondance entre des données sociographiques et la cassure psychique du public hétérogène dont ils ont la charge, en appellent à un niveau de compréhension politique du problème. Les discussions se recentrent, dès lors, sur la défense d'un service public comme moyen d'une démocratie sanitaire dont l'accès aux soins constitue le point décisif.

Ainsi, la médicalisation du social est bien perçue dans la culture professionnelle psychiatrique comme une dépolitisation des réponses à la souffrance sociale lorsqu'elle procède d'une erreur dans le traitement politique ou médiatique de la «psychiatisation de la misère sociale», erreur consistant à chercher l'étiologie sociale du pathologique, voire du passage à l'acte, là où l'accès aux soins ou à la prise en charge sociale

exige une solution politique. De nombreux soignants dénoncent les risques de la naturalisation des attitudes sociales: la confusion entre les registres de l'intime, du privé et du public aurait pour conséquence pratique une «tendance de la communauté à naturaliser des attitudes sociales collectives fermant toute réflexion politique sur les mécanismes à l'origine des situations rencontrées» (Darrot, 2005: 92-96); la pensée critique de la souffrance sociale générée par la mondialisation néolibérale serait trop souvent rabattue sur la souffrance psychique de populations cibles à traiter par des programmes et des techniques de gestion aux dépens de pratiques généralistes, «gage d'une lutte contre l'inégalité dans l'accès aux soins» (Martin, 2005: 51).

L'anthropologue Richard Rechtman analyse une telle situation comme reflétant avant tout l'affaiblissement de la référence clinique au profit d'une définition sociale de la différence: l'équation pernicieuse se résumerait alors à l'affirmation que «certains individus sont effectivement autres parce que socialement ils sont considérés comme autres» (Rechtman, 1999: 148).

Les figures contemporaines du social dans la culture psychiatrique

L'examen de certains effets de l'usage social de la psychiatrie publique permet d'affirmer que les figures contemporaines du social, telles qu'elles s'unifient dans une culture professionnelle psychiatrique officielle et ordinaire, se complexifient par rapport aux années quatre-vingt. Elles persistent d'abord à englober la figure de l'assistance en dépit des mutations du travail social

dont l'analyse de la pratique constitue aujourd'hui l'équivalent de certains principes de la psychothérapie institutionnelle. Elle charrie ensuite avec elle une ouverture sur des pratiques effectives situées à la frontière entre le sanitaire et le social. Elle comporte enfin une crainte, celle d'une reprise et d'une déformation par les instances politiques d'incertitudes cliniques tributaires du nouvel usage social de la psychiatrie.

Depuis l'après-guerre, la querelle anti-psychiatrique, la réforme du statut pénal, la judiciarisation des soins contraints, le droit des incapables majeurs, la gestion du handicap ou l'étiologie de la pathologie mentale sont autant de lieux d'interrogation donnant à voir des professionnels de santé tiraillés entre deux ambitions, l'une consistant à maintenir une médecine «tiers du social», l'autre mobilisant des ressources théoriques extérieures à la médecine (la psychanalyse, la philosophie ou l'anthropologie) au service d'un changement social favorable à l'intégration dans la communauté, de fait comme de droit, des personnes atteintes de troubles mentaux. L'objet de cette contribution n'était pas d'entrer dans le détail de chacune de ces batailles mais d'en retenir une posture du discours psychiatrique vis-à-vis du «social» et de découvrir comment s'articulent plusieurs registres de discours (officiel, ordinaire). Les énoncés repérés sont ainsi apparus comme largement déterminés par la position de leurs auteurs dans un espace sociopolitique. Les contradictions discursives décelées ont eu un statut provisoire pour l'analyse, bien qu'elles soient vécues comme telles par des soignants de chair et d'os. Toutefois, les éléments de mutation de la culture explorée ne doivent pas occulter l'exigence qui la caractérise

depuis plus de cinquante ans: celle d'une réforme du juridique et du politique conçus comme *incarnations symboliques du social*.

