



# Des instruments et des sujets : l'individualité et ses règles, .

Philippe Le Moigne

## ► To cite this version:

Philippe Le Moigne. Des instruments et des sujets : l'individualité et ses règles, .. Philippe Le Moigne. La Mesure du Trouble Mental. Psychiatrie, Sciences et Société, 4, ISTE Science Publishing, pp.1-43, 2018, Santé et patients, 9781784055257. hal-03434761

**HAL Id: hal-03434761**

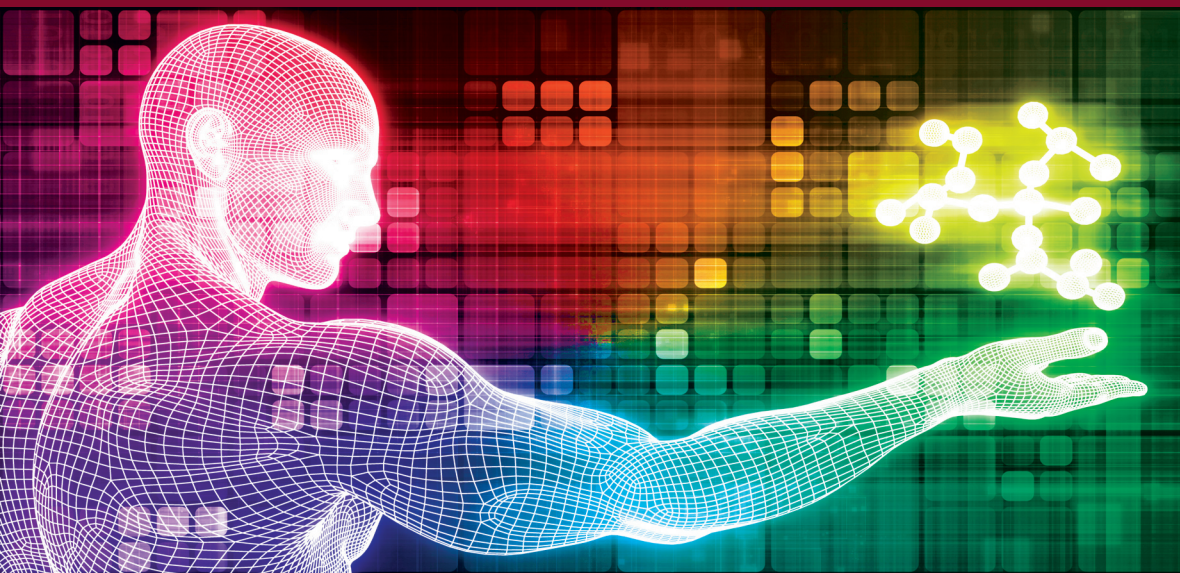
**<https://hal.science/hal-03434761>**

Submitted on 18 Mar 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.

SÉRIE SANTÉ ET PATIENTS



**Volume 4**

# **La mesure du trouble mental**

*psychiatrie, sciences et société*

*sous la direction de*  
**Philippe Le Moigne**

**ISTE**  
editions



## La mesure du trouble mental

First published 2018 in Great Britain by ISTE Editions Ltd.

Apart from any fair dealing for the purposes of research or private study, or criticism or review, as permitted under the Copyright, Designs and Patents Act 1988, this publication may only be reproduced, stored or transmitted, in any form or by any means, with the prior permission in writing of the publishers, or in the case of reprographic reproduction in accordance with the terms and licenses issued by the CLA. Enquiries concerning reproduction outside these terms should be sent to the publishers at the undermentioned address:

ISTE Editions Ltd  
27-37 St George's Road  
London SW19 4EU  
UK

© ISTE Editions Ltd 2018

The rights of the authors of this work have been asserted by them in accordance with the Copyright, Designs and Patents Act 1988.

---

British Library Cataloguing-in-Publication Data

A CIP record for this book is available from the British Library

ISBN: 978-1-78405-525-7 (print)

ISBN: 978-1-78406-525-6 (e-book)

---



Printed and bound in Great Britain by CPI Group (UK) Ltd., Croydon, Surrey CR0 4YY, December 2018

Exemplaire réservé à l'usage de Philippe Le Moigne

---

Série *Santé et patients*  
sous la direction de Bruno Salgues

---

---

# La mesure du trouble mental

---

*psychiatrie, sciences et société*

*sous la direction de*  
Philippe Le Moigne

**ISTE**  
editions

Exemplaire réservé à l'usage de Philippe Le Moigne

---

## Série *Santé et patients*

---

Volume 1 – Edwige Rude-Antoine

*Cancer de l'adolescent et du jeune adulte*

Volume 2 – Aline Courie Lemeur

*Les réseaux de santé*

Volume 3 – Frank Pizon

*Éducation à la santé et prévention*

# Table des matières

<b>Introduction. Des instruments et des sujets : l'individualité et ses règles</b> . . . . .	1
Philippe LE MOIGNE	
<b>Partie 1. Principes : forces et limites de l'instrumentation psychiatrique</b> . . . . .	45
<b>Introduction de la partie 1</b> . . . . .	47
<b>Chapitre 1. La diffusion de la nosographie psychiatrique dans les sciences : origines et enjeux de la recherche sur la dépression (1950-1985)</b> . . . . .	51
Philippe LE MOIGNE	
1.1. Premier moment : du modèle réactionnel aux premières hypothèses cliniques (1950-1977) . . . . .	55
1.1.1. De l'inertie dépressive à la différenciation de l'affection mentale . . . . .	56
1.1.2. La personnalisation de la cure : la subjectivité comme instrument de connaissance ? . . . . .	59
1.2. Deuxième moment : essor et limites de la neurochimie du cerveau (1978-1984) . . . . .	62
1.2.1. L'hypothèse endogène . . . . .	63
1.2.2. L'échec du diagnostic médical de la dépression . . . . .	64
1.2.3. La sémiologie psychiatrique ou la référence obligée . . . . .	66
1.3. Troisième moment : aux principes de l'évaluation clinique standardisée (après 1985) . . . . .	69
1.3.1. La conceptualisation selon la psychopathologie quantitative . . . . .	69



1.3.1.1. La psychométrie ou la démonstration intraconcept . . . . .	69
1.3.1.2. La taxinomie : la classification des observables . . . . .	71
1.3.2. La mesure du changement : un arbitrage instrumental . . . . .	74
1.3.3. La validité externe des échelles d'évaluation : la connexion interdisciplinaire . . . . .	78
1.3.4. La fidélité interjuges : la production de l'unité interne . . . . .	81
1.4. Conclusion . . . . .	84
1.5. Bibliographie . . . . .	87

## **Chapitre 2. L'échelle d'Hamilton comme analyseur des difficultés épistémologiques de la recherche sur la dépression . . . . . 95**

