



HAL
open science

Nouveaux troubles et pathologies émergentes à l'ère de la santé totale et de la modernité réflexive

Maïa Fansten, Nadia Garnoussi

► **To cite this version:**

Maïa Fansten, Nadia Garnoussi. Nouveaux troubles et pathologies émergentes à l'ère de la santé totale et de la modernité réflexive. Socio-logos, 2014, 9. hal-01213699

HAL Id: hal-01213699

<https://hal.science/hal-01213699>

Submitted on 19 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Nouveaux troubles et pathologies émergentes à l'ère de la santé totale et de la modernité réflexive

Maïa Fansten et Nadia Garnoussi

**Édition électronique**URL : <https://journals.openedition.org/socio-logos/2820>

DOI : 10.4000/socio-logos.2820

ISSN : 1950-6724

Éditeur

Association française de sociologie

Ce document vous est offert par Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

**Référence électronique**

Maïa Fansten et Nadia Garnoussi, « Nouveaux troubles et pathologies émergentes à l'ère de la santé totale et de la modernité réflexive », *Socio-logos* [En ligne], 9 | 2014, mis en ligne le 22 avril 2014, consulté le 19 janvier 2022. URL : <http://journals.openedition.org/socio-logos/2820> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/socio-logos.2820>

Ce document a été généré automatiquement le 19 janvier 2022.



Socio-logos est mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Nouveaux troubles et pathologies émergentes à l'ère de la santé totale et de la modernité réflexive

Maïa Fansten et Nadia Garnoussi

Présentation générale.

Penser la nouveauté

- 1 L'élaboration d'un questionnaire qui place en son centre la *nouveauté* est de nature particulièrement délicate¹. Car il peut toujours être suspecté d'occulter, en raison d'une surestimation des mouvements de rupture, la permanence des processus assurant la reproduction de l'ordre social. Le point de départ de notre propos est la visibilité gagnée ces dernières décennies par une diversité de pathologies et de maux de différentes gravités, aux contours plus ou moins nets, dont la reconnaissance médicale et la légitimité sociale sont également très variables. Fatigue chronique, burn-out, fibromyalgie, spectre des addictions et des troubles anxio-dépressifs... : la première question que soulèvent ces manifestations relevant toutes – par excès ou par déficit –, de la « mauvaise santé » totalisant le physique et le mental, est donc celle de la nature et du degré de changement qu'elles signalent. A-t-on affaire à des pathologies nouvelles par leurs symptômes ? A de nouvelles manières de souffrir ou à des requalifications de celles-ci n'en modifiant pas nécessairement la causalité ni le « sens » ? De fait, la pluralité et le renouvellement rapide des signes qu'induit la culture contemporaine ne renvoient pas systématiquement à des réalités ou des configurations inédites : c'est davantage leur agencement par les acteurs qui peut évoluer, d'autant plus dans une culture qui valorise l'expression des singularités individuelles et la pluralité des idées. La diversification des signes et des dénominations pathologiques constituerait dans ce cas la suite logique de la subjectivisation des tensions inhérentes à la vie sociale élargissant le spectre des affections physiques, mentales, affectives et émotionnelles.

- 2 La détermination de la source réelle de la nouveauté vient s'inscrire dans une lecture plus large des relations individu-société. L'une d'entre elles privilégie l'idée que la phase actuelle de la modernité, poussant toujours plus loin les logiques de rationalisation des activités humaines pour en augmenter la rentabilité, génère des troubles significatifs par le biais des pressions opérées sur les individus. De cette manière une authentique nouveauté est repérée dans le caractère pathogène des formes d'organisation du travail en particulier et plus généralement de la visée de performance appliquée à tous les niveaux de la vie sociale (Aubert, de Gaulejac, 2007). Une autre lecture dénonce moins l'existence d'une nouvelle maltraitance sociale que les logiques toutefois également instrumentales d'« invention » des maladies et de leurs traitements. Elle est, on le sait, particulièrement puissante s'agissant des troubles mentaux. Plus que les maladies somatiques, un certain nombre de ces troubles relèveraient selon cette perspective de l'extension des catégories nosologiques auxquelles s'applique l'équation un diagnostic/un traitement. Une telle lecture, qui met en évidence l'inflation calculée des problématiques de santé mentale trouve un prolongement important dans l'opinion et les médias, notamment autour des troubles psychiques ordinaires : ceux des « normaux » en premier lieu (Castel, 1981), apparaissant comme des émotions ordinaires par excès, et dont le caractère pathologique peut dès lors sembler ne pouvoir être tranché qu'au regard de critères relatifs à des valeurs de l'époque et des intérêts exigeant de favoriser l'efficacité et l'adaptabilité des individus. Les stratégies de l'industrie pharmaceutique, afin d'imposer les standards qui enclencheront l'augmentation du nombre de diagnostics pour ces troubles, sont propulsées de cette manière au centre des débats contemporains. Deux grandes lignes d'argumentation les traversent : celle de l'existence d'un processus sophistiqué de façonnage de la demande permettant de développer le marché du médicament ciblant toutes les populations grâce à la segmentation des pathologies ; et celle du danger de la normalisation de tous les affects, dont une partie de la psychiatrie est elle-même devenue l'un des principaux dénonciateurs (Frances, 2013 ; Healy, 2011).
- 3 Porter le focus sur le marché médical peut néanmoins occulter la vue d'ensemble qui permettrait de rendre compte des interactions entre une pluralité d'acteurs et de dispositifs qui participent à la mise à jour ou la requalification des états dans le registre du pathologique. De plus il tend à réduire à une relation instrumentale les liens réels qui se tissent entre ces différents acteurs, dont en premier lieu ceux entre le monde médico-pharmaceutique et les associations de malades. Or l'une des dynamiques que recouvre la nouvelle « gouvernance » en santé promue par les politiques publiques est celle d'une « démocratisation » reposant sur les principes d'inclusion de la demande et des besoins des usagers aux décisions des experts. Sans ignorer les effets de domination et de contrôle des discours profanes, ni l'interférence des préoccupations de type managériale dans les stratégies d'implication de la société civile, il s'impose un nouveau mode de négociation, un nouveau modèle de production des discours et des connaissances ainsi qu'une réorganisation des espaces sociaux dans lesquels ces derniers s'expriment (Callon, Lascoumes, Barthe, 2001).
- 4 En est une manifestation le développement des conceptions et des initiatives faisant valoir la légitimité de savoirs issus de l'expérience – dont l'un des appuis réside dans la définition de la médecine comme « savoir empirique fait d'incertitudes » (Maudet, 2002). Or, si d'un côté une certaine contestation issue de la société civile a constitué un