Pauline Rhenet
Observatoire de recherche sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ORSPERE)
Institut national du cancer (INCa)
Groupe de recherche en épistémologie politique et historique (GREPH)
Institut d'études politiques de Lyon
Université Lumière Lyon 2

Notes

- ¹ Description et classification méthodique des maladies.
- ² Ronald D. Laing, David Cooper et F. Basaglia sont les principaux représentants de ce courant dit «anti-psychiatrique». La thèse anglo-saxonne présuppose que, d'une part, la victime du trouble mental n'est très souvent que le sujet le plus vulnérable d'une constellation familiale, et que, d'autre part, le trouble apparu ira vers la guérison ou vers la psychose selon la réponse donnée par l'institution psychiatrique. La branche italienne défend l'idée selon laquelle la folie semble surtout dépendre de l'oppression sociale, économique et culturelle, qui impose des modèles de comportement assimilés à des devoirs impossibles. L'auteur de *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, David Cooper, affirme que la société a construit dans l'hôpital psychiatrique une structure sociale qui reproduit les particularités génératrices de folie de la famille des patients; il conclut à l'impossibilité d'un progrès «dans le cadre de la grande institution» (Cooper, 1970: 31).
- ³ Le «secteur» trouve chez les psychiatres une double définition: en tant qu'organisation, il suppose la diversification des lieux de soins, notamment par l'extension de l'extra-hospitalier; en tant qu'idée, il implique une posture excluant tout à la fois une simple gestion

du social et une stricte disparition des murs concrets de l'asile. Consacré par une circulaire en 1960, il devient le mode d'organisation de la psychiatrie publique à partir des lois dites de sectorisation de 1985.

⁴ Michel Foucault a opposé les ancêtres de ces deux courants dans les termes suivants : la « dépsychiatisation », apparue au 19^e siècle tout de suite après Charcot, a consisté, soit à réduire la vérité de la maladie à la réalité de ses signes, soit à rendre plus intense « la production de la folie dans sa vérité » par « la mise hors circuit de tous les effets propres à l'espace asilaire ». La seconde forme de dépsychiatisation, inverse de la précédente, suit d'autres règles (règle du libre contrat entre le médecin et le malade, règle de la liberté discursive héritée de la psychanalyse) mais reconstitue un nouveau pouvoir médical (Foucault, 1989 : 61-64).

⁵ Les travaux de Jacques Lacan et Hermann Simon sont les deux ressources de François Tosquelles lorsqu'il arrive à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, en 1941, contraint de fuir l'Espagne de Franco. L'un des effets originaux de la thérapie de groupe testée empiriquement à Saint-Alban est de provoquer une mise en question des rapports sociaux à l'intérieur de l'institution en brouillant les catégories de statuts ou de fonctions chez les soignants et les soignés. À Hermann Simon, le groupe emprunte l'idée qu'il faut à la fois soigner l'établissement et soigner chaque malade, en libérant son initiative et en multipliant les occasions de travail et de créativité ; à Lacan, il

emprunte la démarche de compréhension de la psychose héritée des découvertes freudiennes, qui nécessite qu'on attribue un sens au discours du psychotique.

⁶ Ce concept a été élaboré par Pierre Guattari (Lourau, 1970 : 187-190).

⁷ *Asiles*, du sociologue américain Erwin Goffman, paru en 1968, sera suivi de près par *Les murs de l'asile*, de Roger Gentis, publié en 1970, véritable réquisitoire à l'encontre des psychiatres n'ayant pas encore effectué leur autocritique. La position de Gentis, symptomatique du moment critique de la psychothérapie institutionnelle, permet de relativiser l'opposition française à l'anti-psychiatrie puisqu'il dénonce moins les murs extérieurs de l'asile que ses « murs intérieurs », à l'instar d'un Lucien Bonnafé, d'un Georges Daumézon et même d'un Henri Ey, figures incontournables de la révolution psychiatrique amorcée depuis 1945 (Gentis, 1970 : 23-29), qui, à l'époque pourtant, n'ont pas été à même de voir en quoi l'*Histoire de la folie* venait argumenter en faveur de certaines de leurs thèses (Brétécher, 1994 : 41).

⁸ Henri Ey, autorité intellectuelle, alors Président du conseil syndical du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques et Secrétaire général du Syndicat des psychiatres français, se lance, en 1970, dans un véritable procès contre l'antipsychiatrie, fondé sur la légitimité de la psychiatrie comme spécialité médicale disposant d'un objet propre, la naturalité spécifique de la maladie mentale. L'antipsychiatrie serait donc à rejeter parce qu'elle sociologiserait et démedicaliserait la folie. Toutefois, dans le même temps, il affirme : « Si l'on est anti-psychiatres pour contester la Psychiatrie carcérale que nous avait léguée le XIX^e siècle, j'entends être considéré comme le premier anti-psychiatre » (Ey, 1972 : 7-31). Henri Ey a d'ailleurs dévoilé l'ambiguïté dans laquelle il est forcé de se maintenir lors des Journées psychiatriques de 1966 : « Si nous nous présentons comme l'opinion publique représente le psychiatre, c'est-à-dire un homme qui doit venir en aide à tous les conflits, à toutes les situations malheureuses de l'humanité [...] à tous les pro-

blèmes politiques, si cette extension est voulue par nous comme par l'opinion publique, nous sommes très mal fondés à défendre une organisation médicale de la psychiatrie » (Ey, 1966 : 257).

