HAL
open science

What (getting people to) talking means. Methodological and epistemological issues in psychiatric illness narratives

Nicolas Henckes, Nicolas Marquis

To cite this version:

Nicolas Henckes, Nicolas Marquis. What (getting people to) talking means. Methodological and epistemological issues in psychiatric illness narratives. Anthropologie et Santé, 2020, 20, 10.4000/anthropologiesante.5821 . hal-03032537

HAL Id: hal-03032537

https://hal.science/hal-03032537v1

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.

Anthropologie & Santé
Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

20 | 2020
Les vies de la psychiatrie et la reconfection de l'ordinaire

Ce que (faire) parler veut dire. Enjeux méthodologiques et épistémologiques des récits de maladie en psychiatrie

What (getting people to) talking means. Methodological and epistemological issues in psychiatric illness narratives

Nicolas Henckes et Nicolas Marquis

Édition électronique
URL : https://journals.openedition.org/anthropologiesante/5821
DOI : 10.4000/anthropologiesante.5821
ISSN : 2111-5028

Éditeur
Association Amades

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

Référence électronique
Nicolas Henckes et Nicolas Marquis, « Ce que (faire) parler veut dire. Enjeux méthodologiques et épistémologiques des récits de maladie en psychiatrie », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 20 | 2020, mis en ligne le 15 mai 2020, consulté le 19 janvier 2022. URL : http://journals.openedition.org/anthropologiesante/5821 ; DOI : https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.5821

Ce document a été généré automatiquement le 19 janvier 2022.

Anthropologie & Santé est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Ce que (faire) parler veut dire. Enjeux méthodologiques et épistémologiques des récits de maladie en psychiatrie

What (getting people to) talking means. Methodological and epistemological issues in psychiatric illness narratives

Nicolas Henckes et Nicolas Marquis

Introduction

1 Tout sociologue ou anthropologue s'y étant essayé le confirmera : conduire un entretien avec des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves est d'une rare complexité. Interviewés oscillant entre mutisme et logorrhée, désinvestissement ou surinvestissement de la situation, descriptions extrêmement pratiques et moments de délire mystique, dialogue suscitant incompréhension ou, *a contrario*, sensation de proximité exacerbée chez le chercheur… : ces difficultés font immanquablement naître un malaise chez celui-ci. Qu'est-on, au juste, en train de faire dans cette situation ? Comment va-t-on pouvoir analyser ce discours ? Ce malaise est encore renforcé par le parcours du combattant qu'il aura fallu affronter pour obtenir ces données : passage devant des comités d'évaluation éthique, difficulté à obtenir l'accord de la personne et à organiser le rendez-vous… Compte tenu du coût de l'entreprise, il faudra bien *faire quelque chose* de ces entretiens.

2 En dépit des nombreux travaux publiés ces dernières décennies à partir ou sur des discours de personnes souffrant de troubles psychiatriques, les sciences sociales offrent peu de repères face à ces difficultés. La quantité et la qualité des comptes rendus détaillés et sensibles d'entretiens rapportant des propos étranges, inattendus ou cryptiques, contrastent avec le caractère embryonnaire des réflexions sur le statut

épistémologique de ces étrangetés et sur leurs implications. Plutôt que de questionner ce que ces discours font aux sciences sociales, la tendance semble plutôt de les inscrire dans le cadre rassurant d'une méthodologie d'enquête classique – il s'agirait d'un type d'entretien parmi d'autres –, comme si, pourrait-on dire, de rien n'était. Ce constat est d'autant plus problématique que la parole des personnes souffrant de troubles psychiques a acquis aujourd'hui une valeur considérable : sur le marché des discours sur la maladie mentale, les soins psychiques, la recherche et les politiques de santé mentale, celle-ci est en effet devenue pour elle-même un bien précieux. Elle fait l'objet de colloques et publications parées d'un prestige scientifique et moral particulier (Woods, 2012), elle est financée et célébrée, voire professionnalisée dans les comités d'experts et conseils d'administration, elle est au centre d'un marché de tests et de questionnaires sans lesquels le travail clinique ne pourrait pas se faire, et elle est donc également devenue une donnée essentielle à toute recherche sur les maladies psychiques.

3 Notre discussion se situera sur un plan épistémique, laissant volontairement de côté les aspects moraux et éthiques qui, au-delà de leur pertinence intrinsèque, ont tendance à être l'unique prisme de réflexion sur le statut de la parole des patients. Nous ne chercherons pas non plus à aborder l'ensemble des questions épistémiques soulevées par ces discours : il faudrait pour cela déployer notamment des cadres d'analyse empruntés à la sociolinguistique, à la philosophie du langage ou encore aux sciences sociales, ce que le format de cet article ne permet pas. Nous nous contenterons d'examiner une série de questions rencontrées au cours de nos propres expériences de recherche[1] : comment et pourquoi recueillir des discours de patients de la psychiatrie ? Quelle est leur plus-value épistémique ? Comment prendre en compte les conditions de production de ces discours dans leur analyse ? Encore ne chercherons-nous pas à apporter des réponses définitives à ces questions : plus modestement c'est clarifier les termes du problème que nous visons.

4 Si ces questions intéressent toute la socio-anthropologie de la santé, elles prennent une acuité particulière sur le terrain de la maladie ou de la santé mentale pour au moins deux raisons. La première est, comme l'exprime parfaitement Livia Velpry, que « les personnes souffrant de troubles mentaux graves occupent une place à part dans les disciplines qui se penchent sur le langage » (Velpry, 2008 : 220). La mobilisation du discours des personnes souffrant de troubles mentaux soulève nécessairement la question de savoir s'il est ou non de même nature et doit ou non être traité de la même façon que des discours de personnes souffrant d'autres pathologies. La position que nous défendons est qu'il y a bien une spécificité de ce discours, et que les présupposés classiques des sciences sociales peuvent s'en trouver remis en question. Plus spécifiquement, si nos observations sur le désintérêt de nos enquêtés pour la situation d'entretien peuvent rejoindre celles faites par d'autres auteurs sur la distance, entretenue par certains groupes sociaux, à la norme de l'intentionnalité organisée (Girola, 1996), nous suggérons que le cadre psy[2] permet de déployer d'autres moyens pour en rendre compte et y faire face.

5 La seconde raison tient au fait qu'il existe, dans les mondes de la santé mentale, des disciplines qui ont une parole légitime sur le statut de ce discours : les disciplines psy, au sens large. Celles-ci offrent des réponses, à partir de leur système de pertinence, aux questions de la signification, des raisons pour lesquelles les personnes disent ce qu'elles disent, et surtout de la façon de distinguer dans ces discours ce qui aurait un sens de ce

qui n'en aurait pas. Le chercheur en sciences sociales peut difficilement éviter la confrontation avec ces savoirs. Nous avançons ici qu'il est possible et même pertinent de les mettre au service d'une recherche en sciences sociales dans la mesure où le cadre analytique de celle-ci est préservé.

6 Dans une première partie, nous interrogerons ce qui caractérise l'entretien de sciences sociales en tant que situation sociale. Nous examinerons en particulier ce que la méthodologie du récit de maladie (*illness narrative*) suppose comme compétences, rôles et attitudes de ses différents protagonistes. La deuxième partie identifiera ce qui peut poser problème, dans cette situation, aux personnes souffrant de troubles psychiatriques. Nous mobiliserons pour cela les analyses développées dans un corpus d'écrits cliniques consacrés aux troubles psychotiques ainsi que certaines observations faites au cours de nos propres recherches auprès de personnes concernées. Avant de nous plonger dans cette analyse nous chercherons cependant à cerner les conditions dans lesquelles un dialogue entre sciences sociales et clinique est effectivement possible. Précisons enfin que nous nous servons dans cet article de la catégorie psychiatrique de psychose comme d'un modèle ou un prototype, et que les situations d'entretien auxquelles nous nous référons peuvent concerner des personnes indépendamment du diagnostic qui aura ou non été donné par un clinicien.