contre-pouvoir, de l'autre se sont constituées des passerelles et des convergences entre mouvements de patients, champ médico-scientifique et industrie, comme l'indique aujourd'hui la promotion de la médecine et de la psychiatrie fondée sur les preuves (Dodier, Rabeharisoa, 2006). Plusieurs paramètres apparaissent décisifs pour rendre compte de la pluralité nouvelle des configurations et des relations entre organisations, associations, politiques et acteurs sociaux. Celui notamment des significations attachées à la maladie, avec lesquelles elle émerge, se construit et évolue : le destin social de toute pathologie renseigne sur le niveau de légitimité, de consensus ou de conflictualité accompagnant l'émergence d'une maladie ou la pathologisation d'un état. L'évolution de ces significations est très souvent prise dans une lutte contre la stigmatisation, particulièrement active dans le cas des anciennes psychoses – de l'autisme à la psychose maniaco-dépressive devenue trouble bipolaire. Un autre paramètre fondamental est celui des intérêts en présence, à la fois du côté de l'offre et de la demande sociale. Par exemple, il a été analysé comment la diffusion de la culture psychologique et des catégories psychiatriques avait servi dans certains domaines, comme celui du travail social, à interpréter et à rationaliser, de manière suffisamment satisfaisante pour les professionnels, des situations face auxquelles les possibilités de réponse sont affaiblies par les évolutions de l'institution (Raveneau, 2009 ; Sicot, 2001). Enfin, on soulignera que la confrontation entre divers intérêts et idées est complexifiée par l'hétérogénéité, parfois l'ambivalence, des maux les plus significatifs de l'extension du domaine de la santé dont le « succès » social peut être contrecarré par la tout aussi forte suspicion quant à leur authenticité. C'est ainsi que la montée des mal-être donne autant à voir les logiques œuvrant pour leur labellisation médicale que les craintes à l'égard d'une médicalisation croissante de ces derniers. La prophétie du « tous malades » dont certains voient la réalisation dans la dernière version du DSM semble avoir un écho tout aussi puissant que les inquiétudes sur la déconsidération de la gravité des symptômes dont les mutations socio-économiques causeraient l'augmentation (OCDE, 2012). De cette façon, c'est aussi à la diversité des rhétoriques que les recompositions du champ de la santé et de la santé mentale nous invitent à réfléchir, et l'on peut tout particulièrement interroger les manières dont les acteurs articulent le singulier des expériences naissantes ou déconsidérées de la maladie à l'universel que cherche à réaliser le langage politique de la santé mentale.

- 5 Forts de ces constats, notre proposition est de traiter cette problématique des « nouveaux troubles » et des « pathologies émergentes » en évitant ce qui pourrait constituer un double écueil. Le premier dériverait selon nous d'une application unilatérale de la thèse du contrôle social ne prenant pas en compte les transformations conjointes des représentations et de la demande de prise en charge des souffrances psychiques. L'autre à l'inverse occulterait les dynamiques proprement utilitaristes à l'œuvre derrière la rationalisation accrue de la prévention et des prises en charge des troubles mentaux susceptibles de toucher le plus grand nombre.