⁹ Le secteur comme doctrine et comme organisation intervient dans ces deux revendications à titre de justification première : c'est parce que l'Université, qui ne connaît pas les transformations liées au désaliénisme, ne pratique pas la même psychiatrie que les hôpitaux spécialisés que la lutte pour l'extension de l'accès au certificat de neuro-psychiatrie, puis de psychiatrie se justifie ; c'est parce que le maintien d'un statut spécialement attaché à un hôpital (celui de fonctionnaire et de médecin-directeur) et non à un service public de psychiatrie entrave le développement du secteur que la défonctionnarisation et l'abolition du statut de médecin directeur sont souhaitées.

¹⁰ La loi de 1838 marquait l'avènement d'un « réseau asilaire construit en marge du dispositif des hôpitaux publics » et géré au niveau communal, alors que l'asile dépendait directement de l'État (Pinell, 2003 : 21). Les aliénistes, ou « médecins du cadre », sont exclus de l'Université, plutôt marquée par la neuro-psychiatrie. En 1902, un concours national va conditionner l'accès aux postes de médecins des asiles, créant deux mondes (les médecins des hôpitaux psychiatriques et les hospitalo-universitaires spécialistes des maladies du système nerveux) qui s'opposeront à la Libération, au moment de la réforme sur les spécialités médicales.

¹¹ La circulaire du 2 août 2001 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale exige des réseaux de santé qu'ils répondent à « la souffrance psychique en rapport avec la précarité sociale » (DGS, DHOS, DGAS, DIV, n°2001/393).

¹² « Psychiatrie et santé mentale », Projet de plan ministériel, document de travail, 2005-2008, p. 78.

¹³ La consultation des rapports du Département d'information médicale d'un secteur psychiatrique de l'est parisien, entre 1990 et 1999, révèle la traduction diagnostique d'une telle

évolution. Les rubriques «névroses», «psychoses», «retard mental», «troubles de la personnalité», ou «troubles mentaux liés à une atteinte organique» baissent relativement sur le total de la file active tandis les rubriques «troubles dépressifs» incluent une part progressivement plus importante des patients pris en charge. Mais ce qui retient particulièrement notre attention, c'est la création dans les rapports du Département d'information médicale d'une nouvelle catégorie («Troubles du comportement»), qui fournit un bon indicateur de l'accroissement des prises en charge de déviances «comportementales» par les services de psychiatrie du secteur. Enfin, la comptabilisation, depuis 1994, de patients séropositifs et l'augmentation du nombre de journées correspondant à leur prise en charge traduit l'injonction faite par les pouvoirs publics à la psychiatrie de secteur de prendre en charge médicalement cette population. Rappelons ici que la file active de patients augmente sans cesse dans la même période sans que la population desservie par le secteur suive la même évolution, et alors que les équivalents temps plein (ETP) médicaux, infirmiers, psychologues et assistants sociaux sont stables.

- ¹⁴ Voir le rapport Strohl-Lazarus (DIV/DIRMI) du groupe de travail «Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale», intitulé *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, 1995.
- ¹⁵ D'après Alain Ehrenberg, depuis la neurasthénie de Bérard et la naissance de l'idée de névrose dans les vingt dernières années du 19^e siècle, on peut dire que la question des pathologies sociales se pose.
- ¹⁶ Jean Furtos analyse l'émergence de la notion de souffrance psychique comme la résultante de la «société des individus» (Furtos, 2004: 23).
- ¹⁷ «Un objet social, c'est quelque chose d'idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeurs, et qui fait lien» (Furtos et Colin, 2005: 105).
- ¹⁸ La précarité est celle qui touche les Rmistes, les SDF, les chômeurs, ou «ceux qui ont tout pour être heureux» (Furtos, 2004: 24). La société précaire

se définit par la pensée omniprésente de la perte possible ou avérée des objets sociaux: travail, argent, logement, diplômes, etc. (Furtos et Colin, 2005: 105).