Les règles de l'entretien en sciences sociales

7 Comment caractériser l'entretien sociologique en tant que situation sociale ? Qu'appelle-t-il de ses protagonistes, des deux côtés de l'enregistreur ? Pour répondre à ces questions, nous nous appuyons sur une sélection de références puisées dans la littérature méthodologique francophone (Beaud, 1996 ; Beaud & Weber, 2003 ; Blanchet & Gotman, 2010 ; Savoie-Zajc, 2016). S'il paraîtra outrageusement limité, ce corpus a cependant l'intérêt de décrire de façon idéal-typique ce que nos disciplines considèrent comme un entretien bien mené. Il ne s'agit pas ici de discuter la pertinence de cet idéal-type, mais plutôt de nous en servir pour identifier les problèmes qui émergent lorsque l'on a affaire à des personnes souffrant de troubles mentaux graves.

8 L'entretien y est défini comme un événement de parole dans lequel une personne A extrait d'une personne B une information contenue dans sa biographie (Blanchet & Gotman, 2010 : 82). Plusieurs caractéristiques sont mises en évidence par les auteurs : c'est d'abord une situation artificielle, parce qu'elle peut pousser la personne interviewée à s'interroger sur des aspects de sa vie qu'elle n'aurait pas questionnés sans ce dispositif, mais aussi parce qu'elle est généralement amenée à partager des éléments intimes avec une personne à laquelle elle ne se serait pas ouvert autrement. C'est aussi une situation inégale, à double titre : les deux partenaires n'occupent pas la même position sociale (Beaud, 1996 : 239), et cette interaction se déroule au bénéfice exclusif de l'un des deux protagonistes, le ou la chercheure, qui en tirera des données pour ses publications – violant en cela l'intimité de l'entretien – et qui exerce généralement un ascendant sur l'interviewé dans la définition d'une série de paramètres importants (durée de cette interaction, thèmes abordés...). L'entretien est enfin une situation performative car il manie des symboles. Il peut l'être pour la personne interviewée qui, en racontant, se raconte aussi à elle-même, mais également parce qu'il y a, dans le jeu des échanges, co-construction d'un événement porteur d'un sens auquel intervieweur et interviewé attribuent un statut de vérité.

9 Partant de ces constats, les manuels proposent de nombreuses techniques pour améliorer la qualité des données. Elles visent pour la plupart à fluidifier l'interaction en abrasant les aspects potentiellement inhibants pour la personne interviewée : mettre ce dernier en confiance, donner de soi en exprimant intérêt et empathie, user de relances, bien gérer les silences ou encore limiter l'utilisation d'un guide d'entretien formel. Ces différents éléments sous-entendent que l'une des principales menaces qui pèsent sur l'entretien est justement liée aux trois caractéristiques susmentionnées : la personne interviewée pourrait ne pas s'y investir comme attendu (par manque de confiance, d'intérêt ou de compréhension, par exemple), ce qui ôterait tout bénéfice à l'exercice.

10 Au-delà, l'une des idées phares de cette littérature est le fait que les deux protagonistes de l'entretien doivent être capables de s'entendre sur les conditions de leur rencontre, ce que capte la notion de « contrat de communication ». Ce contrat stipule typiquement un ensemble de règles éthiques ou procédurales relatives à l'anonymat, à la volonté de ne pas nuire ou encore, pour la personne interviewée, à la possibilité de ne pas répondre à certaines questions. Mais il comporte aussi, et peut-être surtout, une série de règles moins explicites liées à la situation elle-même et établies au bénéfice du ou de la chercheure : la personne interviewée doit prendre au sérieux la situation et « jouer le jeu », elle ne doit pas tourner la situation à son avantage ou poursuivre ses propres buts et elle doit préférer la vérité au mensonge.

11 Cette conception classique et largement partagée de l'entretien tient pour acquis un point crucial : le fait qu'il est tout simplement possible pour les parties prenantes de s'entendre sur ce contrat, et plus largement de participer effectivement à la même situation ; autrement dit, que les deux parties disposent des *compétences* et surtout de *l'intérêt* pour que l'exercice soit mené à bien. Ainsi, si certains textes soulignent l'effort parfois considérable qu'il faut déployer pour conduire les personnes à jouer le jeu de l'entretien, ils suggèrent également que, pour autant que le ou la chercheure tienne son rôle et s'investisse elle-même, la personne interviewée en viendra à apprécier à son tour la situation et à trouver qu'elle lui importe, notamment parce qu'elle importe à son vis à vis (Beaud, 1996 : 236). De façon symptomatique, les auteurs des manuels sont bien plus préoccupés par les risques liés à un surinvestissement de l'entretien par la personne interviewée – ce qu'exprime la notion de la désirabilité sociale, c'est-à-dire le fait que les personnes interviewées peuvent être tentées de se présenter sous leur meilleur jour en fonction de ce qu'elles pensent être les critères d'évaluation du ou de la chercheure (Marquis, 2015) – que par celle de son désintérêt pour ce qu'elle dit.

12 D'un autre côté, les textes de notre corpus décrivent l'entretien sociologique comme un tissu mêlant données « objectives » et « subjectives » que le ou la chercheure aurait à trier pour en tirer le meilleur parti, en fonction de ce qu'il ou elle cherche. Ainsi Stéphane Beaud écrit-il que : « Pour mener un entretien ethnographique, il faut pouvoir recueillir des données objectives pour contrôler les données subjectives » (Beaud, 1996 : 241). De façon plus générale, l'idée est que les données ne seront pas appréciées de la même façon si, par exemple, il s'agit d'y repérer des éléments visant à nourrir la description d'une situation – par exemple comment les personnes gèrent telle ou telle conséquence de leur pathologie –, ou si l'intérêt se porte davantage sur des expériences vécues dont on rechercherait le sens pour les personnes. Cette distinction entre des éléments « objectifs » et « subjectifs » peut paraître peu subtile. Elle suggère toutefois qu'il est très difficile d'échapper à la question de savoir de quoi parle le discours des interviewés. En effet, le problème ne tient pas seulement à la

complexité voire à l'impossibilité de déterminer si un énoncé est « objectif » ou « subjectif », mais aussi et surtout au fait que l'on suppose, de façon optimiste, que l'intervieweur aura toujours une compréhension, fût-elle minimale, des propos tenus par ses interviewés. *A contrario*, le fait que l'enquêteur puisse se retrouver (presque totalement) démuni quant au statut ou à l'usage futur du discours récolté n'est pas évoquée dans ces manuels.

Le récit des personnes souffrant de maladie (mentale) : objet épistémique et politique

13 À ce stade de l'analyse, on ne peut passer sous silence l'investissement dont fait aujourd'hui l'objet le discours des patients psychiatriques, qui n'est de ce fait plus un objet de recherche comme les autres. Ce statut exceptionnel est du reste révélé par le terme spécifiquement mobilisé dans la littérature pour y faire référence : le récit de maladie. Les attentes à l'égard de ces discours sont telles que c'est l'ensemble du dispositif d'enquête qui en est infléchi : tout se passe comme si l'impératif de donner la parole aux personnes empêchait de questionner le statut épistémique de la situation qui permet de produire cette parole ; comme si devoir entendre ces personnes rendait cette situation et ce qu'elles ont à y dire automatiquement transparents.

14 La méthode du récit de maladie semble ainsi surdéterminée aujourd'hui. Trois séries de motivations pèsent particulièrement sur les enquêtes. Les premières sont d'ordre épistémique et partent du principe que les personnes elles-mêmes ont un savoir sur la maladie mentale qui peut contribuer à la connaissance scientifique, et éventuellement avoir des implications pour les actions menées auprès d'elles. Les approches psychiatriques herméneutiques inspirées de la phénoménologie ou de la psychanalyse ont été les premières à avancer cette idée, relayée ensuite par les sciences sociales à travers les concepts de « rôle » de malade, de « comportements de maladie », et surtout via les premières analyses des récits de maladie[3]. Le récit doit alors permettre d'interroger le sens que les personnes attribuent à ce qui leur arrive, et par là d'expliquer ce qu'elles font pour gérer la maladie.