L'intrication du psychisme et de l'institution

- 6 Un défi est donc de trouver les approches qui vont permettre de donner à voir les intrications entre des registres construits longtemps distinctement : entre le social et le sanitaire – dans sa définition extensive –, mais aussi entre l'intériorité subjective pensée comme intime et la personnalité sociale. C'est ainsi que la conception qui s'impose en santé publique articule étroitement bien-être, estime de soi, et habiletés

sociales. Une thèse centrale comme celle de la médicalisation appelle à être repensée dans ce cadre, où les moyens mis en œuvre pour soigner, réhabiliter et rendre capables les individus débordent largement la réponse médicale que les médicaments constituent par excellence. La place et le rôle social de la médecine et de la science dans le monde contemporain sont devenus bien plus « diffus » (Collin, Suissa, 2007 ; Conrad, 2005). Les processus de contrôle sont à comprendre en lien avec la sophistication des dispositifs contemporains, les mutations des institutions et des économies psychiques étant indissociables. Les analyses que Foucault (2004b) et Élias (2004) ont livré sur la relation entre pouvoir et individu, en insistant chacun sur l'intensification croissante du contrôle de soi sont ici précieuses: la préoccupation pour la santé caractérise en ce sens la subjectivité contemporaine, mais elle est aussi un moyen de gouverner les populations « en finesse » et « dans le détail » (Foucault, 2004a : 110). La santé comme paradigme social, déterminant les problèmes légitimes et leurs solutions (Kuhn, 1983), renvoie ainsi à au moins deux registres solidaires de connaissances, de pratiques et de légitimité. Un registre scientifique qui recouvre la fabrique des données épidémiologiques, toujours plus affinées, celle des classifications, et qui s'étend jusqu'à la diversité des pratiques thérapeutiques fondées sur les preuves. Un autre relève de la rhétorique en faveur du progrès des droits et du statut des malades : il ressort nettement là encore des discours des politiques en faveur de la santé mentale, où les arguments pour la déstigmatisation et l'inclusion sociale des malades s'appuient justement des perspectives nouvelles ouvertes par les neurosciences grâce à l'imagerie cérébrale (OMS, 2001).

- 7 La possibilité d'une action directe sur les « dysfonctionnements » psychiques et sur les comportements n'aurait jamais donc été si concrète. Ni celle de rendre ainsi accessible à tous la réalisation de la santé « physique, mentale et sociale » que véhicule le modèle capacitaire prônant un travail sur les habiletés des sujets. C'est pourquoi au sein de celui-ci, la distinction entre sujet privé et sujet public, entre estime de soi et conformation aux normes de rentabilité économique, est caduque : la bonne santé mentale est bien devenue affaire de « citoyenneté » (WHO/Europe, 2008), l'utilité ou plutôt l'« optimalité sociale » venant signifier la personnalité socialement « désirable » suivant les termes éloquents empruntés au vocabulaire de la psychologie sociale.
- 8 C'est le caractère totalisant que la santé revêt aujourd'hui que l'on réinterrogera par conséquent, la tâche consistant classiquement à rendre compte des modalités plurielles de délimitation du normal et du pathologique. Elle se confronte en effet à un ordre entièrement recomposé où s'identifient des maladies « dures » et des troubles aux contours plus flous, où se réévalue également la gravité qui leur est reconnue, et plus particulièrement celle des symptômes ordinaires. Tandis que sont révisés les anciens critères de distinction liés à la nature et aux causes des troubles – au profit de la concentration sur les dysfonctionnements observables qu'ils impliquent –, ils s'affirment également de façon transversale aux différents niveaux de l'expérience sociale – publique ou privée : au sein de la famille, de la sexualité, du travail... Les nouveaux faits de santé donnent tant à voir l'évolution des normes du bien-être et du bien-vivre que celle des contraintes exercées sur les individus (Aubert, de Gaulejac, 2007 ; Fansten, 2013 ; Lorient, 2000, 2009). Inévitablement ils orientent l'attention sur le changement des exigences, que celles-ci soient caractérisées en termes de pressions macro-sociales ou d'intensification de l'auto-contrainte. A cet égard, l'extension des

expressions du pathologique élargit la question des inégalités d'accès à l'individualité « positive » (Castel, 2001) que représente la capacité d'agir (Ehrenberg, 2010).

- 9 Plus largement cela nous autorise à interroger les processus de distinction et de reconnaissance des nouveaux troubles, et avec eux les contextes et les modes d'énonciation des maux, des plaintes. Il devient question pour reprendre les termes de Ian Hacking de déterminer la « niche écologique » des maladies mêlant à des logiques de production et d'usages des catégories médicales, des logiques de sens : ainsi de la « polarité morale » nécessaire à la définition de la maladie, l'inscrivant quelque part entre la « vertu » et le « vice », mais aussi de sa « fonction de soulagement » (Hacking, 2002).
- 10 Dans ce contexte, la levée des sentiments de culpabilité ou de honte associés aux troubles mentaux a constitué une large revendication à laquelle répond précisément aujourd'hui la biologisation des états déviants par rapport à la norme du bien-être physique, mental et social. Néanmoins, plutôt que considérer que les neurosciences viennent se substituer à la lecture psychanalytique – de fait attaquée là où elle revendique sa spécificité (Fansten, 2006) –, c'est en termes d'arrangements et de bricolages plutôt que d'opposition systématique qu'il convient de rendre compte des nouvelles pratiques (Garnoussi, 2011, 2012).