- ¹⁹ Étude des causes des maladies.
- ²⁰ «La psychiatrie a été souvent cantonnée dans la spécificité de soigner les psychotiques, spécificité parfois revendiquée contre l'idée même de psychiatrie ouverte aux questions des souffrances psychiques communautaires. L'expérience montre que les résultats sont limités», écrivent les psychiatres Claude Louzoun et Jean-Pierre Martin, dans une réponse au rapport d'Éric Piel et Jean-Luc Roelandt, remis à Bernard Kouchner en juillet 2001.
- ²¹ Jean-Pierre Martin, *Psychiatrie et précarités sociales*, communication du 5 février 1998, Paris.
- ²² Michel Bon, Nelly Farge et Pascal Zouatine, *Interface SDF/Lyon, Bilan d'activité 2003*, p. 15-19.
- ²³ Le psychiatre Jean-Pierre Martin affirme ainsi qu'une psychothérapie qui ignore les autres besoins globaux de la personne tend à s'épuiser dans ses effets (Martin, 2005: 54).
- ²⁴ Comité d'action syndical de la psychiatrie, «Douze points pour construire l'avenir de la psychiatrie», point 6, *La Lettre de la psychiatrie française*, avril 2002. Le CASP regroupe les six principaux syndicats psychiatriques français.
- ²⁵ Ce sont ceux des personnels des deux secteurs psychiatriques qui ont constitué notre terrain de thèse (Rhenter, 2004).
- ²⁶ Pierre Lamothe, psychiatre des hôpitaux, évoque sa crainte d'une relégation des «malades "ingrats" ou désespérés» dans les maisons d'accueil spécialisées, les prisons, ou le secteur associatif (Pierre Lamothe, «Loi, morale, éthique et déontologie. Réflexion sur éthique et pratique psychiatrique», annexe 7 aux rapports préalables aux États généraux de la psychiatrie, mai 2003, www.eg-psychiatrie.com).
- ²⁷ Rapport Kovess, Cléry-Melin, Pascal, p. 38. *L'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisa-*

tion publique et privée a tenté de fournir les moyens de remédier au risque de démedicalisation de l'assistance puisqu'elle ouvre une nouvelle voie en permettant aux établissements de santé publics et privés de créer et de gérer directement tout établissement, service social ou médico-social (article L.711-2-1 du Code de la santé publique).

- ²⁸ D'après cette pétition, «l'expertise de l'INSERM, en medicalisant à l'extrême des phénomènes d'ordre éducatif, psychologique et social, entretient la confusion entre malaise social et souffrance psychique, voire maladie héréditaire. En stigmatisant comme pathologique toute manifestation vive d'opposition inhérente au développement psychique de l'enfant, en isolant les symptômes de leur signification dans le parcours de chacun, en les considérant comme facteurs prédictifs de délinquance, l'abord du développement singulier de l'être humain est nié et la pensée soignante robotisée».

Bibliographie

- AYMÉ, J. 1995. «L'antipsychiatrie», *L'information psychiatrique*, 71, juillet.
- BASAGLIA, F., et F. BASAGLIA-ONGARO. 1976. *La majorité déviante. L'idéologie du contrôle social total*. Einaudi Editore, 10/18.
- BONNAFÉ, L. 2002. *La psychanalyse de la connaissance*. Ramonville Saint-Agne, Erès.
- BRESSON, M. 2003. «Le lien entre santé mentale et précarité sociale: une fausse évidence», *Cahiers internationaux de sociologie*, 115: 311-326.
- BRÉTÉCHER, P.-L. 1994. «Foucault, à contre-temps», *Cahiers Pollen*, Comité Européen: Droit, Éthique et Psychiatrie, 4: 36-43.
- CASTEL, R., et C. HAROCHE. 2001. *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne*. Paris, Fayard.