15 La seconde série de motivations est d'ordre moral et met en avant les avantages que confère aux personnes le fait de voir leur discours (enfin) pris en compte dans une relation interpersonnelle. Produire un discours sur elles-mêmes leur permettrait de donner un sens à une « blessure de l'identité » (Marin, 2014 : 6) jusque-là incompréhensible et compromettant leur soi. Dans une perspective ricordienne (Ricœur, 1991), le récit de soi est, en particulier dans les troubles mentaux, une façon de (re)construire une identité narrative et une relation pleine de sens entre le soi et la maladie, voire plus fondamentalement une manière de retrouver une forme de dignité.

16 C'est au niveau politique que se situent le troisième ensemble de motivations, qui renvoient globalement à la notion de reconnaissance. Donner à entendre la parole des malades, parce qu'il s'agirait d'« acteurs faibles » (Payet *et al.*, 2008), permettrait de constituer du collectif à partir d'expériences individuelles éclatées, et par là d'aider les personnes à devenir des sujets non seulement moraux mais aussi politiques via la réappropriation collective d'une expérience dont ils auraient été dépossédés. L'enjeu est alors de contribuer à la formation d'un contre-pouvoir des personnes malades face

au « pouvoir psychiatrique » dans le champ de la santé mentale. Les notions d' *empowerment*, de capacité d'agir ou de démocratie sanitaire sont au cœur de ce projet.

17 Ces motivations sont bien sûr toutes défendables. Il nous semble cependant qu'elles font peser sur la recherche un poids tel qu'elles empêchent de prendre la juste mesure des incertitudes qui marquent les discours des personnes que nous interrogeons. On peut même penser que c'est l'importance de ces motivations qui justifie aux yeux de certains chercheurs de se dispenser de telles questions. Elles nous paraissent en tout cas expliquer la tendance de tout un pan de la littérature à accorder aux discours des personnes malades une forme de naturalité et de transparence de principe, et de ce fait non questionnable. Parce qu'ils seraient des produits immédiats des situations de maladie, lesquelles appelleraient en quelque sorte la narration, les récits de maladie seraient immédiatement intelligibles. Le sociologue Arthur Frank, auteur important de cette littérature, offre un exemple de cette posture :

> Les récits que font les personnes malades émergent de leur corps. Lorsque la maladie bouleverse les récits d'avant, le corps déclenche le besoin d'en créer de nouveaux. Qu'il soit encore malade ou guéri, le corps est à la fois la cause, le sujet et l'instrument de tous ces nouveaux récits. (Frank, 1995 : 3, notre traduction)[4]

18 Dans cette perspective, les personnes auraient besoin de produire des récits. La maladie est une rupture du cours normal des choses auquel le récit permet de redonner du sens. Même dans les récits « chaotiques », cette forme narrative est investie comme exprimant par elle-même un rapport à la maladie et au corps que le sociologue doit pouvoir déchiffrer. De la même façon, dans une importante revue de littérature publiée en 1997, Lars-Christer Hydén défend l'idée que « D'habitude, la maladie chronique [...] transforme les fondements mêmes de nos vies parce que la maladie crée des conditions de vie nouvelles et qualitativement différentes » (Hydén, 1997 : 52, notre traduction)[5]. La maladie affectant particulièrement le sentiment du temps, le récit de maladie réintroduirait donc une forme de continuité et, en dernière analyse, du sens dans l'expérience de la maladie. Dans l'ouvrage séminal d'Arthur Kleinman (1988) sur les *Illness Narratives*, la forme même du récit est là aussi naturellement justifiée par le fait que toute maladie a nécessairement un sens et que le symptôme n'est pas uniquement un événement biologique mais aussi fondamentalement un événement moral. En filigrane de ces différentes analyses se trouve ainsi l'idée, de nature autant morale qu'épistémique, que la situation de maladie permettrait d'accéder à une forme de rapport authentique à soi qui s'exprimerait directement, par exemple via l'entretien de sciences sociales, dans le récit de maladie et qui aiderait à dépasser le problème, pourtant essentiel sur d'autres terrains, de l'illusion biographique. Ce faisant, cette posture engage au moins deux autres présupposés.

19 Le premier est que la maladie, en tant qu'événement critique, conduirait à une sorte de dévoilement de la position morale, voire de la véritable identité des personnes concernées. Elle serait une voie d'accès, pour la personne elle-même et par conséquent pour le chercheur intéressé par son expérience, vers une authenticité (des intentions, des émotions...) qui reste d'habitude masquée dans les circonstances de la vie quotidienne. On ne peut que remarquer la façon dont cette idée résonne avec d'autres représentations sociales plus larges (par exemple sur l'idéal du potentiel caché en

chacun de nous ; voir Ehrenberg [2018]), et est ainsi très présente dans la littérature de développement personnel, notamment sur la résilience (Marquis, 2018).

20 Le second présupposé concerne la capacité du dispositif de mise en récit à donner accès à cette authenticité, en considérant par exemple que dans l'intimité de celui-ci s'expriment des choses qui ne peuvent se dire dans d'autres contextes (par exemple, des situations de prise de parole en présence de soignants ou d'autres experts disposant d'un pouvoir de décision). Or, l'entretien est toujours lui-même pris dans des situations particulières qui colorent ou orientent le discours qui y est récolté. Dans la plupart des dispositifs d'enquête, les chercheurs ont accès aux personnes souffrant de troubles mentaux par l'intermédiaire de cliniciens qui leur ouvrent, dans une certaine mesure, les portes de leurs services et de leurs archives. Plus encore, le contexte institutionnel pèse sur la façon dont est interprétée la situation d'entretien sociologique elle-même, et les chercheurs sont ainsi fréquemment confrontés à la nécessité d'expliquer à la personne interviewée qu'il s'agit d'autre chose que d'un entretien psychiatrique, sans pouvoir toujours préciser en quoi consiste cet « autre chose ».

21 Nous avons donc identifié à ce stade de la réflexion au moins quatre présupposés engagés dans la méthode du récit de maladie : les personnes interviewées disposent des compétences et de l'intérêt nécessaires pour que l'on puisse mener un entretien avec elles ; le chercheur pourra toujours, d'une façon ou d'une autre, comprendre et faire quelque chose du discours récolté ; le récit de maladie permet d'accéder à une forme d'authenticité du fait même de l'expérience de la maladie ; le dispositif dans lequel ce récit de vie est récolté doit faciliter l'expression de cette authenticité.

22 Pris ensemble, ces présupposés forment une anthropologie pratique du répondant, c'est-à-dire une façon de penser les caractéristiques sociales des personnes en tant que répondants, et une logique de la relation sociale. C'est précisément cette anthropologie que les enquêtes auprès de personnes souffrant de troubles mentaux peuvent mettre à mal puisque, comme le soulignent Alain Ehrenberg et Anne Lovell, « la difficulté réside dans le fait que la pathologie mentale touche ce qui constitue la dimension proprement humaine du vivant animal : l'intentionnalité (désirs, volonté, croyances, raison et raisons, etc.). La pathologie mentale désigne la désorganisation de cette intentionnalité » (Ehrenberg & Lovell, 2001 : 10). Autrement dit, la maladie mentale est par nature une mise en question du sujet moral du discours et par extension des relations sociales qu'il engage. C'est ce qui explique qu'elle remette en cause ces présupposés.

Sciences sociales et psychiatrie : ignorance mutuelle, assujettissement ou prise en compte ?