Xavier BRIFFAULT

2.1. Une mesure sans objet mesuré . . . . .	97
2.1.1. Une diffusion rapide, sans contraintes théoriques . . . . .	98
2.1.2. Une échelle <i>zeitgeist</i> -compatible . . . . .	99
2.1.3. Des usages s'éloignant rapidement de la destination initiale de l'échelle . . . . .	101
2.1.4. L'essayer, c'est adopter sa dépression . . . . .	103
2.2. Des critiques nombreuses, mais sans effet . . . . .	104
2.2.1. Une institution problématique de la dépression . . . . .	106
2.2.2. De nouvelles espèces dépressives . . . . .	107
2.3. Vers une crise paradigmatique ? . . . . .	110
2.3.1. La régulation EBM du dispositif dépression . . . . .	112
2.3.2. Ouverture technologique : vers un nouvel idiome de la santé mentale . . . . .	115
2.4. Conclusion . . . . .	117
2.5. Bibliographie . . . . .	118

## **Partie 2. Avènements : chroniques de tests à succès . . . . . 127**

## **Introduction de la partie 2 . . . . . 129**

## **Chapitre 3. Une échelle en or pour évaluer le TOC : sur l'usage de la Y-BOCS . . . . . 133**

Margot MORGIÈVE

3.1. Développement historique et ontologique de l'échelle et du trouble . .	134
3.1.1. Prérequis de l'échelle : l'existence d'un trouble à mesurer . . . .	134
3.1.2. Fabrication historique de l'échelle . . . . .	138

3.2. Un instrument d'objectivation explicatif et structurant . . . . .	140
3.2.1. Un instrument qui désagrège l'expérience . . . . .	140
3.2.2. La consultation : vecteur d'expressions y-bocsisées . . . . .	142
3.2.3. Un habitus tocifié . . . . .	143
3.2.4. Usages de l'échelle en or solidifiée . . . . .	145
3.2.5. Une échelle qui structure le monde . . . . .	148
3.3. Limites et évolutions de l'échelle . . . . .	151
3.3.1. Réduction de l'expérience . . . . .	151
3.3.2. Vers une évaluation contextualisée du sujet pensant ? . . . . .	152
3.4. La Y-BOCS a-t-elle un (bel) avenir ? . . . . .	155
3.5. Bibliographie . . . . .	157

## **Chapitre 4. Objectiver la démence : l'usage du *Mini-Mental State Examination* dans la recherche et la pratique médicales . . . . . 163**

Baptiste BROSSARD

4.1. Du succès à la controverse . . . . .	166
4.1.1. Création du MMSE . . . . .	166
4.1.2. Une promotion locale . . . . .	167
4.1.3. Une carrière inattendue . . . . .	168
4.1.4. La fin du MMSE ? . . . . .	170
4.2. Un capital de convertibilité . . . . .	172
4.2.1. La pratique de la recherche médicale . . . . .	172
4.2.2. La pratique des consultations gériatriques . . . . .	174
4.2.3. La pratique de l' <i>Evidence-Based Medicine</i> . . . . .	176
4.2.4. La pratique du copyright . . . . .	180
4.3. Conclusion . . . . .	181
4.4. Bibliographie . . . . .	182

## **Partie 3. Usages : les tests en contexte . . . . . 189**

### **Introduction de la partie 3. . . . . 191**

## **Chapitre 5. Le MMSE en pratique : la relation médicale au miroir de la passage d'un test neuropsychologique. . . . . 195**

Aude BÉLIARD

5.1. L'interprétation des tests au moment du diagnostic initial : les proches écoutés et évalués . . . . .	199
5.2. Tester les fonctions cognitives, travailler le lien avec les familles : les usages multiples des tests dans le long terme de la relation entre soignants, patient et famille . . . . .	203

5.3. Conclusion . . . . .	213
5.4. Bibliographie . . . . .	214

## **Chapitre 6. Du soin à la prévention des risques : la carrière des tests de dépistage des drogues dans le monde du travail (États-Unis/France) . . . . . 217**

Renaud CRESPIN

6.1. De la clinique à la guerre du Viêtnam : innovation et premiers usages . . . . .	222
6.1.1. Entre soins, ordre social et financement : les premiers dépistages . . . . .	222
6.1.2. Une évaluation propice à la diffusion d'un standard de traitement . . . . .	225
6.1.3. Appropriation militaire : le dépistage comme arme de prévention massive . . . . .	226
6.1.3.1. L'opération Golden-Flow . . . . .	226
6.1.3.2. Des industries à l'écoute : dynamiques concurrentielles et ajustements techniques . . . . .	227
6.1.3.3. Massification et débordements : standardiser les procédures . . . . .	228
6.1.4. Extension du domaine du dépistage : l'emploi civil américain . . . . .	230
6.1.4.1. Dépister les salariés : une solution politique . . . . .	231
6.1.4.2. Les entreprises américaines au risque de la guerre à la drogue . . . . .	231
6.1.4.3. Quand le dépistage devient la norme . . . . .	233
6.1.4.4. Les paradoxes de la critique : standardisation technique et justesse du dépistage . . . . .	234
6.1.4.5. Le monde du dépistage américain : les entreprises pharmaceutiques au cœur d'un marché prospère . . . . .	235
6.2. Réguler et standardiser : la domestication européenne du dépistage des drogues . . . . .	237
6.2.1. Acclimater les tests aux normes du travail : un clivage dans les régulations françaises . . . . .	237
6.2.2. L'exigence d'un standard : des techniques, des normes et des réseaux . . . . .	241
6.2.2.1. Les normes américaines : une référence pour l'Europe . . . . .	242
6.2.2.2. La SFTA : les intérêts d'une expertise pharmaco-toxicologique . . . . .	243
6.2.2.3. Une production d'expertise comme performance publique . . . . .	243
6.2.3. Multipositionnalité et affinités électives : l'intéressement des pouvoirs publics . . . . .	245

6.2.3.1. Porter l’alerte sur les drogues dans le débat public : réseaux et ressources institutionnelles . . . . .	246
6.2.3.2. L’accès à des espaces confinés . . . . .	248
6.3. Conclusion . . . . .	249
6.4. Bibliographie . . . . .	252
<b>Conclusion . . . . .</b>	<b>263</b>
Philippe LE MOIGNE	
<b>Liste des auteurs . . . . .</b>	<b>269</b>
<b>Index . . . . .</b>	<b>271</b>





## Introduction

# Des instruments et des sujets : l'individualité et ses règles

« L'excès de précision, dans le règne de la quantité, correspond très exactement à l'excès du pittoresque, dans le règne de la qualité. La précision numérique est souvent une émeute de chiffres, comme le pittoresque est, pour parler comme Baudelaire, "une émeute de détails". On peut y voir une des marques les plus nettes d'un esprit non scientifique, dans le temps même où cet esprit a des prétentions à l'objectivité scientifique. En effet, une des exigences primordiales de l'esprit scientifique, c'est que la précision d'une mesure doit se référer constamment à la sensibilité de la méthode de mesure et qu'elle doit naturellement tenir compte des conditions de permanence de l'objet mesuré. Mesurer exactement un objet fuyant ou indéterminé, mesurer exactement un objet fixe et bien déterminé avec un instrument grossier, voilà deux types d'occupations vaines que rejette de prime abord la discipline scientifique. » (Bachelard 1967)

Le propos de cet ouvrage est de tenter de comprendre, à partir du regard des sciences sociales, comment et pourquoi la mesure a rencontré en psychiatrie une telle ascension depuis 1980, date de parution du standard consacré en la matière – le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition* (DSM-III) (APA 1980)<sup>1</sup>. De fait, à partir de cette date, la diffusion du manuel a profondément transformé le langage et la

---

Introduction rédigée par Philippe LE MOIGNE.