Subjectivité et visibilité des troubles

- 11 Il s'agit de s'interroger d'une part sur les conditions d'expression et de visibilité sociale des troubles nouveaux, en ce sens qu'ils introduisent un effet de rupture avec des pathologies reconnues et des catégories établies, et d'autre part sur les directions empruntées par les acteurs pour en imposer la définition. On contournera ainsi la question de savoir si l'on souffre « plus » aujourd'hui, mais on s'intéressera aux manières de ressentir et de dire la maladie ou le mal-être. Le pathologique se définit de plus en plus à partir du *récit* de l'expérience subjective : si la souffrance psychique est ainsi devenue emblématique du « monde psy » (Dodier et Rabeharisoa, 2006), c'est aussi suivant des modalités d'expression spécifiques propres à l'économie affective de nos sociétés (Élias, 1975), soit un certain agencement des sentiments et des émotions établissant la façon d'être un sujet dans le monde.
- 12 L'extériorisation du vécu fait donc incontestablement autorité – celui de la souffrance tout particulièrement –, dès lors qu'elle répond à un certain nombre de critères déterminant sa cohérence et son acceptabilité sociale. Nous en distinguerons plusieurs dont nous pensons qu'ils sont centraux : celui tout d'abord du caractère d'authenticité de l'expérience qui va avec la place donnée à la communication du ressenti individuel sur les différentes scènes : privée, associative, thérapeutique, politique... Celui par ailleurs de l'engagement dans un travail sur soi, pilier de la figure du patient, du malade ou de l'usager actif. Travail sur soi qui loin de se restreindre à un domaine particulier de pratiques, celui des thérapies psychologiques en premier lieu, s'envisage au travers de dispositifs et d'activités pluriels. La sociologie de la réflexivité notamment (Beck, 2001 ; Giddens, 1994) a dégagé de la modernité individualiste la règle de production de l'identité individuelle suivant des logiques à la fois pratiques et discursives, qui constituent tant des repères pour le sujet et la conduite de son existence ordinaire que des moyens d'adaptation aux flux des contraintes façonnant le réel contemporain. La *participation positive* à la vie de la communauté posée comme

indicateur et condition de la bonne santé mentale définie par l'OMS constitue très certainement l'aiguillon du mouvement que le sujet vulnérable est appelé à rejoindre.

- 13 Enfin, l'objectif de guérison participe de cette nouvelle normativité Longtemps mis en tension avec le processus de formation et d'évolution des troubles mentaux – tout au moins par les orientations d'inspiration analytique –, il est réhabilité dans le champ de la santé mentale, il est même devenu le signal fort d'un volontarisme optimiste se voulant partagé par les professionnels, les patients et leur entourage – et identifiable en amont dans le langage des politiques publiques pour la santé mentale. Aussi la construction de l'urgence autour de la prise en charge des troubles mentaux remet-elle en cause leur distinction d'avec les grandes maladies de notre temps, - le cancer, le VIH-sida –, pour reposer le problème en termes de stigmatisation, de défaut d'inclusion des personnes atteintes, et de méconnaissance des bonnes pratiques.
- 14 Quoiqu'il en soit, ces normes convergent vers la représentation d'une individualité vulnérable mais reconnue dans sa capacité à se transformer positivement. De ce point de vue, l'expérience du trouble mental est bien une « épreuve » au sens où l'entend D. Martucelli, dont le dépassement ou la résolution incombe à l'individu tout en restant un « défi(s) historique(s) socialement produit(s), inégalement distribué(s) [...] » (2009:25). En fournissant un langage qui simultanément encourage et standardise l'expression des subjectivités affectées - dont témoigne l'extension des étiquetages bio-psycho-médicaux des mal-être, le paradigme de la santé mentale est exemplaire de la fabrique sociale de l'individu singulier d'une part et, d'autre part, de la visibilité à l'échelle individuelle de la trame du social.

Présentation du dossier

- 15 Ce dossier² regroupe des contributions qui explorent des processus précis de construction, de légitimation, de catégorisation ou de requalification de troubles. Ces processus sont l'occasion de controverses, de négociations ou de consensus qui éclairent les pratiques thérapeutiques, les stratégies des acteurs tout autant que les injonctions normatives qui pèsent sur leurs expériences et leurs demandes.
- 16 La catégorie récemment instituée de « handicap psychique » est exemplaire du processus de construction de problématiques et de maux dont les acteurs pensent qu'ils nécessitent d'être spécifiés. François Chapiro revient sur cette « conquête sociale » qui a été celle de deux associations, l'Unafam et la FNAP-Psy, associées à des professionnels, dont l'enjeu a été de « faire exister une population » et d'en faire de la sorte une cible des politiques publiques. Cette opération de distinction du handicap « mental » a selon lui conduit à la définition, consensuelle et non polémique, du handicap psychique parmi les « nouveaux troubles », bien que ses contours restent très flous. En effet la détermination de l'« origine » de ces troubles est particulièrement délicate et ne permet pas d'asseoir une définition stable. Par conséquent, ce sont davantage la gravité et les conséquences d'un ensemble de troubles psychiques que le « handicap psychique » va permettre de faire surgir. De fait, les acteurs mettent en avant des situations diversifiées, exigeant des réponses ajustées aux besoins des individus concernés. Par opposition à la « fixité supposée du handicap mental », plusieurs caractéristiques du handicap psychique seront dégagées, témoignant des nouvelles conceptions de la santé mentale plaçant l'accent sur l'impact des troubles sur la qualité de l'existence. C'est ainsi par la « limitation » et/ou l'altération des capacités