23 Même s'ils prétendent le contraire, les chercheurs en sciences sociales ne peuvent faire autrement que prendre position face aux lectures psychopathologiques du discours des personnes souffrant de troubles psychiques. Livia Velpry résume en une alternative les positions les plus fréquemment adoptées par les sociologues :

> Soit ils considèrent que les actions et les paroles de la personne étiquetée malade mentale relèvent du régime d'interprétation général, mais alors ils invalident d'une certaine façon le discours psychopathologique sur la maladie. Soit ils considèrent que ces

> actions et ces paroles relèvent d'un régime d'interprétation particulier, dont les caractéristiques sont définies par la nosographie et le discours psychopathologique devient alors un intermédiaire obligé, comme grille de lecture, pour y avoir accès. » (Velpry, 2008 : 33)

24 La première posture, qui consiste à ne faire aucun cas d'une éventuelle spécificité des récits de maladie mentale, présente deux variantes : soit, dans une sorte de constructivisme radical, le chercheur nie l'existence de la pathologie mentale (qu'il réduit à une « étiquette ») ; soit il la reconnaît tout en postulant qu'elle n'a pas d'effet sur son dispositif méthodologique. Dans les deux cas, le chercheur revendique de se passer de toute forme d'expertise « psy » : ces entretiens seront traités comme n'importe quel autre, sans modification de la méthodologie et de la théorie sociologique. Le travail de Livia Velpry, qui « pose une identité entre individus malades et non malades, plutôt qu'une altérité radicale » (Velpry, 2008 : 34), s'inscrit dans cette logique.

25 Si Livia Velpry présente son choix comme une « nécessité méthodologique », c'est sans doute en partie parce que l'alternative consistant à reprendre à son compte les catégories des professionnels de la santé mentale n'a aujourd'hui pas bonne réputation dans les sciences sociales. Cette attitude est en partie défensive : en dépit de l'autonomie que ces dernières ont acquise vis-à-vis des disciplines psy, elles tendent aujourd'hui encore à être reléguées dans une position ancillaire dans l'analyse de l'expérience de la maladie mentale : les chercheurs en sciences sociales pourraient rendre compte des « facteurs sociaux » à l'œuvre dans son expression, mais il leur serait impossible de développer une analyse portant sur la maladie elle-même, faute de disposer des clés de lecture psychopathologiques. La méfiance de certains chercheurs tient par ailleurs également à l'analyse, inspirée de Michel Foucault, selon laquelle nous vivons aujourd'hui dans un espace traversé par une tendance « naturelle » à mobiliser les discours psy (*a « psy-shaped space »*). Si elles devaient favoriser encore cette extension en les internalisant à leur tour, les sciences sociales se rendraient coupables de faciliter de nouvelles formes d'exercice du pouvoir sur les individus, car, comme l'écrit Nikolas Rose, « les nouveaux vocabulaires fournis par les sciences de la psyché permettent de traduire les aspirations au gouvernement en termes d'une gestion avisée des profondeurs de l'âme humaine » (Rose, 1989 : 7, notre traduction)[6].

26 Entre l'ignorance heuristiquement assumée des savoirs psy et la soumission à ceux-ci, des positions médianes sont cependant possibles. L'une d'entre elles consiste à donner une place, dans le dispositif méthodologique, à la possibilité que la maladie mentale bouscule les analyses des sciences sociales, sans pour autant remettre en cause leur capacité à développer un point de vue autonome sur la vérité du discours des personnes. Quel statut accorder alors aux discours psy ? Ils peuvent d'abord devenir des objets de recherche au même titre que ceux des personnes souffrantes (le prestige moral en moins) : le chercheur travaille sur ces discours, comme autant de données qui participent à la situation observée à travers les propos du patient. On pense ici évidemment aux travaux qui, appliquant strictement le principe de l'explication du social par le social, analysent les récits de maladie comme les produits de logiques institutionnelles[7].

27 Les discours psy peuvent ensuite devenir des éléments contre lesquels les chercheurs développent leurs propres analyses, en montrant par exemple qu'ils appauvrissent l'expérience des personnes et par là empêchent de les prendre véritablement au sérieux. Anne Lovell souligne ainsi l'influence des psys dans une représentation de la maladie mentale qui insiste sur « l'écartement de l'émotion, le déficit de l'interaction, et l'appauvrissement de l'agentivité et de l'intentionnalité » (Lovell, citée par Velpry, 2008 : 220).

28 Une troisième posture, plus minoritaire, consiste à ne pas remettre en cause les savoirs psy, voire même à les mobiliser pour résumer aisément un tableau symptomatique (par exemple, reprendre à son compte le diagnostic psychiatrique de « dépression ») tout en construisant une analyse de sciences sociales à côté de ces savoirs (voir par exemple Darmon, 2003 ; Jenkins, 2015).

29 Au-delà de leurs nuances, ces différentes postures partagent une sorte de malaise face à l'encombrante grille de lecture psy et leurs auteurs se sentent souvent obligés de donner des gages qu'ils ne la prennent pas trop au sérieux. Ce traitement plus ou moins constructiviste imposé à ces savoirs contraste ainsi avec la tendance à considérer le récit de maladie comme relativement évident. Or, comme l'ont fait observer il y a longtemps les études sociales des sciences, il n'y a pas de raison que nous échappions au soupçon d'une construction sociologique de l'expérience psychiatrique (Atkinson, 1995). Plus précisément, on peut se demander si cette attitude, bien que justifiable pour les raisons mentionnées plus haut, ne conduit pas à se priver de ressources permettant aux sciences sociales de mieux comprendre comment interroger ce qui se passe dans un entretien avec une personne atteinte de troubles psychiques graves.

L'entretien sociologique au prisme de la psychiatrie

30 Appréhender les savoirs psy comme un corpus monolithique n'a aucun sens : le champ est parcouru de lignes de tensions et de fractures opposant des conceptions très différentes de la maladie et des façons de l'explorer, par exemple entre neurosciences cognitives d'une part, et théories psychodynamiques de l'autre. Puisque l'entretien de sciences sociales est avant tout une interaction sociale qui comporte de ce fait une dimension morale, il nous est apparu pertinent de confronter les présupposés qu'il engage à des approches qui se concentrent précisément sur ce que la psychose[8]) « fait » au sujet moral et à sa façon d'entrer en relation.

31 Nous mobilisons pour ce faire les travaux de trois cliniciens : Louis Sass (2010), Marcel Sassolas (1997) et Darian Leader (2012). Ces auteurs viennent d'horizons théoriques divers : professeur de psychologie clinique à Rutgers University, Louis Sass propose une relecture philosophique et clinique du cas Schreber en s'appuyant sur Ludwig Wittgenstein ; Darian Leader est un psychanalyste anglais inspiré de Jacques Lacan ; Marcel Sassolas est quant à lui un psychiatre et psychanalyste français inspiré tant de Donald Winnicott que de l'antipsychiatrie. Ils ont cependant en commun d'aborder la psychose comme « une forme de vie », à rebours de la vision déficitaire très répandue dans la psychiatrie contemporaine qui n'y voit qu'un émoussement des compétences (cognitives, affectives...). S'ils insistent sur la nécessité d'en comprendre les spécificités, aucun d'entre eux ne conçoit la psychose comme une forme de vie totalement inaccessible. Au contraire, à la question de savoir s'il est « seulement possible pour qui ne serait pas schizophrène de se sentir en empathie avec cette forme de vie étrange, ou

de la comprendre » (Sass, 2010 : 23), les trois auteurs répondent qu'il existe bien une logique dans la psychose, dont la compréhension permet d'appréhender le trouble qu'elle jette sur le sujet moral et ses relations sociales.