1. L'ouvrage fait suite au séminaire que j'ai dirigé, entre 2014 et 2015, à l'École des hautes études en sciences sociales, intitulé *La Mesure du Trouble Mental. Des principes aux Usages*. À l'exception du chapitre rédigé par Margot Morgiève, le livre réunit l'ensemble des communications effectuées lors de ce séminaire.

Exemplaire réservé à l'usage de Philippe Le Moigne

pratique de la discipline (Pichot 1984), même si la genèse de l'appareillage instrumental dont le DSM se réclame remonte à la fin des années 1950, c'est-à-dire au moment où démonstration doit être faite de l'efficacité des premiers médicaments psychotropes, au regard en particulier de la cure analytique (Healy 1999 ; Demazeux 2013a).

Parler d'instruments de mesure ici, c'est d'abord évoquer des échelles ou des tests, c'est-à-dire des grilles d'observation ou des questionnaires destinés pour l'essentiel au diagnostic des patients ou encore à la mesure de leur évolution sous thérapeutique. L'ouvrage s'adresse donc à la compréhension des principes et à l'usage de ces grilles, à l'exception d'un des chapitres qui porte sur l'emploi d'un test biologique dans le dépistage des consommations de drogues au travail. Ces grilles peuvent comprendre de multiples items de cotation, ou se réduire à une liste sommaire de quelques éléments d'observation, comme dans le cas du MMSE (*Mini-Mental State Examination*), utilisé dans le dépistage de la maladie d'Alzheimer (Béliard 2014 ; Béliard et Eideliman 2014 ; Brossard 2014), auquel deux des chapitres du livre sont dédiés. Généralement, une note est donnée à chaque item de l'échelle, soit par le clinicien après consultation du patient, ou bien à partir des réponses faites par celui-ci au questionnaire. Après quoi, la somme des cotations permet, au regard d'un score seuil défini à l'avance, d'établir si le diagnostic est caractérisé, ou bien encore, si l'évaluation est répétée dans le temps, d'observer dans quelle mesure l'état du patient s'est ou non amélioré (Guelfi 1998 ; Rush *et al.* 2008).

Au-delà de ces différences de formes, force est de reconnaître que ces échelles ou tests constituent aujourd'hui un passage obligé de la recherche, si bien que leur nombre n'a cessé de croître à mesure que l'investigation sur le trouble mental s'est elle-même démultipliée. Ainsi, ces tests s'appliquent aussi bien au diagnostic de la dépression, de la schizophrénie, à celui des psychopathologies de la personnalité qu'à la mesure de « l'autonomie » ou du « fonctionnement » du sujet face à la maladie, ou bien encore à la définition des « bonnes pratiques » dans la prise en charge des patients. Cette expansion n'est pas restée confinée au seul secteur des sciences ou de la pratique professionnelle : elle a gagné la plupart des secteurs de la vie sociale, au point d'avoir acquis une forme véhiculaire ou matricielle. Ainsi, ces instruments sont également utilisés dans l'actuariat, le remboursement des soins, la gestion hospitalière, l'expertise judiciaire (Menninger et Nemiah 2000 ; Rush *et al.* 2008 ; Briffault 2010), mais également (il est vrai dans le prolongement d'un usage plus ancien) dans l'orientation scolaire, le recrutement des armées ou la sélection à l'embauche (Buchanan 2002 ; Pâquet et Boivin 2007 ; Crespín 2009), ou ils viennent encore servir de manière plus récente l'estimation de la qualité de vie ou du bien-être individuel (Le Moigne 2010b). Comment rendre compte du caractère matriciel de ces outils ? Et à quoi l'attribuer ?

Un détour par l'organisation du travail de recherche peut offrir ici une première amorce de réponse. Si on en reste à cette sphère d'activité, une vision clairement datée

du rôle tenu par l'instrumentation dans la recherche tend à lui attribuer le statut d'une simple médiation technique, entre la pensée théorique et sa confrontation à l'épreuve des faits : sous ce jour, l'instrument n'est au mieux qu'un procédé utile à la démonstration d'une hypothèse. Ce rationalisme reste pour le moins abstrait et désarmé lorsqu'il s'agit de décrire la recherche « en train de se faire », son organisation de travail et son développement historique. Comme l'a montré la sociologie des sciences, l'expansion de ce domaine d'activité à partir des années 1960 ne peut se concevoir hors du rôle joué par la formalisation et la diffusion d'outils génériques dans la recherche (Shinn 2000 ; Shinn et Ragouet 2005 ; Le Moigne et Ragouet 2012). C'est pourquoi on ne peut pas réduire l'emploi des instruments à la mise à l'épreuve d'une raison conceptuelle : l'instrumentation repose elle-même sur une raison pratique, dotée de raisonnements et de références qui lui sont propres, tout en étant toujours plus ou moins « ancrée », c'est-à-dire pensée à partir des contraintes de l'activité scientifique, de sa faisabilité et de l'expérience pragmatique des chercheurs.

Toutefois, bien que le rôle tenu par les outils dans les sciences soit indéniable, il n'y a pas lieu, *a contrario*, d'en déduire une histoire positive ou apologétique de l'instrumentation. Un tel glissement conduit à établir l'instrument en creuset de la « science objective », credo auquel les concepteurs du DSM-III n'ont pas manqué de se rallier (Blashfield 1984 ; Sadler *et al.* 1994 ; Demazeux 2013a). Le risque est d'aboutir ici à un renversement de la pensée rationaliste, la nécessité de la réfutation empirique par l'expérience de recherche et son appareillage instrumental étant alors tenue pour primordiale et décisive, et la réflexion théorique pour accessoire. Poussé à son terme, le raisonnement peut conduire à penser que l'obtention de résultats tangibles et constants, au moyen des appareils de mesure, suffit à faire démonstration. Mais de quoi ? Sans une explication, sans une représentation de l'objet et des processus étudiés, une constante reste dénuée de sens<sup>2</sup>.