- mentale, Dossier Souffrances psychiques, 1: 22-26.
- FURTOS, J., et V. COLIN. 2005. «La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine», dans C. LOUZOUN et M. JOUBERT, éd. *Répondre à la souffrance sociale. La psychiatrie et l'action sociale en cause*. Ramonville-Saint-Agne, Erès: 98-115.
- GENTIS, R. 1970. *Les murs de l'asile*. Paris, Librairie Maspero.
- GUATTARI, P. 1965. «La transversalité», *Revue de psychothérapie institutionnelle*, 1.
- JOUBERT, M. 2005. «Souffrances morales et question sociale: un enjeu de reconnaissance», dans C. LOUZOUN et M. JOUBERT, éd. *Répondre à la souffrance sociale. La psychiatrie et l'action sociale en cause*. Ramonville-Saint-Agne, Erès: 171-184.
- KARSZ, S. 2000. *Déconstruire le social*. Paris, Dunod, Pratiques sociales.
- KOECHLIN, P. 1968. *L'information psychiatrique*, volume 44, février.
- LAING, R. D. 1960. *Le moi divisé*. Paris, Stock.
- LAVAL, C. 2003. *Les aménagements de la relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique. L'exemple du dispositif RMI en région Rhône-Alpes*. Doctorat de sociologie, Université Lumière Lyon 2.
- LE ROY, J. 1999. «Systèmes de santé, pouvoirs et nouvelles constellations sociales», *Revue Psychanalyse-Traversées-Anthropologie-Histoire (PTAH)*, ARAPS, 11/12: 211-223.
- LOURAU, R. 1970. *L'analyse institutionnelle*. Paris, Éditions de Minuit, Arguments.
- MARTIN, J.-P. 2005. «Le service public de psychiatrie éprouvé», dans C. LOUZOUN et M. JOUBERT, éd. *Répondre à la souffrance sociale. La psychiatrie et l'action sociale en cause*. Ramonville-Saint-Agne, Erès: 47-57.
- MARTIN LE RAY, C. 2002. «La psychiatrie et l'articulation sanitaire-sociale en santé mentale», dans R. LEPOUTRE et J. DE KERVASDOUE, éd. *La santé mentale des Français*. Paris, Odile Jacob: 189-202.
- PINELL, P. 2003. «Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France (1968-2000)», *Cahiers de recherche de la Mire*, 15: 20-32.
- PIRET, B. 2002. «Précarité œdipienne, psychanalyse et psychiatrie publique», *Rhizome*, 8, avril: 10-11.
- PIRLOT, G. 1999. «Faillite du politique: facteur d'aggravation des conduites addictives, violentes et des désorganisations psychosomatiques», *Revue Psychanalyse-Traversées-Anthropologie-Histoire (PTAH)*, ARAPS, 11/12: 119-141.
- RAPPARD, P. 1981. *La folie et l'État*. Toulouse, Privat, Domaines de la psychiatrie.
- RAPPARD, P. 2001. «Le politique et la psychiatrie», Séminaire *Les cultures professionnelles en santé mentale*, MIRE-GREPH, Institut d'études politiques de Lyon.
- RECHTMAN, R. 1999. «Les politiques minoritaires de la psychiatrie», *Revue Psychanalyse-Traversées-Anthropologie-Histoire (PTAH)*, ARAPS, 11/12: 143-149.
- RECHTMAN, R. 2001. «L'évolution contemporaine des usages sociaux de la psychiatrie», *Psychiatries*, octobre, 142: 167-180.
- RECHTMAN, R. 2002. «Être victime, généalogie d'une condition clinique», *L'Évolution psychiatrique*, 67: 775-795.
- RHENTER, P. 2004. *De l'institutionnel au contractuel: politiques de santé mentale et psychiatrie publique (1945-2003)*. Thèse de doctorat de science politique, Université Lumière Lyon 2.
- VIGNAT, J.-P. 2002. «Santé mentale, psychiatrie, souffrance psychique», *Rhizome*, 8, avril: 9-11.
- COOPER, D. 1970. *Psychiatrie et anti-psychiatrie*. Paris, Éditions du Seuil, Collection Points.
- DARROT, J. 2005. «Dépolitisation du champ clinique et catégorisation des adolescents», dans C. LOUZOUN et M. JOUBERT, éd. *Répondre à la souffrance sociale. La psychiatrie et l'action sociale en cause*. Ramonville-Saint-Agne, Erès: 89-97.
- DAVÉZIES, P. 2002. «Le métier de psychiatre et la précarité», *Rhizome*, 8, avril: 14.
- DORAY, B. 2005. «Du traumatisme social au traumatisme psychique», dans C. LOUZOUN et M. JOUBERT, éd. *Répondre à la souffrance sociale. La psychiatrie et l'action sociale en cause*. Ramonville-Saint-Agne, Erès: 75-88.
- DROGOUL, F., et M. BOTBOL. 1998. «Exclusion et santé mentale», *Psychiatrie française*, 29: 107-112.
- EHRENBERG, A. 2000. *La fatigue d'être soi*. Paris, Odile Jacob.
- EY, H. 1966. *Livre blanc de la psychiatrie française*. Privat, tome II.
- EY, H. 1972. «Préface», dans C. BRISSET, éd. *L'avenir de la psychiatrie en France*. Paris, Payot, Collection Science de l'homme.
- FOUCAULT, M. 1989. *Résumé de cours, Conférences, Essais et Leçons du collège de France*, Julliard.
- FURTOS, J. 2004. «Désespoir professionnel et bisexualité», *Pratiques en santé*