indispensables au bien-être et à la réalisation de son existence sociale que le handicap psychique va pouvoir être pensé, menant pour F. Chapiro à une double victoire « symbolique » et « réelle ». Mais plus encore, il y voit une tentative de révolution de la logique spécifiquement française, cette dernière consistant à organiser les dispositifs d'aide et de soin en psychiatrie en fonction de pathologies différenciées et de groupes cibles. Cela soulève de cette manière une problématique saillante du passage de la psychiatrie à la santé mentale, relevant des tensions et des résistances qui s'inscrivent dans l'histoire propre aux institutions. Le « handicap psychique », en tant qu'il déplace le regard des entités pathologiques vers les souffrances psychosociales qu'elles génèrent, se heurte inévitablement à la philosophie dominante de sectionnement des réponses apportées aux problématiques relevant de la psychiatrie.

- 17 De fait, l'attention croissante portée aux limitations et, concomitamment, aux souffrances découlant non pas seulement du trouble mental en lui-même, mais de son statut et de ses prises en charge, représente un facteur puissant des requalifications des états psychiques. Cette réflexion est prolongée par l'article de Julien Jupille qui montre comment la lecture « déficitaire » façonnée par les neurosciences rencontre celle du handicap psychique au travers du « trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité » (TDA/H). En effet cette articulation semble pouvoir répondre à une double demande portée par les associations de parents : celle d'une part de la reconnaissance du statut de malade de leur enfant et d'autre part celle du développement de réponses thérapeutiques adéquates lui permettant de « fonctionner » dans la sphère familiale et éducative. C'est dans cette perspective que la médication, - par ailleurs si souvent décriée d'autant plus quand il s'agit d'enfants-, peut trouver sa véritable légitimité : loin d'être appréhendée comme un remède en soi elle doit permettre la mise en place d'un « travail sur la relation ». Néanmoins, les évolutions autour du TDA/H restent profondément liées au rejet de l'interprétation psychanalytique de l'hyperactivité ou de l'inattention, perçue comme culpabilisante pour les parents, questionnés sur leur autorité et leurs compétences éducatives mais aussi plus fondamentalement sur la qualité du lien à leur enfant. C'est donc bien plus en termes de pédagogies, d'apprentissage de « stratégies » des « gestion » des comportements problématiques que se forment les revendications des acteurs, rejoignant de la sorte la tendance de fond en santé mentale au pragmatisme suivant lequel prime l'action concrète sur les dysfonctionnements psychosociaux. Aussi ce que J. Jupille met en évidence est la finesse des usages et des négociations que les acteurs doivent opérer de la catégorie de TDA/H, pour déstigmatiser l'hyperactivité, tout en accédant à un ensemble de compensations sociales. De telle sorte qu'ici, la catégorie de handicap psychique est investie non pour étiqueter l'hyperactivité et l'inattention - ce que les associations refusent -, mais pour faire reconnaître des troubles des apprentissages afférents au TDA/H, justifiant l'accès à des dispositifs dédiés. A ce titre, cet article permet de souligner que le renouvellement actuel des lectures des troubles mentaux traduit par la tendance à leur naturalisation est indissociable des effets pratiques qu'en apprécient les acteurs.
- 18 Les analyses proposées par Arnaud Alessandrin donnent à voir d'autres négociations auxquelles sont contraints les acteurs afin de concilier différents impératifs sanitaires et moraux. La souffrance psychique peut aussi être au centre de controverses que suscite la complexité définitionnelle de certains états dont le caractère pathologique est polémique. C'est le cas exemplaire de la « transidentité » et de ses requalifications que l'auteur analyse au prisme des nomenclatures psychiatriques et des

argumentations successivement déployées au sein du monde médical et du monde associatif. Exploitée au sein de ces différentes arènes, la notion même de « souffrance psychique » est ici polémique. Dans une période relativement courte, les glissements de la catégorie de transexualité à la dysphorie puis à la non-congruence de genre, ont témoigné de la tension majeure entre deux logiques conflictuelles : d'une part celle de la lutte des acteurs pour que soient déstigmatisés les transsexuels et d'autre part celle de la défense et du maintien du remboursement des opérations chirurgicales. Or de ce déremboursement dépend étroitement la reconnaissance de la « souffrance cliniquement significative » qui maintient la transidentité dans le champ de la psychiatrie. Si dans les années 80, « l'offre protocolaire rencontre la demande transidentitaire », prédomine aujourd'hui le dilemme à la fois moral et pratique que pose l'aspiration à dépathologiser des états dont, paradoxalement, la normalisation nécessite la médicalisation.