Mais encore, ces exposés de principes ne permettent pas de rendre raison à la diversité tant du sort scientifique que de l'audience publique rencontrée par l'instrumentation de recherche. Pour en rendre compte, une vision élargie de l'usage des instruments est nécessaire. Ainsi, dans certains cas, l'instrumentation relate un processus vertueux à l'issue duquel l'usage des outils nés de l'activité scientifique paraît répondre à une sorte d'évidence, leur emploi étant plébiscité par la recherche, tandis que leur application dans le corps social connaît de nombreux débouchés, comme dans la série d'exemples décrits par Terry Shinn des systèmes de contrôle automatique, de l'ultra-centrifugeuse, du laser ou encore du microprocesseur (Shinn 2000). Dans d'autres cas,

---

2. C'est là la limite de la thèse développée par Ian Hacking, aux premiers temps de sa réflexion, dans *Représenter et Intervenir* (Hacking 1983). Pour une exposition du développement de l'instrumentation en psychologie, fort documentée mais qui n'évite pas toujours l'écueil apologétique, voir Sturm et Ash 2005.

l'instrumentation peut être témoin de rapports de force contradictoires, sa pertinence conceptuelle et factuelle peut être discutée, sinon âprement critiquée, sans pour autant que de tels désaccords ne parviennent à remettre en cause ni son emploi dans la recherche ni ses applications dans le corps social. En somme, dans cet exemple, l'emploi de l'instrument incarne une forme de compromis : cet usage est jugé acceptable, voire pratique, sans pour autant que sa forme ne soit réellement approuvée. Mais, comment expliquer le maintien d'un usage s'il n'emporte pas l'adhésion ? Une telle situation peut-être imaginée en probabilité dès lors qu'on distingue les qualités intrinsèques des outils de leurs propriétés organisatrices. Autrement dit, il arrive que l'emploi de certains instruments réussisse à se maintenir, en dépit des critiques dont leur usage fait l'objet, simplement en vertu des effets de régulation et de stabilisation que ceux-ci parviennent à instaurer. Il suffit par exemple que cet emploi offre une affirmation de position au secteur de recherche qui a conçu les instruments, aux professionnels qui recourent à leurs applications, ainsi qu'à tout ou partie de leurs clientèles, pour que la diffusion des outils reste stable, alors que l'unanimité à leur égard fait défaut. Et de fait, ce cas de figure décrit assez bien le statut de l'instrumentation dans le champ de la recherche et de l'activité psychiatriques.

Il y a là plus qu'un paradoxe : en dépit d'un développement continu et exponentiel, dans les sciences, en médecine comme auprès des publics concernés par l'évaluation du trouble mental, la confection comme l'emploi des tests conçus par la psychiatrie n'ont jamais cessé d'être critiqués, souvent à bon droit (Briffault et Martin 2011), y compris et d'abord par les tenants d'un savoir psychiatrique étayé, précisément, par la statistique et la standardisation (Blashfield 1984)<sup>3</sup>. Comment expliquer la généralisation sans fin d'un outillage qui n'emporte pas l'adhésion, loin s'en faut, ni dans le camp de ses producteurs ni dans celui de ses utilisateurs ? C'est ce paradoxe, qui par de nombreux aspects a pris en psychiatrie l'aspect d'une « marque de fabrique », qu'il s'agit de comprendre.

Pour éclairer ce développement paradoxal, on propose de procéder à un détour par une brève socio-histoire du contexte américain qui a vu naître et se développer cette instrumentation, sous la bannière de l'évaluation standardisée. D'abord, on tentera de montrer, à travers ce préalable, comment l'essor de l'objectivité fondée sur les instruments a fait suite, dans ce contexte, à la montée d'un subjectivisme tout aussi radical, acquis à la singularité et à l'autonomie de l'individu. Ce contexte, qui peut être mieux décrit comme celui de l'institutionnalisation de la santé mentale, a placé le savoir psychiatrique et la prise en charge du trouble mental devant une difficulté, à la fois, de désignation et de régulation. C'est pourquoi, et c'est l'argument qu'on développera

---

3. Les débats qui ont entouré la confection du DSM-V offrent l'une des dernières démonstrations en date, et sans doute l'une des plus significatives, des critiques qui ont toujours entouré la production de l'instrumentation psychiatrique au sein même de la discipline (Demazeux 2013b).

ensuite, il est possible de considérer que le déploiement des échelles et des tests standardisés en psychiatrie, par leurs postulats, leurs formes ou encore leurs modes de validation, que ce déploiement donc a offert une réponse pour le moins adaptée à cette situation de crise. Autrement dit, on ne peut comprendre un tel développement sans rappeler que cet outillage a cherché d'abord, à l'origine, à rétablir l'autorité de la discipline en contrepoin de la critique née de l'antipsychiatrie, particulièrement sensible à la défense du patient, et à sa promotion comme sujet de plein droit. Dans ce contexte, l'objectivité instrumentale, en dépit de ses qualités discutables et discutées, a produit des effets proprement structurants, pour la psychiatrie, comme à l'endroit de ses différents publics.

Ainsi, l'effet de structuration qui se déduit de l'évaluation standardisée et de son essor a donc beaucoup à voir avec la montée concomitante d'une pensée critique, acquise à *l'individualité de la personne*. Si on fait sienne cette idée, alors il faut en accepter également le prolongement logique, au moins à titre d'hypothèse ; à savoir, qu'il existe probablement *un lien d'affinité entre l'instrumentation psychiatrique et le type de règles appelé à se développer dans une société gagnée par la promotion de l'individu*. La présentation détaillée de cette hypothèse, paradoxale en apparence, clôturera cette introduction. Elle servira de fil rouge à l'ouvrage, chacun des chapitres offrant en quelque sorte l'occasion d'en mesurer la valeur heuristique.

## 1.1. L'institutionnalisation de la santé mentale : le contexte d'émergence de l'instrumentation

Parler d'individualité exige, pour que le terme soit bien compris, de procéder à un bref détour conceptuel. L'utilisation de ce terme vise d'abord à s'affranchir des connotations et des approximations généralement associées à l'individualisme. On entend ici par *individualité*, un *système normatif* qui place l'individu au centre de son propos en lui reconnaissant au moins trois qualités : *l'autonomie*, c'est-à-dire la capacité à créer ses propres normes ; *l'indépendance*, ou la faculté de se libérer de l'influence d'autrui par l'intermédiaire d'une capacité propre d'action, et *la singularité* ou encore la subjectivité, à savoir le fait de posséder en propre une identité (ou un soi) (Le Moigne 2012)<sup>4</sup>. C'est cette dernière qualité que le terme d'individualité cherche à intégrer en propre, à la différence des études sur l'individualisme qui ne comprennent pas toujours cette dimension. Or, la distinction de soi et la singularité personnelle sont indissociables de la promotion que de nombreux secteurs de la vie sociale réservent aujourd'hui à l'individu, à commencer par le monde de l'art ou encore les psychologies du sujet

---

4. Même s'il convient de noter des différences significatives entre les termes de l'individualité qui dominent aux États-Unis, et qui nous intéressent ici, et ceux qui sont plus communs au contexte français (Ehrenberg 2010).



dédiées au développement et à l'épanouissement individuel. Par ailleurs, considérer l'individualité comme un système normatif, c'est-à-dire comme une série d'obligations morales, c'est défendre implicitement une sociologie relationnelle et dynamique, c'est-à-dire un parti pour lequel l'intégration de l'individu à l'analyse n'est jamais ni causale ni explicative. Il y est question de considérer la personne à partir d'une dimension relationnelle. L'individu est pris dans la relation de réciprocité qui l'unit à son groupe, et par-delà à la collectivité, mais il n'est pas à l'origine de cette relation. Autrement dit, la perspective relationnelle, dans laquelle on reconnaîtra une référence directe à Norbert Elias, permet de défaire l'analyse de la personne de toute référence à un soi substantiel, autodéterminé, en un mot, réel, et la prémunit ainsi de tout naturalisme psychologique (Elias 1991 ; Descombes 2004).