32 C'est l'analyse de cette logique qui nous intéresse. Nous nous penchons sur la part la plus descriptive de leurs travaux, sans nous attarder sur leurs présupposés théoriques, même si nous avons conscience que ceux-ci informent nécessairement celle-là. Nous procédons en deux temps : après avoir dégagé trois caractéristiques qui nous semblent constituer une définition opératoire de la psychose en tant que forme de vie, nous en déduirons ce qui, dans la rencontre avec les personnes souffrant de cette pathologie, est susceptible de mettre à mal les présupposés engagés dans la méthode de l'entretien en confrontant cette lecture avec nos propres expériences de recherche.

Qu'est-ce que la psychose pour la clinique psychiatrique ?

33 La première caractéristique de la psychose telle que la décrivent les auteurs de notre corpus est que ses symptômes, qu'ils soient « positifs » (délires, production verbale) ou « négatifs » (retrait, silence...)[9] n'ont rien de gratuits et doivent être compris dans leur efficacité pour les personnes. Plus précisément, ils peuvent être décrits comme des tentatives pour celles-ci d'échapper à ce qui risquerait de les détruire. La menace qui pèse sur elles, dans la psychose, réside selon les trois auteurs dans tout ce qui « fait humain » : le désir, l'émotion, la perte, la relation sociale, etc. L'abolition de la charge émotionnelle, en particulier, est un symptôme négatif de la psychose sur lequel tous insistent. Marcel Sassolas définit ainsi la psychose comme un « exil hors de soi-même [...] dont la finalité défensive est l'engourdissement ou l'extinction de la vie psychique » (Sassolas, 1997 : 11-17). Les symptômes positifs, comme le délire, ont également pour fonction de permettre aux personnes de reprendre une forme de contrôle (même illusoire) sur ce qui les menace. Darian Leader écrit à ce propos : « en donnant une place au sujet, le délire l'extrait d'une position dans laquelle il ne fait que subir des événements brutaux, car ceux-ci ont désormais un but et un sens » (Leader, 2012 : 69, notre traduction)[10]. Par conséquent, il importe de considérer l'utilité fonctionnelle de ces traits et de ne pas chercher à entrer en confrontation avec eux.

34 Si l'on suit les trois auteurs de notre corpus, la psychose se caractérise aussi, en deuxième lieu, par le rapport qu'entretiennent les personnes à leurs symptômes. Les trois psys insistent sur le fait que ce qui signe le délire n'est pas tant l'exotisme de son contenu que la certitude inébranlable qui l'accompagne. De façon troublante, si les personnes peuvent sembler imperméables à toute remise en cause de leur délire (et par ailleurs se désintéresser totalement de ce qu'en pense autrui), elles peuvent aussi faire montre d'une relative distance, voire même d'une ironie par rapport à cette croyance. Cette distance peut se manifester dans ce qu'elles disent, mais aussi plus généralement dans leurs comportements quotidiens, lorsqu'un délire de grandeur – se savoir célèbre – peut très bien s'accommoder d'activités subalternes – faire la vaisselle. Les personnes seraient ainsi engagées dans une « comptabilité double », qui fait que même lors d'épisodes aigus, elles ont une conscience de la réalité de leur état, « d'après le sens commun » (Sass, 2010). Par conséquent, elles ne prennent pas leurs délires pour la réalité mais vivent bien dans deux mondes séparés.

35 Enfin, ce qui caractérise en troisième lieu la psychose est la conjonction entre une attention extrême portée à des détails insignifiants et une forme de désengagement

pratique. Le premier de ces deux traits s'apparente à ce que l'on peut appeler avec Ellen Corin « une perte des évidences naturelles », soit de « la compréhension pré-conceptuelle du monde et de soi sur laquelle les individus construisent des significations plus explicites » (Corin, 1990 : 159). Chez la personne souffrant de psychose, tout peut être important, avoir du sens ou se révéler menaçant. Le second trait est bien explicité par Louis Sass :

> Le monde délirant de quantité de patients, schizophrènes ou quasi, n'est pas, ainsi, le monde de chair et de sang, de l'action et du risque partagés, mais un monde vu de l'œil de l'esprit, où les émotions, autrui et même le propre corps du patient existent comme des phénomènes lointains ou purement subjectifs, simples produits fictionnels d'une imagination abstraite, dont le pouvoir est à la fois sans limites et sans incidences concrètes. (Sass, 2010 : 80)

36 Ce qui rassemble ces deux traits est le fait que les personnes abordent le monde extérieur à partir de leur seule conscience, comme si elles n'avaient aucune activité sensori-motrice, émotionnelle ou sociale. Pour citer encore Louis Sass à propos du monde vu de l'esprit du schizophrène : « la subjectivation est telle qu'agir pour de bon leur semble dépourvu de pertinence. » (Sass, 2010 : 82)

37 Il faut noter que ces trois caractéristiques, présentées ici de façon idéal-typique, ne se manifestent pas de la même façon ni avec la même intensité chez toutes les personnes ou, chez une même personne, à chaque moment : la psychose peut prendre des formes très variées selon les individus et par ailleurs alterner états de crise et périodes de stabilisation. Darian Leader insiste en ce sens : « La plupart du temps, une personne schizophrène parle comme n'importe qui d'autre. Ce n'est qu'à certains moments que cela change » (Leader, 2012 : 103, notre traduction)[11]. Il ne faut pour autant pas se fier à une apparence de normalité : « derrière la façade apparente de mutisme et d'indifférence, on pourrait bien observer une vie émotionnelle turbulente » (Leader, 2012 : 112, notre traduction)[12].

Jouer le jeu de l'entretien

38 Si l'on prend au sérieux ces caractérisations, mener un entretien avec une personne souffrant de psychose – situation par définition artificielle, inégale et performative – n'a rien d'une expérience anodine : c'est l'ensemble des présupposés de la méthode qui sont remis en cause par la maladie. Revenons d'abord sur les deux premiers d'entre eux, à savoir d'une part la capacité et l'intérêt des personnes à jouer le jeu de l'entretien, et d'autre part celle du chercheur à savoir que faire du discours récolté.

39 Selon nos auteurs, c'est, pour les personnes souffrant de psychose, l'agencement entre le discours et la réalité qui est remis en cause. Par extension, la psychose défait le lien entre ce que la personne pense d'elle-même et ce (qu'elle pense de ce) qu'autrui pense d'elle-même. Le délire, et en particulier le fait qu'il soit appréhendé comme une expérience absolument vraie, aurait pour effet que les personnes psychotiques ne connaîtraient ni conflit entre discours et vérité, ni besoin d'expliciter ce qu'elles pensent ou vivent. Autrement dit, le sentiment d'absolue certitude éprouvé par ces personnes les dispenserait de rechercher une meilleure adéquation entre les mots qu'elles utilisent et les réalités que ceux-ci qualifient. Elles peuvent vouloir garder cette

certitude pour elles ou la partager avec le monde. Par ailleurs, elles peuvent très bien admettre être les seules à croire ou entendre quelque chose, et penser qu'il est tout à fait normal que les autres personnes ne les comprennent pas, puisqu'elles sont les seules concernées par cette situation.

40 Louis Sass caractérise ainsi la psychose comme un quasi-solipsisme : les personnes qui en souffrent seraient tellement imbues de leur centralité qu'elles seraient incapables de décentrement et d'empathie (Sass, 2010 : 70). Selon cette caractérisation, ces personnes expriment une forme de désintérêt pour la communication avec autrui (l'accord, la dispute, la discussion sur les critères qui font que l'on peut appeler ceci une réalité objective ou une colère ou autre chose encore) comme pour le fait d'être comprises : « L'accord d'autrui n'est pas plus pertinent pour une expérience qui, de façon assez paradoxale, est, par un côté, absolument privée, et, par un autre, plutôt universelle… » (Sass, 2010 : 73).