- 19 Sur un terrain bien différent, celui des controverses autour des traitements par substitution aux opiacés, Lise Dassieu dégage également les enjeux moraux que véhicule la constitution de la toxicomanie en trouble mental. Dans les années 2000, la « conversion » à l'addictologie impulsée par les politiques publiques n'a pas homogénéisé pour autant les conceptions distinctes des causes et des mécanismes profonds des conduites traitées. L'apparition d'une nouvelle pluralité des dénominations utilisées par les acteurs donne à voir la confrontation de différents « paradigmes » et « référentiels », dont L. Dassieu montre qu'ils témoignent plus largement de visions du sujet et de son identité. Longtemps la psychanalyse en a été la voix légitime, définissant la « toxicomanie » comme « symptôme » d'un mal dont le traitement ne pouvait résider que dans une thérapie par la parole. Ainsi pour les psychanalystes, la substitution présente le danger d'une interférence avec la relation thérapeutique, en même temps qu'elle conduirait à une vision réductionniste. Un autre « référentiel » participe aussi de l'opposition à la substitution, qui y voit une forme plus insidieuse de contrôle social auquel ils opposent une logique de réduction des risques favorisant la figure, responsable, du « consommateur citoyen ». Si le « compromis » a fini par s'installer au sein des dispositifs de soin, l'auteure dégage en revanche la difficulté que pose auprès des professionnels chargés de la prescription des traitements, et plus particulièrement des médecins généralistes, l'« instabilité définitionnelle » de la toxicomanie, tout à tour « souffrance psychique », « pratique sociale » et « trouble psychiatrique ».
- 20 C'est aussi au carrefour du discours des experts et des préoccupations morales que les troubles représentatifs de la « douleur corporelle inexplicable » gagnent en visibilité. Cristina Ferreira analyse certaines de ces nouvelles configurations au travers de deux diagnostics ayant conduit au sein de l'univers médico-légal à une jurisprudence spécifique : celui de la fibromyalgie et celui du trouble somatoforme douloureux, qui à partir des années 1990, viennent motiver des demandes de rentes d'invalidité de la part d'individus devenus inaptes au travail. En l'absence d'explications précises sur l'origine de ces douleurs physiques, d'autres critères doivent être mis en avant pour justifier la réparation. Grâce aux études de cas mobilisés par l'auteure, on peut voir que si la reconnaissance de l'authenticité de la souffrance consiste le plus souvent à en faire une traduction physique d'un état dépressif profond, elle en vient simultanément à mobiliser des arguments relevant du registre moral. En effet sont décisives dans ce cadre les « qualités personnelles » du demandeur : la « volonté » que celui-ci va manifester, en d'autres termes sa lutte contre sa propre incapacité, pourra de cette

manière compenser la difficile objectivation des causes. C'est en suivant ce fil conducteur de la morale que l'auteure voit dans la fibromyalgie et le trouble somatoforme douloureux des héritiers de la sinistrose, « névrose de rente », dont la connotation extrêmement négative a motivé son retrait du vocabulaire médical. Aujourd'hui, la douleur médicalement inexplicable impose une perspective « compréhensive » de la plainte, et simultanément « pragmatique », à visée de rétablissement, que se partagent les interprétations d'inspiration psychanalytique et celles d'orientation cognitivo-comportementales. Mais comme pour la sinistrose, l'enjeu de la distinction des « invalides authentiques » qui guide véritablement l'expertise et qui justifiera la décision juridique : finalement, l'auteure démontre que, « contre la vague montante de l'invalidité psychique », c'est une politique restrictive qui s'impose, limitant la réparation des troubles « sans étiologie claire ».