Mais considérer l'individualité sous l'angle d'un système normatif, c'est également prendre acte des contraintes que ce système fait peser sur l'action, et en particulier sur la décision, là où un parti individualiste tend à admettre que ces problèmes sont d'emblée résolus. En particulier, les problèmes que nourrit l'individualité, au-delà des difficultés logiques qui entourent les questions relatives à l'autonomie et à l'indépendance individuelles, sont liés à sa part de subjectivisme. Celui-ci ne se réfère pas à une subjectivité d'action, c'est-à-dire, comme dans la tradition weberienne par exemple, à la manière dont le contexte social informe l'interprétation des individus et est à son tour informé par elle (Weber 1971). Le subjectivisme associé à l'individualité admet que chacun est capable en probabilité d'un point de vue particulier et inaliénable sur le monde. Ce principe bute immédiatement sur une aporie : comment, en vertu de points de vue aussi idiosyncrasiques, décider d'une vision commune des faits et de l'existence, d'une part, sans que cette vision ne tienne lieu immédiatement d'arbitraire, d'autre part ?

Cette problématique d'action atteint un point culminant lorsqu'il s'agit de débattre de l'individu lui-même, et notamment du sentiment qu'il éprouve à son propre égard. Qui peut, mieux que le sujet, dire en conscience s'il se sent affecté, par quoi et pourquoi ? Dans le cadre de ce subjectivisme, l'individu est naturellement le premier, sinon le seul, capable d'un diagnostic sur lui-même et sur ses états de pensée. À ce titre, cette doctrine conçoit mal qu'un tiers puisse s'arroger ce droit, et revendiquer une expertise dans ce domaine, à l'instar de la clinique psychiatrique.

C'est pourquoi les tensions et les débats qui ont émaillé l'histoire de la discipline, entre 1960 et 1980 aux États-Unis, revêtent ici une importance si particulière. Ces événements ont contribué à placer la psychiatrie au centre du changement social pour deux raisons. D'abord, ils ont contribué à remettre en cause la forme institutionnelle qui prévalait jusqu'alors : l'asile. À cette occasion, ce n'est pas seulement le principe de l'enfermement qui a été remis en cause, c'est plus largement le statut social du « fou » et

de la « folie » qui a changé de nature (Grob 1994). C'est pourquoi, ensuite, à force de conflits et de négociations, la psychiatrie américaine a participé à *l'institutionnalisation d'une nouvelle carte du normal et du pathologique*, sous la bannière de la santé mentale, et est devenue le berceau de la réforme nosographique qui allait par la suite se répandre dans l'ensemble des pays occidentaux (Le Moigne 2010a). À ce titre, elle a contribué à la diffusion de nouvelles définitions de la santé et, au-delà, elle a favorisé l'essor d'un nouveau format de règles à travers la standardisation de la nosographie.

Le standard, qui a fourni le support à la production et à la propagation de cette nouvelle représentation de la santé, est le fameux DSM-III, publié en 1980. Ce manuel liste les critères diagnostiques des différents troubles mentaux et, comme un arbre décisionnel, doit permettre d'établir si un individu est affecté ou non par l'un d'eux. Il s'agit donc d'un répertoire normalisé des désordres mentaux dont la construction et l'emploi s'avèrent pour le moins formalisés et impersonnels. Dans un contexte de plus en plus ouvert à l'expression et à la singularité des individus, l'écho retentissant reçu par un manuel régi par l'objectivation la plus formelle du trouble mental a donc de quoi surprendre.

Pour tenter de saisir les ressorts de cet apparent paradoxe, le croisement de deux séries d'informations peut s'avérer utile. D'abord, s'agissant des données de contexte, on peut s'appuyer sur les études qui ont cherché à décrire la configuration historique dans laquelle s'est trouvée placée la psychiatrie américaine entre 1960 et 1980. À ces éléments de cadrage, on peut associer en contrepoint une brève analyse de contenu de l'instrumentation psychiatrique qui s'est développée à la fin de cette période : ici, la lecture de l'architecture du DSM-III et de son organisation en cinq axes s'avère pour le moins utile (Le Moigne 2010a). Commençons par indiquer à grands traits quels sont ces effets de contexte, avant d'aborder par quelques exemples saillants l'alliage de sens que le DSM-III a cherché à diffuser.

### **1.1.1. La psychiatrie face aux psychologies du sujet**

Les tensions qui ont affecté la psychiatrie américaine au cours des années 1960 et 1970 sont parfois rapportées à une opposition théorique entre biologie et psychanalyse (Shorter 1997), le cas échéant, à la rivalité des professions psychiatriques et psychologiques (Buchanan 2003). Une autre voie d'explication consiste à resituer ces tensions au cœur d'un débat social plus large. Car, en effet, si la psychiatrie figure alors au centre des débats, ce n'est pas tout à fait par hasard : son diagnostic enferme une désignation du pathologique et par extension de la normalité qui finit par acquérir, dans le contexte américain des années 1960, l'aspect d'une dimension et d'un enjeu génériques. Plus exactement, cette période est marquée par la montée en puissance d'une psychologie du sujet, tout à la fois académique et profane, qui en appelle à une trans-

formation de la société pour large part adossée aux principes d'une nouvelle caractérisation du *pathos* et de la normalité psychiques (Le Moigne 2014).

Cette caractérisation n'est pas nouvelle : de fait, la psychologie du sujet qui diffuse au cours des années 1960 a une longue histoire derrière elle. Comme le démontrent de la manière la plus convaincante les travaux d'Eugene Taylor, c'est à William James – le fondateur de la psychologie américaine – qu'on doit l'une des premières formalisations de cette *Self Psychology* à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (Taylor 1992 et 1996 ; Le Moigne 2014). Dans la continuité de la pensée jamesienne, cette philosophie du sujet a informé la psychologie américaine de la personnalité durant l'entre-deux-guerres, à travers les figures de Goldon Allport et de Henry Murray. Elle connaît son apogée à travers l'écho reçu par le courant humaniste de l'après-guerre, sous la bannière des psychologies de la personne et du développement défendues par Carl Rogers et Abraham Maslow (Taylor 1991). Mais, cette psychologie essaime, dans les années 1960 et 1970, bien au-delà des cercles académiques. Elle aiguille une large part des revendications du mouvement des ex-patients, des libertés individuelles et des droits civiques, et favorise le mouvement de désinstitutionnalisation et de lutte contre le stigmate psychiatrique.

Aussi, pour saisir la dynamique de ce mouvement de fond, convient-il d'abord de comprendre à quelles exigences se rallie cette psychologie du sujet, qu'elle soit universitaire, professionnelle ou militante. Quels en sont les principes, si tant est qu'on puisse dégager l'unité de cette psychologie au-delà de sa diversité d'approches et de manifestations ? Surtout, à quelles problématiques d'action cette psychologie du sujet confronte-elle la psychiatrie ? Et comment celle-ci parvient-elle à composer avec cette orientation ?