41 Nos propres expériences de recherche tendent à confirmer la pertinence de ces observations. Certains de nos interviewés semblaient considérer la situation d'entretien comme complètement extérieure, répondant à nos questions de manières contradictoire sans pour autant s'en formaliser outre mesure, exprimant une attitude de désintérêt (« *prenez ça comme vous voulez* »), ou se limitant à des énoncés extrêmement vagues (« *oui, peut-être, je sais pas, il n'y a pas de problème…* »). Les mots prononcés semblaient ne pouvoir être raccrochés à rien d'autre qu'à eux-mêmes. Pour autant, malgré ce désintérêt pour nos questions[13], les personnes pouvaient se montrer à d'autres moments extrêmement prolixes – sans forcément chercher à être comprises – lorsque la discussion abordait des aspects auxquels elles accordaient une importance inattendue. L'attention extrême portée à des détails qui auraient été complètement ignorés dans d'autres circonstances pouvait alors voisiner avec des questions massives, absolues, fondamentales, sur la forme de la réalité, sur l'irréalité de ce qui est généralement tenu pour acquis.

42 Dans les deux cas, les interrogations ordinaires que nous amenions étaient rendues insignifiantes et artificielles par des préoccupations microscopiques ou systémiques. Louis Sass souligne que les personnes atteintes de psychose manifestent fondamentalement une préoccupation à l'égard non pas de « tel ou tel souci au sein du cadre général de la réalité (vais-je réussir ? vais-je être aimé ?) » de « quelque chose de plus abstrait, de moins charnel, le sentiment d'inconsistance d'un univers qui dépend pour son existence d'une conscience qui le constitue… » (Sass, 2010 : 85). Qu'ils portent sur des aspects trop anodins ou trop métaphysiques, ces éléments de discours sont également très difficiles à raccrocher à autre chose. Cette difficulté indique à son tour combien nous supposons, lors d'un entretien, que nous partageons avec nos interviewés une même forme de vie. Or, la « perte de l'évidence naturelle » qu'expérimentent les personnes atteintes de psychose n'est pas forcément une déconnexion du monde : elle peut être au contraire une hyperconnexion, une façon de soulever des questions, de considérer comme problématiques de nombreux aspects sur lesquels l'attention ne s'arrête normalement pas (Leader, 2012 : 64).

Être au principe de son action

43 Une autre propriété de l'entretien de sciences sociales est qu'il met les personnes interviewées au centre, comme principe d'actions, de pensées et d'émotions. Elles sont

invitées à adopter la position du sujet, à dire « je » (pense, fais, aime...). Or, si l'on s'en tient aux descriptions évoquées plus haut, la psychose consiste d'une certaine façon à se mettre « en congé de soi-même », à chercher à échapper à ce qui est « non symbolisable ». Darian Leader y insiste : « la personne ne peut assumer aucune responsabilité » (Leader, 2012 : 40, notre traduction)[14]. Elles ont parfois envie d'être des zombies ou qu'on leur dise ce qu'il convient de faire. Cela se traduit à la fois par une aversion ou un désintérêt pour le fait de parler de soi, et plus globalement par une perméabilité au langage d'autrui. Nous avons pu observer ce comportement chez certains de nos interviewés qui, lorsque nous les interrogions sur leurs motivations, ne savaient pas nous répondre autrement qu'en rapportant des propos formulés par d'autres (« *le directeur dit que je vais mieux...* ») ou parfois même des expressions ou formulations que nous leur avions suggérées nous-mêmes.

44 Particulièrement sensible lorsque nous cherchions à faire advenir des récits, cette propension à parler en utilisant « ils » plutôt que « je » se traduisait alors également par une incapacité à produire une séquence temporelle structurée. Les trois auteurs de notre corpus soulignent à ce sujet le rapport complexe que les personnes atteintes de schizophrénie entretiennent à la temporalité de leur existence individuelle et à leur historicité. Marcel Sassolas note ainsi qu'elles ont du mal « à alimenter la rencontre avec nous par cette évocation de leur actualité » ou de leur passé (Sassolas, 1997 : 73). Précisément, ces difficultés se traduisent de deux façons différentes en entretien. La première tient au statut incertain de la temporalité mise en scène par nos interviewés et des événements relatés : l'une des difficultés majeures des entretiens avec des personnes souffrant de troubles psychiatriques est de savoir si les événements qu'elles rapportent ont vraiment eu lieu, et s'ils ont eu lieu selon la séquence qu'elles rapportent.

45 Plus profondément encore, la seconde façon dont ces difficultés se traduisent dans nos entretiens tient au fait qu'il est complexe de jauger l'importance que les personnes attachent ou non aux événements qu'elles relatent. Nos interviewés paraissaient souvent impassibles à l'évocation de leur passé, tendant à mettre au même niveau des événements que n'importe qui trouverait douloureux ou dont on pourrait penser qu'ils auraient dû profondément les affecter, et d'autres qui sembleraient anecdotiques. D'autres interviewés proposaient une évocation linéaire sans hauts ni bas (sur le mode « *il y a eu ça, et puis ça, etc.* »), abordant à peine des événements de vie que d'aucuns considéreraient comme décisifs, ou répétant certains à l'envi sans que l'on sache comment l'interpréter. Cette observation s'éclaire si l'on revient à la caractérisation de la psychose mentionnée plus haut : si ces personnes se sentent effectivement menacées par ce qui « fait humain », on comprend leur désengagement pratique et émotionnel et plus largement leur réticence à exprimer à autrui « ce que ça me fait ». On retrouve ici les observations de Darian Leader sur les trous (*holes*), les scansions, les sauts et les irrégularités dans le discours des personnes psychotiques dès qu'elles approchent de quelque chose de menaçant ou d'inassimilable (Leader, 2012 : 102).

46 D'autres difficultés survenaient dans nos recherches lorsque nous interrogions les personnes non pas sur leurs actions et expériences passées ou présentes, mais sur les façons dont elles envisageaient le futur. D'un point de vue méthodologique, il s'agissait d'obtenir des données fournissant des indications tant sur l'expérience (ce que la personne investit, ce à quoi elle attache de l'importance, ce qui lui tient à cœur, ce à quoi elle tient, etc.) que sur les actions qu'elles comptaient mener. Interroger les

personnes sur leur futur impliquait de composer avec la rhétorique du « projet » largement répandue aujourd'hui dans les mondes de la santé mentale. Sollicités en permanence sur leur « projet », les patients de la psychiatrie ont généralement un discours préparé qui leur permet de montrer patte blanche aux cliniciens, de prouver qu'elles ont bien un « projet », qu'elles investissent convenablement le futur et qu'elles méritent d'être ainsi laissées en paix (Marquis, 2019).

47 Au-delà, les discours de nos interviewés sur le futur consistaient en un mélange étrange entre des projets très vagues et d'autres extrêmement précis, certains manifestement hors de portée (le mois prochain, j'ouvre une ferme en Afrique) et d'autres très banals (le mois prochain, j'achète un chapeau). Plus complexe encore était l'écart entre ces projets et leurs implications performatives (ou plutôt leur absence). Des personnes nous expliquaient ainsi détester le séjour dans leur institution mais ne se saisissaient pas des solutions alternatives qui leur étaient proposées. Une autre, dont la vie semblait tourner autour de l'acquisition d'un sac de boxe, mettait en échec toute tentative de s'en procurer réellement un. D'autres encore prétendaient ne pas supporter le désordre mais continuaient à le nourrir, etc.

48 Plutôt que d'imputer ces incohérences apparentes à un défaut de logique, on peut mobiliser ici les analyses des cliniciens sur le fait que, pour les personnes psychotiques, le futur a une fonction particulière : celle d'une asymptote dans lequel un « souhait », quels que soient les mots utilisés pour l'exprimer, ne doit pas forcément appeler une « réalisation ». Au regard du retrait pratique, sensoriel et émotionnel mentionné plus haut, cette réalisation n'aurait pas forcément de sens, voire même, se révélerait problématique. Darian Leader insiste sur ce point :

> De la même façon, les impératifs sociaux poussant à la « réalisation » et à l'« action » peuvent conduire le thérapeute à encourager le sujet à entreprendre une activité alors qu'il est en fait essentiel pour lui que celle-ci reste à jamais non réalisée, toujours située dans le futur. (Leader, 2012 : 297, notre traduction)[15]

49 Le chercheur en sciences sociales ne peut qu'en déduire une série d'interrogations sur la grammaire de verbes apparemment communs : désirer, souhaiter, aimer, détester… Les inférences que nous réalisons sans même nous en rendre compte en contexte normal sur l'importance qu'accorde ou non une personne aux actions qu'elle pourrait ou non entreprendre semblent ici devenir subitement très fragiles, à tel point que les mots paraissent, une fois encore, ne tenir qu'à eux-mêmes.