- 21 Les recompositions induites par les nouveaux symptômes et catégories diagnostiques rejoignent les transformations de l'expérience de la maladie ou de la détresse. À l'appui d'une correspondance entre deux patients grecs ayant reçu le diagnostic de « psychose maniaco-dépressive », Manolis Tzanakis analyse ainsi comment leur façon de gérer leur « soi souffrant » constitue une transposition du « devoir moral » que constitue l'autonomie. Au travers de la manière dont ces patients restituent les différentes étapes de leur parcours – à l'intérieur puis à l'extérieur de l'institution psychiatrique –, c'est l'exercice de la réflexivité individuelle que l'auteur dégage, rappelant de ce fait que l'expérience de la maladie psychiatrique est soumise aux mêmes règles que l'expérience sociale « normale ». Il y voit plus précisément l'acquisition de « compétences » liées au contrôle et à l'auto-surveillance, qui démontrent le caractère dynamique et négocié des étapes par lesquelles passent les malades. En témoigne leur rapport aux médicaments, mais aussi plus largement la gestion de l'ensemble des activités, y compris très ordinaires, qu'ils accomplissent en vue de l'acquisition d'un état de santé caractérisé par l'« équilibre », par la « mesure » et la maîtrise des « émotions ». De cette manière, c'est toute la surface de l'existence, non pas seulement celle de la maladie suivant sa définition médicale, qui devient la matière d'un travail sur soi. Ici on voit bien comment la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, qui a opéré en Grèce comme ailleurs en Europe, a conduit au développement des pratiques psychothérapeutiques s'occupant du « sujet souffrant », de l'« usager », du « client » et de leurs souffrances « psychosociales ». Comme le souligne M. Tzanakis, ce qui constitue une traduction de la « condition du risque » exigeant des individus qu'ils développent et mobilisent leurs ressources, est entré dans une phase de crise qui en met en avant les limites.
- 22 Le façonnage social de l'individualité « positive » s'opère aussi via de nouvelles pratiques thérapeutiques qui réactivent l'idéal d'une science « de pointe » de la psyché humaine. Les neurosciences cognitives sont pourvoyeuses depuis une vingtaine d'années d'une lecture explicative des troubles psychiques qui en resituent les causes dans une réalité matérielle, celle du cerveau. Ce changement de paradigme, généralement associé à une défaite concomitante de la psychanalyse face à la demande de résolution pragmatique de la « souffrance psychique », est ici décrypté par Margot Morgiève et Xavier Briffault, via l'ethnographie de la fabrique du Trouble obsessionnel compulsif (TOC) moderne au sein d'un laboratoire. Les auteurs assument ici une posture particulière, fondée sur la participation observante de M. Morgiève à la vie du laboratoire en tant que psychologue clinicienne, confrontée à tout le processus d'élaboration et d'évaluation des données à partir desquelles le TOC est circonscrit et

rapporté à sa réponse thérapeutique « naturelle »: la Thérapie Comportementale-Cognitive (TCC). Cette description des logiques d'administration de la preuve, fondées sur les méthodes propres à l'Evidence-Based Medicine, est ici constamment liée au souci de mettre en évidence l'émergence d'un nouveau sujet, non plus troublé « en raison d'un ajustement problématique à des mécanismes psychiques et moraux », mais malade d'un « dysfonctionnement cérébral ». Ainsi, en rendant compte de la disparition de la « névrose obsessionnelle » au profit du TOC, les auteurs confrontent au sujet du conflit moral celui du sujet « victime » de symptômes dont la résolution ne dépendrait plus désormais que de l'affinage constant de l'imagerie cérébrale : il n'est plus nécessaire que le patient dise « ce qu'il a dans la tête ; on peut le voir ». C'est par cette opération de naturalisation, de cérébralisation de l'esprit, que les auteurs identifient les fondements d'une « neuroscience de la psychothérapie », laquelle ne devrait par conséquent se réaliser sans l'affirmation d'une « nouvelle espèce » redéfinissant la forme et les finalités du travail de modification de soi.