Pour la psychologie du sujet, l'autonomie de l'individu est imprescriptible et produite en conscience. Cette perspective associe ainsi de manière immédiate l'action personnelle et la définition de soi à une activité autodéterminée, d'une part, mentale et intérieure, d'autre part : à ce titre, santé mentale et émancipation individuelle vont ici de pair. Toutefois, cette psychologie ne méconnaît pas la psychopathologie : pour elle, l'affection mentale porte atteinte au libre arbitre et à la détermination individuelle, et incarne en cela le démenti des principes qui lui sont les plus chers.

Mais, en vertu du caractère imprescriptible de la conscience personnelle, il reste pour cette pensée que l'affection mentale ne saurait totalement annihiler l'expression individuelle. C'est pourquoi ce subjectivisme porte condamnation du diagnostic psychiatrique lorsque cette désignation réduit le patient à un être aberrant, qu'elle prononce sa mise à l'écart dans l'asile ou, comme ce sera de plus en plus le cas à partir des années 1960, lorsque cette désignation aligne son donné sur celui de la biomédecine et de son arrière-plan physiologique. Selon cette philosophie, la maladie mentale, conçue à partir d'une

étiologie biologique ou inconsciente, c'est-à-dire comme un phénomène agissant à l'insu de l'individu, n'existe pas. Le pathos, construit ici à distance de la psychobiologie comme de la psychanalyse, est toujours relatif : le trouble mental n'a de sens que rapporté aux particularités du psychisme de chaque individu et, comme état « subconscient » ou « co-conscient », il demeure toujours accessible en probabilité à la conscience de celui qu'il affecte<sup>5</sup>.

Les conséquences de la pathologie mentale étant relativisées, les troubles psychiques accèdent de la sorte à une certaine normalité (Le Moigne 2005). Pour autant, si la juridiction de la normalité est ainsi appelée à connaître une large extension, elle est elle-même relativisée. Pourquoi ? Parce que, dans le contexte de cette philosophie du sujet, la normalité s'apprécie également au regard de l'expression individuelle. Ainsi, qu'une expression mentale soit fonctionnelle, convenable ou adaptée, en un mot, « normale », ne suffit pas à faire d'elle l'élément probatoire d'un développement personnel abouti : pour que cette expression soit jugée saine et authentique, faut-il encore qu'elle puisse être associée à des actions et des pensées imputables en propre à la personne considérée. L'« épanouissement personnel », la « réalisation de soi », la libération d'un « potentiel intérieur » sont perçus ici comme la condition d'une individualité achevée et, par extension, d'une santé mentale pleine et entière<sup>6</sup>. À l'inverse, l'incomplétude de soi ou l'insuffisance d'estime pour soi est assimilée à un motif de détresse, le cas échant, à une morbidité à part entière, requérant une prise en charge psychothérapeutique, voire médicale<sup>7</sup>.

De ce double processus de recomposition du pathologique et de la normalité se déduit un programme pour le moins contradictoire. Dans le premier cas, l'incapacité de l'aliéné étant relativisée, l'affection mentale perd une partie de son caractère aberrant, au risque de réduire de manière drastique son traitement. Dans le second cas, l'appel à une prise en charge du développement personnel tend au contraire à conférer au désordre psychique, sous l'égide de l'incomplétude de soi, le statut d'un déficit particulièrement partagé.

---

5. C'est là un argument constant de cette personnologie depuis James jusqu'à Rogers. Voir, entre autres (Rogers 1961).

6. L'idée du « potentiel intérieur » structure au départ la psychologie anglo-américaine du génie et des états mentaux dits « exceptionnels ». Après-guerre, cette idée débouche sur une thèse qui tend plus généralement à faire de « l'accès à la plénitude de soi » le centre même de la motivation humaine, comme dans la théorie de la personnalité d'Abraham Maslow (Maslow 1954).

7. C'est à Marie Jahoda qu'on doit, en 1958, la première synthèse des travaux dédiés au lien introduit ici entre accomplissement de soi et santé (Jahoda 1999). Cette relation se situe au cœur du champ d'études dédié depuis en psychiatrie à la « santé mentale positive ».

Deux implications se déduisent de cette contradiction :

1) d'abord, une part de l'argument va au bénéfice d'une réduction de l'offre, institutionnelle notamment, tandis que l'autre part de l'argument invite, au titre d'un soutien inconditionnel à la réalisation de soi, à une expansion sans limites de la prise en charge, sans pour autant dire clairement si son expertise doit être confiée aux psychiatres, aux psychologues ou encore à des groupes d'auto-assistance ;

2) ensuite, la psychologie du sujet ouvre la voie à une forme de confusion entre pathologie mentale et affliction, si bien que le désordre mental paraît être partout et nulle part à la fois, et devient finalement inqualifiable. Cette indécision est au cœur du processus qui, plus ou moins paradoxalement, a favorisé le déclin de la clinique psychiatrique, avant d'appuyer le retour d'autorité de la discipline dans le domaine du diagnostic.

### **1.1.2. La santé au risque de la maladie : les deux visages de la désinstitutionnalisation**

En 1963, le Congrès américain vote la loi dite de « désinstitutionnalisation » (Grob 1995 ; Menninger et Nemiah 2000). Celle-ci prévoit de mettre fin à la construction des asiles, et de limiter la vocation des hôpitaux psychiatriques gérés par l'administration centrale à la prise en charge des maladies chroniques. La création des *Community Mental Health Centers* (CMHC), placés sous la responsabilité des États, cherche en contrepoint à encourager l'accueil en milieu ouvert, et à promouvoir l'intégration sociale des patients. Les effets de la législation sont considérables : entre 1955 et 1988, le nombre de malades accueillis par les hôpitaux psychiatriques chute de près de 80 %, tandis que le volume annuel d'actes est multiplié par cinq (Grob 1994). Cette évolution contrastée témoigne de la croissance de l'hospitalisation en secteur privé et de l'essor des dispositifs locaux. Autrement dit, pour l'essentiel, le développement de la prise en charge, et des structures communautaires en particulier, a surtout bénéficié aux pathologies légères. Mais, pour la grande majorité des patients psychotiques sans ressources, la désinstitutionnalisation s'est soldée par une privation de soin. L'engorgement chronique des hôpitaux publics et l'invention des médicaments psychotropes ont œuvré pour beaucoup à la réduction de la politique asilaire. Mais, celle-ci fait également écho aux revendications des ex-patients et du mouvement des droits civiques, associées à l'antipsychiatrie des années 1960.