Être investi

50 On ne saurait conclure ces observations sans revenir sur les réflexions développées dans la littérature méthodologique et que l'on a évoquées plus haut sur les conséquences de l'entretien pour la personne interrogée elle-même. Si cette littérature a plutôt tendance à insister sur les effets positifs des récits de maladie pour leur locuteur – parce qu'ils redonneraient du sens à une série d'événements disparates ou vécus de façon passive – deux raisons signalées par les cliniciens pourraient expliquer qu'il n'en aille pas ainsi pour les personnes atteintes de psychose. D'une part, comme le montre Darian Leader en reprenant des analyses de Gregory Bateson, l'attention portée à des détails qui seraient insignifiants dans un autre contexte pousse les personnes à se

montrer très, voire trop attentives aux processus métalinguistiques et au sens potentiellement menaçant ou arbitraire des situations :

> Quand quelqu'un dit quelque chose, non seulement la personne tient compte du « contenu » de ce qui est dit, mais elle se demandera également : « Vous me dites cela maintenant, mais pourquoi le dites-vous ? » [...] Compte tenu de cette sensibilité [chez les patients atteints de certaines pathologies mentales], quoi de plus naturel que de poser cette question en situation de test : « Vous m'avez emmené dans une pièce spéciale et vous êtes assis là avec un bloc-notes ou un magnétophone et vous me demandez ce qu'est une table ou ce qu'est la vie. Mais que voulez-vous vraiment à la fin ? » (Leader, 2012 : 101, notre traduction)[16]

51 D'autre part, et plus fondamentalement, le fait que les personnes souffrant de psychose voient et vivent le monde à partir de leur propre centralité explique que l'intérêt qu'on leur porte, même dans sa forme la plus innocente, puisse leur paraître une menace. C'est ce qu'exprime Marcel Sassolas dans des termes psychodynamiques :

> Le seul investissement dont il peut concevoir être le destinataire, c'est celui qui lui est familier, c'est l'investissement narcissique qui englobe, envahit, pénètre, prend possession. On conçoit donc que, pour lui, l'intérêt qu'autrui lui porte soit a priori suspect [...]. (Sassolas, 1997 : 54).

52 Cette observation a des répercussions éthiques évidentes en situation d'entretien. Elle n'est pas non plus exempte de conséquences méthodologiques, quand on sait combien il est important pour l'interviewé que soit évacuée ou réglée la question de savoir « ce qu'on lui veut » – ce que vise précisément à faire le contrat de communication.

Conclusion

53 Cet article avait pour objectif limité de poser les termes d'une réflexion méthodologique sur la spécificité des entretiens avec des personnes atteintes de troubles mentaux graves, sur les limites des présupposés classiquement engagés dans un tel exercice, ainsi que sur les conditions dans lesquelles les chercheurs en sciences sociales peuvent avoir recours aux catégories psy pour aborder ces questions et tenter de leur apporter quelques réponses.

54 Sur le premier point, nous pensons avoir montré que travailler sur ou avec le discours de personnes psychotiques revenait à accepter de remettre en cause certains axiomes méthodologiques de l'entretien que nous avons généralement tendance (à tort ou à raison) à considérer comme acquis dans d'autres situations d'entretiens, et qui tiennent de différentes façons au sentiment de parler de la même chose.

55 Sur le second point, nous avons montré – à travers l'exemple, certes partiel et situé, de travaux inspirés d'approches psychodynamiques – que les savoirs ou catégories psy pouvaient permettre de comprendre les difficultés auxquels la récolte et l'analyse de ce discours sont confrontées autrement que dans une perspective déficitaire – c'est-à-dire envisageant un déficit par rapport à une situation dite normale (la parole serait

simplement plus floue, moins logique ou moins structurée). Le savoir des cliniciens n'est pas qu'un savoir théorique (portant sur la psychose en général), mais également un savoir de terrain nourri des difficultés effectivement rencontrées lors de la récolte et de l'analyse (selon d'autres critères et à d'autres fins) du discours de leurs patients. Sans doute les cliniciens ont-ils un projet normatif différent du nôtre – il s'agit pour eux de soigner, de réadapter, voire de guérir les personnes ou de les aider à se rétablir. Comme nous l'avons souligné, il n'y a pas de raison cependant de supposer que les entretiens sociologiques échapperaient aux difficultés rencontrées par les entretiens cliniques.

56 Les questions soulevées dans les pages précédentes nous semblent justifier une série de mises en garde à l'intention de notre communauté. Faire comme si de rien n'était, même en justifiant cette position par des motifs d'ordre moral ou politique, n'est pas la bonne attitude face à des données si particulières. Celles-ci appellent minimalement l'exercice d'une réflexivité honnête et transparente du chercheur. Il ne s'agissait pas pour nous d'apporter à ce stade des réponses à ces mises en garde, et nous ne cherchions pas non plus à disqualifier la méthode de l'entretien en situation psychiatrique. Les difficultés que nous avons mises en évidence nous semblent en particulier appeler deux attitudes possibles. La première consiste à sortir de la méthode du récit de vie pour avoir recours à d'autres outils tels que l'observation ou la consultation de documents écrits pour constituer d'autres matériaux. La seconde ne renonce pas à la méthode mais cherche plutôt à compléter les données d'entretien par d'autres données visant à les enrichir, les éclairer ou bien leur faire jouer un autre rôle dans l'analyse. Ces pistes feront l'objet d'autres publications.

BIBLIOGRAPHIE

ARMSTRONG D., 1984. « The patient's view », *Social Sciences and Medicine*, 18, 9: 737-744.

ARMSTRONG D., 2009. « Origins of the Problem of Health-related Behaviours: A Genealogical Study », *Social Studies of Science*, 39, 6: 909-926.

ATKINSON P., 1995. « The Sociological Construction of Medicine », In *Medical Talk and Medical Work*. Londres, Sage : 21-36.

BARRETT R., 1998. *La Traite des fous. Construction sociale de la schizophrénie*. Le Plessis Robinson, Synthelabo.

BEAUD S., 1996. « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique ». *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 35 : 226-257.

BEAUD S. et WEBER F., 2003. *Guide de l'enquête de terrain produire et analyser des données ethnographiques*. Paris, La Découverte.

BLANCHET A. et GOTMAN A., 2010. *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*. Paris, Armand Colin.

BLOOM S. W., 2002, *The Word as Scalpel. A History of Medical Sociology*. New York, Oxford University Press.

CORIN E., 1990. « Facts and Meanings in Psychiatry. An Anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14, 2: 153-188.

DARMON M., 2003. *Devenir anorexique : une approche sociologique*. Paris, La Découverte.

EHRENBERG A., 2018. *La Mécanique des passions cerveau, comportement, société*. Paris, Odile Jacob.

EHRENBERG A. et LOVELL A. M., 2001. « Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie », In *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris, Odile Jacob: 9-39.

FRANK A. W., 1995. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago, University of Chicago Press.

GIROLA C. M., 1996. « Rencontrer des personnes sans abri. Une anthropologie réflexive », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 34 : 87-98.

GOFFMAN E., 1968. *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris, Éditions de Minuit.

HYDÉN L.-C., 1997. « Illness and narrative », *Sociology of Health and Illness*, 19, 1: 48-69.