- 23 Enfin, l'une des questions fondamentales que ce dossier entend soulever est celle des choix méthodologiques et conceptuels qui orientent l'appréhension des nouvelles problématiques de santé et de santé mentale dans les sciences sociales. S'en saisit ici Maryvonne Charmillot, qui réexamine le problème de l'inféodation des sciences sociales au paradigme biomédical au travers de deux catégories : celle de « maladies délaissées » et celle de « maladies émergentes », recouvrant des pathologies dont les inégalités de traitement et de considération interrogent précisément les logiques de construction des objets scientifiques. S'appuyant sur ses propres travaux et d'autres études de cas, l'auteure analyse les enjeux politiques et économiques engagés autour de la qualification des maladies et en pointe l'impact sur les critères et les catégories que les sciences sociales mobilisent à leur tour. Ainsi du Sida et de la fièvre Ebola, « mises en concurrence » en Afrique Centrale, ayant fait l'objet de réponses très distinctes : tandis que l'épidémie Sida avait cristallisé les préoccupations des politiques publiques, la seconde, elle, a souffert de l'assimilation des pathologies atteignant les populations des pays les plus défavorisés à des fléaux éloignés du domaine de priorités et d'actions des occidentaux. Exemples également de l'inégalité de traitement des maladies sont les maladies négligées, « sans avenir » tant est faible l'intérêt pour celles-ci de la recherche scientifique. Ce désintérêt, ou cette méconnaissance parfois, est là-encore liée aux caractéristiques sociales des populations qu'elles touchent massivement : maladie des plus pauvres, la tuberculose est d'autant plus délaissée qu'elle ne suscite plus d'innovation clinique. Quant à la drépanocytose, vulgairement désignée « maladie des noirs », sa reconnaissance suppose qu'elle soit dé-racialisée. Chacun de ces cas souligne combien l'investissement, des politiques comme des chercheurs, dépend de l'estimation du coût des maladies, de leur potentiel, en termes de recherche scientifique, et des représentations sociales dont elles font l'objet. En montrant que les orientations de la recherche en sciences sociales dépendent de leur résonance potentielle dans le champ de la santé publique, donc de leur complémentarité avec ses logiques de catégorisation, M. Charmillot replace au centre du débat la question de la finalité de nos savoirs. A cet égard elle défend une perspective constructiviste imposant de déconstruire les objets constitués par le savoir médical, et, dans cette optique, d'en revenir aux « contextes de production » des phénomènes.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT N., de GAULEJAC V. (2007), *Le coût de l'excellence*, Paris, Seuil.
- BECK U. (2001), *La Société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier.
- CALLON M., P. LASCOUMES P., Barthe Y. (2001), *Agir dans l'incertain. Essai sur la démocratie technique*, Éditions du Seuil, Paris.
- CASTEL R. (1981), *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Minuit.
- CASTEL R., HAROCHE C. (2001), *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard.
- COLLIN J., SUISSA A. J., 2007, « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, 2, 25-33.
- CONRAD, P. (2005). « The Shifting Engines of Medicalization », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, n°1, 3-14.
- DEJOURS C. (1998), *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.
- DEMAILLY L. (2013), « La santé : affaire privée? affaire publique? De la domination dans la santé à la domination par la santé », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie* [En ligne], 8.
- DODIER N., RABEHARISOA V. (2006), « Les transformations croisées du monde 'psy' et des discours du social », *Politix*, 73, 9-22.
- EHRENBERG A. (2010), *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob.
- ELIAS N. (1991), *La société des individus*, Fayard.
- FANSTEN M. (2006), *Le divan insoumis. La formation du psychanalyste : enjeux et idéologies*, Paris, Hermann.
- FANSTEN M. (2013), « Se retirer dans une société de communication. L'exemple du hikikomori », in Lepastier S. (dir.), *L'incommunication*, Paris CNRS Editions, Essentiel Hermès, 71-88.
- FOUCAULT M. (2004 a.), *Sécurité, Territoire, Population*, [STP] « Leçon du 1^{er} février 1978 », éd. Seuil/Gallimard, coll. « Hautes études », Paris.
- FOUCAULT Michel (2004 b.), *Naissance de la biopolitique*, « Leçon du 7 mars 1979 », éd. Seuil/Gallimard, coll. « Hautes études », Paris.
- FRANCES A. J. (2013), *Saving Normal. An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, New York, HarperCollins Publishers.
- GARNOUSSI N. (2011), « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psychospirituels dans la médecine mentale », *Sociologie*, 3, 2 : 259-275.
- GARNOUSSI N. (2012), « La dépression, maladie comme une autre ? Logiques de redéfinitions de la dépression et du vécu dépressif », *Lien Social et Politiques*, 67, 17-32.
- GIDDENS A. (1994), *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan.
- HACKING I. (2002), *Les fous voyageurs*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.

- HEALY D. (2011), *Mania. A Short History of Bipolar Disorder*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- KUHN T (1983), *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, pour la trad. Française.
- LORIOU M. (2000), *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Paris, Anthropos.
- LORIOU M. (2009), Souffrance et stress au travail, *Les Cahiers Français*, n° 353, pp. 62-65.
- MARTUCCELLI D. (2009), « Qu'est-ce qu'une sociologie de l'individu moderne ? Pour quoi, pour qui, comment ? », *Sociologie et sociétés*, vol. 41, 1, 15-33.
- MAUDET G. (2002), La « démocratie sanitaire »: penser et construire l'usager, *Lien social et Politiques - RIAC*, 48, Automne, 95-102.
- OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Santé mentale et emploi, Éditions OCDE.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), (2001), *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 - La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), (2008), *Politiques et pratiques en matière de santé mentale en Europe*, Genève, OMS.
- RAVENEAU G. (2009), « Psychologisation et désobjectivation des rapports sociaux dans le travail social aujourd'hui », *Journal des anthropologues* [En ligne], 116-117.
- SICOT F.(2001), *Maladie mentale et pauvreté*, Paris, L'Harmattan.
- VRANCKEN D., MACQUET C. (2006), *Le travail sur soi, vers une psychologisation de la société ?*, Paris, Belin.

NOTES

1. Ce dossier s'inscrit dans le prolongement des réflexions et des échanges du colloque « Nouveaux troubles et pathologies émergentes: quels objets, quelles méthodes, quels concepts pour les sciences sociales de la santé et de la santé mentale ? », organisé par les deux auteures, à l'Université Paris Descartes les 30 et 31 janvier 2013. Il a reçu le soutien financier de la MSH-Paris Nord.
2. Coordonné par Maïa Fansten et Nadia Garnoussi.

AUTEURS

MAÏA FANSTEN

Maître de conférences en sociologie, Université Paris Descartes, Cermes3,
maia.fansten@parisdescartes.fr

NADIA GARNOUSSI

Maître de conférences en sociologie, Université Charles de Gaulle-Lille3, CeRIES, membre du bureau du RT 19, nadia.garnoussi@univ-lille3.fr