Pour les plus radicaux de ces mouvements, à l'instar du *Consumer-Survivor Movement*, la maladie mentale n'existe pas, si bien qu'ils refusent les thérapeutiques pharmaceutiques et contestent la légitimité de la profession psychiatrique. Cette partie du mouvement a opté pour la promotion d'un soin alternatif, organisé à l'extérieur du système médical, et sa mobilisation s'est finalement essoufflée au début des années 1990,



faute de moyens. À l'inverse, certaines organisations ont pu conduire une critique aussi radicale de la psychiatrie mais au nom de la maladie mentale. Pour en comprendre le principe, il faut revenir au contexte d'après-guerre et à la nouvelle légitimité qu'il a offerte aux approches environnementales de l'affection psychique. La multiplication alors, selon l'expression de Kardiner (1941), des « psychonévroses de combat » chez les soldats a paru corroborer les thèses développées, dans le cadre de l'hygiène mentale, à l'occasion de la crise de 1929. Selon cette vision, tout individu, confronté à des événements de vie intenses, peut développer en probabilité une affection mentale (Pols 2001). La perspective oblige à concevoir le trouble psychique dans les termes d'une *vulnérabilité partagée*. Elle laisse profiler une large extension de la politique sanitaire, d'autant que certains des mouvements des années 1960 plaident, dans la lignée de l'hygiène mentale, pour l'introduction sur ce terrain d'une action prophylactique. La perspective affirme la nécessité de traiter les sujets « sains » par prévention des traumatismes qu'ils sont susceptibles de subir au contact de la vie sociale. En ce sens, le mouvement considère que l'enfermement asilaire offre aux patients une protection artificielle contre les conditions de vie qui sont à l'origine de leur trouble, et s'affirme favorable à une politique de soin en « situation ».

Ces revendications, qu'elles s'appliquent à la défense des patients ou à la prévention de la pathologie, sont favorables dans leur ensemble à la désinstitutionnalisation. Toutefois, dans le premier cas, le droit du patient à « l'autonomie » appelle un rejet explicite du trouble et de sa médicalisation, au risque de réduire la prise en charge à sa part congrue. Dans l'autre, la maladie paraît au contraire servir de levier à la reconnaissance et à la protection de l'individu contre les agressions de la vie sociale, au risque de déboucher sur une politique particulièrement inflationniste<sup>8</sup>.

Ce nouveau contexte élargit le spectre de la plainte au domaine du mal-être, mais elle en complexifie la réception et l'éligibilité dans la mesure où son diagnostic ne peut plus être confié au seul regard du thérapeute. En effet, la question dite de la « souffrance personnelle » appelle au premier chef le diagnostic de l'individu. C'est lui qui est censé en juger au premier chef. Cet horizon n'est pas sans affecter directement l'autorité de la

---

8. En 1980, le NIMH a conduit une étude épidémiologique auprès de 20 000 résidents américains (Robins et Regier, 1990). D'après cette recherche, la plus importante jamais menée, 32 % des personnes interrogées auraient souffert d'un trouble mental au cours de leur vie, et 20 % l'année précédant l'enquête. Ces chiffres sont tributaires des extensions portées au cours des années 1970 à la nomenclature des désordres mentaux. Mais, ces données font également écho aux transformations qui affectent les manières d'éprouver et d'exprimer le mécontentement ou l'échec. On peut supposer en effet que la diffusion de la plainte psychique s'alimente au fait de reconnaître aujourd'hui l'insatisfaction et l'injustice d'abord à l'impact qu'elles exercent sur la vitalité, mentale ou psychomotrice, de l'individu. Pour autant, la question reste posée de savoir dans quelle mesure ce type de plaintes suffit à qualifier un trouble mental.

psychiatrie et de sa clinique. Plus encore, dans un contexte de « sujets », il laisse totalement ouverte la question de savoir qui peut, avec un minimum de consensus, définir les contours de la pathologie et de la santé mentales.

### **1.1.3. Une pathologie inqualifiable : apogée et déclin de la clinique psychiatrique**

Après la seconde guerre mondiale, l'écho rencontré par le thème de la santé mentale marque une exigence nouvelle de soin qui tend à placer assez rapidement, aux États-Unis, la psychothérapie au cœur de l'intervention psychiatrique (Buchanan 2003). Ainsi, l'essentiel des fonds du *National Institute of Mental Health* (NIMH), créé en 1946, est dédié jusqu'au milieu des années 1960 à la formation de nouveaux praticiens<sup>9</sup>. Cette politique promeut un enseignement qui finit, au-delà du doctorat en médecine qui reste exigé, par signer la domination de la psychanalyse<sup>10</sup>. La santé psychique fait alors partie intégrante du soin, y compris et d'abord dans l'hôpital général : c'est l'apogée de la clinique psychiatrique. Mais, cet essor a son revers.

En effet, dans le même temps, la critique de l'institution psychiatrique, attisée par la sociologie au détour des années 1960, exerce un effet dévastateur sur la profession, d'autant qu'elle est issue pour large part de ses rangs. Les débats qui agitent alors la discipline sont marqués, pour l'essentiel, par la question de *la caractérisation de l'affection mentale*. D'un côté, des thèses déniaient aux désordres psychiques le statut de maladie, et préféraient les considérer – dans une veine héritée du mouvement humaniste – sous l'angle d'une atteinte au développement personnel. Certaines de ces perspectives s'accordent à penser que l'origine du dysfonctionnement est sociale, et s'emploient sur ce fond à dénoncer, comme chez Horney (1950) ou Laing (1965), le rôle pathogène des institutions et de l'économie de marché<sup>11</sup>. D'autres thèses refusent, au contraire, d'attribuer aux troubles du développement le statut d'affection. Contre la psychanalyse, certains cliniciens considèrent, à l'instar du psychométricien Eysenck, que la plupart des névroses relèvent d'une « pathologie de l'existence », c'est-à-dire d'une conduite normale

9. À la fin de la guerre, on compte 3 634 psychiatres aux États-Unis. Ce chiffre ne va cesser de croître. En 1962, on dénombre un peu plus 13 000 praticiens, 18 000 en 1965, 25 000 en 1970 et près de 31 000 en 1985. À partir de cette date, les effectifs de la profession cessent d'augmenter, si bien que la psychiatrie doit faire face aujourd'hui à une crise de recrutement (Blashfield 1984).

10. Entre 1940 et 1965, près de 50 % du cursus des psychiatres est consacré à la psychanalyse. La cure analytique permet également à la profession de s'ouvrir durant cette période à la pratique libérale. Dans les années 1940, la majorité des cliniciens appartient au milieu hospitalier ; en 1970, 66 % d'entre eux exercent à titre privé (Shorter 1997).

11. Pour le cas anglais, se reporter à (Crossley 1998).

qui n'a pas à être traitée par la profession. Cette perspective, souvent acquise à l'étiologie biologique des troubles mentaux, conteste l'excès d'intervention de la discipline dans la vie sociale. Mais, elle peut également se déduire d'une opposition globale à l'existence de la maladie mentale, à l'instar de l'argument développé par Szasz (1964), pour qui la caractérisation pathologique des comportements représente une manière d'amender l'individu et de le soustraire à ses obligations. Bref, on n'a pas affaire seulement à la dénonciation d'une médicalisation arbitraire de la vie individuelle mais également, et à l'inverse, à la critique d'une légitimation excessive du mal-être.