JENKINS J. D., 2015. *Extraordinary Conditions. Culture and Experience in Mental Illness*. Berkeley, University of California Press.

KLEINMAN A., 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York, Basic Books.

LEADER D., 2012. *What is Madness?* Londres, Penguin.

MARIN C., 2014. *La Maladie, catastrophe intime*. Paris, Presses universitaires de France.

MARQUIS N., 2015. « Allowing for Social Desirability in Reception Studies: The Case of Self-help Book Readers », *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de méthodologie sociologique*, 127, 1: 58-71.

MARQUIS N., 2018. « La résilience comme attitude face au malheur : succès et usages des ouvrages de Boris Cyrulnik », *SociologieS*.

MARQUIS N., 2019. « Making People Autonomous: A Sociological Analysis of the Uses of Contracts and Projects in the Psychiatric Care Institutions », *Culture, Medicine and Psychiatry*, à paraître.

PAYET J.-P., GIULIANI F. E. et LAFORGUE D. (dir.), 2008. *La Voix des acteurs faibles de l'indignité à la reconnaissance*. Rennes, PUR.

RICŒUR P., 1991. *Temps et récit*. Paris, Le Seuil.

ROSE N. S., 1989. *Governing the Soul*. Londres, Routledge.

SASS L. A., 2010. *Les Paradoxes du délire Schreber, Wittgenstein et l'esprit schizophrénique*. Paris, Ithaque.

SASSOLAS M., 1997. *La Psychose à rebrousse-poil*. Ramonville, Erès.

SAVOIE-ZAJC L., 2016. « L'entrevue semi-dirigée », In GAUTHIER B. et BOURGEOIS I. (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. Québec, Presses universitaires du Québec : 337-364.

VELPRY L., 2008. *Le Quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. Paris, Armand Colin.

WOODS A., 2012. « Rethinking "Patient Testimony" in the Medical Humanities: The Case of Schizophrenia Bulletin's First Person Accounts », *Journal of Literature and Science*, 6, 1: 38-54.

NOTES

1. Il s'agit, d'une part, d'une recherche sur l'expérience de la psychose à ses débuts menée dans un centre universitaire de psychiatrie française, qui comportait notamment vingt-cinq entretiens avec des patients ; et, d'autre part, d'un terrain d'enquête dans des institutions belges et françaises accueillant, pour des séjours de six mois à deux ans, des patients/résidents souffrant de troubles mentaux graves. Ce terrain d'enquête comprenait des observations ainsi qu'une soixantaine d'entretiens compréhensifs auprès des patients/résidents.

2. Nous utiliserons ce diminutif par la suite pour nous éviter l'énumération des différentes composantes des professions ayant à faire à la maladie mentale ou plus largement la souffrance psychique et la santé mentale – psychiatres, psychologues, psychanalystes, voire spécialistes du développement personnel, etc.

3. Pour une analyse de l'émergence de l'intérêt pour la personne du malade dans les savoirs sur la santé, voir les publications de David Armstrong (1984, 2009) ou de Samuel W. Bloom (2002).

4. « The stories that ill people tell come out of their bodies. The body sets in motion the need for new stories when its disease disrupts the old stories. The body, whether still diseased or recovered, is simultaneously cause, topic, and instrument of whatever new stories are told. »

5. « Chronic illness, [...], usually changes the very foundation of our lives because the illness creates new and qualitatively different life conditions. »

6. « The new vocabularies provided by the sciences of the psyche enable the aspirations of government to be articulated in terms of the knowledgeable management of the depths of the human soul. »

7. Sur la construction du cas, voir Goffman (1968) et plus récemment Barrett (1998), ou encore plus largement les théories de l'étiquetage social.

8. Et plus spécifiquement la schizophrénie, comme forme de maladie mentale particulièrement grave se présentant elle-même sous des formes différentes.

9. Les notions de symptômes positifs et négatifs renvoient à la façon dont la psychiatrie classifie actuellement les symptômes de la schizophrénie : les symptômes positifs se caractériseraient par le fait qu'ils ajoutent à l'expérience ordinaire ; ils renvoient aux hallucinations, idées délirantes ou encore symptômes de dépersonnalisation. Les symptômes négatifs par contraste renverraient à un déficit des fonctions qu'ils affectent. Ils correspondent à l'appauvrissement de la fonction langagière, à la perte de volonté, au retrait social ou encore à des troubles de la concentration ou de la mémoire.

10. « Through giving a place to the subject, the delusion distanced them from being simply something to which brutal things were done, as now these had a purpose and a meaning. »

11. « Most of the time, a schizophrenic subject will talk like everyone else, and it is only at certain moments that this will change. »

12. « behind the facade of indifference and mutism there could be a turbulent emotional life. »

13. que nous avions pourtant ciselées afin qu'elles intéressent nos interlocuteurs et qu'elles portent sur des aspects essentiels de leur expérience.

14. « the person can take no responsibility. »

15. « Likewise, the social imperatives to 'achieve' and to 'act' may lead the therapist to encourage the subject to undertake some activity when in fact it is essential to them that it remains forever unrealized, always situated in the future. »

16. « if someone says something, there is not only a consideration of the 'content' of what is said, but also, significantly, there will be a question, "You are saying this to me now, but why are you saying it ?" [...] Given this sensitivity, what would be more natural than to ask this question in the test situation : "You have taken me to a special room and are sitting there with a notepad or tape recorder and are asking me what a table is or what life is. What do you really want ?". »

RÉSUMÉS

Si mener des entretiens avec des personnes malades est pratiquement devenu un passage obligé de toute recherche sur la santé mentale en sciences sociales, la réflexion sur le statut du discours recueilli par ce biais et sur les analyses que l'on peut en faire dériver est singulièrement peu développée dans les publications méthodologiques. Pourtant, la plupart des chercheurs constatent que la maladie mentale, parce qu'elle porte atteinte à la capacité des personnes à entrer en relation, met à mal le cadre de l'entretien. En confrontant la lecture d'une série de manuels de méthodologie de sciences sociales d'une part, et, d'autre part, la caractérisation proposée dans un corpus d'ouvrages cliniques de la forme de vie spécifique qu'est la psychose, cet article donne quelques pistes de réflexion pour identifier plus précisément ces difficultés et pour les dépasser. Plus largement, il cherche à développer un cadre pour des recherches en sciences sociales qui mobilisent les savoirs cliniques sur la maladie mentale sans verser dans leur dénonciation ni s'y soumettre.

While conducting interviews with sick people has practically become mandatory for any piece of social science research dealing with mental health issues, there are few if any methodological developments in the literature about the status of this discourse. Yet most field researchers are confronted with the fact that mental illness, because it alters the ability of people to enter into proper relationships, undermines the framework of the social science interview. By comparing a series of textbooks on social science methodology on the one hand, and writings by clinicians seeking to characterize psychosis as a form of life on the other hand, this article tries to identify more precisely these difficulties and possible ways to overcome them. More broadly, we ask whether it would be possible to set up a framework within which social scientists would be able to use clinical knowledge on mental illness without adopting a denunciative or, on the contrary, a submissive stance towards this knowledge.

INDEX

Keywords : illness narratives, psychiatry, psychosis, form of life, interview methodology
Mots-clés : récit de maladie, psychiatrie, psychose, forme de vie, méthode de l'entretien

AUTEURS

NICOLAS HENCKES

CNRS–CERMES3, Centre de recherche Médecine, science, santé, santé mentale, société (CNRS UMR 8211, INSERM U988, Université de Paris, École des hautes études en sciences sociales), 7 rue Guy Môquet, 94801 Villejuif (France), nicolas.henckes@cnrs.fr

NICOLAS MARQUIS

CASPER, Centre d'anthropologie, sociologie, psychologie-Études et recherches, Université Saint Louis, Rue du Jardin Botanique, 1000 Bruxelles (Belgique), nicolas.marquis@usaintlouis.be