Ces débats permettaient-ils de statuer sur la qualité de l'affection mentale et d'imposer dans ce domaine une définition consensuelle ? Fallait-il ici donner priorité au sentiment du patient, ou s'en remettre au jugement d'un expert ? Et de quel expert en particulier ? Cette dernière question a été pour partie arbitrée par l'introduction, à la même époque, des dispositifs communautaires de soin. En misant sur le recrutement massif de psychologues et de travailleurs sociaux, ces dispositifs ont concouru à la démedicalisation de la prise en charge et, par suite, au recul de l'autorité psychiatrique<sup>12</sup>.

Mais, dans le même temps, avec le développement des thérapeutiques, et des médicaments psychotropes en particulier, la psychiatrie finit par bénéficier d'un accès à la recherche biomédicale, à la croisée de la biologie du cerveau et de la psychopharmacologie. La multiplication des actes lui permet alors d'affirmer une position d'expertise. En effet, devant la diffusion des attentes de prise en charge, la profession a dû très tôt tenter de garantir, aux patients comme aux praticiens, le remboursement des soins et de la prestation thérapeutique (Le Moigne 2008). Or, la politique publique qui cherche, à partir de la fin des années 1960, à encadrer l'explosion de la demande sanitaire est acquise à une logique proprement biomédicale. Cette orientation a offert un appui considérable aux prétentions monopolistiques de la psychiatrie dans le domaine du diagnostic.

On peut ainsi observer toute la contradiction que la diffusion de la psychologie du sujet a fait peser non seulement sur la pensée mais également sur la pratique psychiatrique. Cette philosophie bute sur deux antagonismes : d'une part, elle est porteuse contradictoirement d'une restriction de soin et à la fois d'une demande thérapeutique

---

12. En 1950, les psychiatres représentaient environ 25 % des professionnels de santé mentale, les infirmières formant plus de 50 % des effectifs. Avec la diffusion du traitement ambulatoire, les psychologues et les travailleurs sociaux occupent aujourd'hui une position majoritaire. En 1959, on dénombrait 3 000 psychologues aux États-Unis ; ils seraient aujourd'hui plus de 200 000, dont environ 40 000 officieraient en clinique (Capsheew 1999). Les travailleurs sociaux exerçant dans le domaine de la santé mentale étaient au nombre de 2 000 en 1945. En 1985, ils étaient plus de 80 000 (Shorter 1997).

sans précédent ; d'autre part, elle contribue à faire de la santé mentale une notion de sens commun et la rend à la fois proprement indéfinissable. Ainsi donc, l'essor de la psychologie du sujet contribue à mêler, au point de les confondre, les questions de la désignation du trouble mental à celles relatives à la régulation du soin prodigué dans ce domaine. Ici, la catégorisation des désordres implique directement celle des qualifications requises pour leur traitement, et la définition même de ce traitement<sup>13</sup>. Dans un premier temps, cette équation a contribué, entre 1950 et 1980, à la forte croissance de l'activité thérapeutique mais, pour l'essentiel, hors et contre le soin psychiatrique. Ce n'est qu'à la faveur de la conception du standard nosographique qui s'est imposé depuis comme la référence mondiale – le DSM-III – que la psychiatrie a pu au détour des années 1980 reconquérir son influence.

Ce retour d'autorité peut être expliqué par le rôle de négociation et de conciliation que la discipline a joué à cette occasion. En effet, la fabrication du standard a permis de composer un lieu propice à la résolution des conflits suscités par la désignation du trouble mental. À ce titre, elle a contribué à l'institutionnalisation d'un nouveau cadre de référence et d'action, capable d'aiguiller et de fédérer à la fois l'orientation politique de l'*American Psychiatric Association* (APA) et les stratégies des représentants des minorités et des associations de patients. De quelle manière ? Comme on va le voir, le standard psychiatrique a offert le moyen de séparer les troubles mentaux comme la santé mentale de toute référence à la normalité sociale. Ainsi, la psychiatrie a pu revendiquer le monopole de l'expertise diagnostique tout en offrant un débouché aux revendications exprimées par les mouvements de défense de l'individu.

## 1.2. L'ordre négocié du DSM-III

Les catégories du DSM-III se veulent à la fois impersonnelles et généralisables, et se réclament à cet égard de l'universalisme bureaucratique. Par son orientation scientifique, le manuel revendique en outre un jugement indépendant et neutre, et s'estime capable de résoudre par la preuve les tensions nourries par la discrimination du trouble mental. Naturellement, cette prétention est excessive. Aucune classification ne peut être naturelle, c'est-à-dire valoir pour réelle (Bowker et Star 1999). Tout classement repose sur une architecture, c'est-à-dire sur une hypothèse interprétative ou, à tout le moins, sur une anticipation de la réalité. Lorsque celle-ci est suffisamment explicite, elle peut être confrontée aux faits et, éventuellement, reconnue comme vraisemblable. Dans le cas du

---

13. C'est pourquoi, dans ce contexte, toute définition des troubles mentaux parvenant à faire admettre son objectivité s'avère immédiatement régulatrice. Pour une analyse des phénomènes associés à cette objectivité « régulatrice » ou « régulateur » en biomédecine, se reporter à (Cambrosio *et al.* 2009).

DSM-III, ces éléments d'architecture ne sont pas articulés par une interprétation de la pathologie, le manuel revendiquant son athéorisme, du moins, formellement. Pour autant, la nomenclature s'informe bel et bien à une structure logique. Celle-ci, bien qu'elle ne soit pas rendue explicite par le répertoire, introduit une série de distinctions nouvelles (Le Moigne 2010a). Pour en comprendre le sens, il est utile d'évoquer au préalable l'un des conflits que la confection du standard a suscité et permis de régler à la fois. On veut parler du déclassement de l'homosexualité, particulièrement exemplaire de la restructuration du paradigme psychiatrique.

Les tensions qui ont émaillé la rédaction du DSM-III ont été ici d'autant plus aiguës que ses concepteurs se sont ralliés à une discrimination catégorialiste de l'affection mentale. À la différence du dimensionnalisme – de facture psychologique – qui admet que la psychopathologie est diffuse dans l'ensemble de la population à des degrés divers, le catégorialisme considère que les troubles psychiques enferment, en tant qu'entités discrètes, des traits qui ne sont partagés que par certains individus. Dans ce cadre, l'enjeu présenté par le diagnostic psychiatrique est triple : il se rapporte à la question de savoir si les traits recensés marquent bien une expression atypique et circonscrite à un ensemble ou à une sous-population d'individus, d'une part, si cette spécificité se signale par une gêne ou une déficience, d'autre part, enfin, si elle témoigne bien d'une affection psychique.

Le conflit engagé entre l'*American Psychiatric Association* (APA) et les représentants des mouvements gays, au début des années 1970, met en lumière la manière avec laquelle cet enjeu est susceptible d'être négocié. Dans le DSM-II, publié en 1968, l'homosexualité est assimilée à une orientation sexuelle perturbée, et est classée à ce titre parmi les pathologies mentales. Lors du congrès de l'APA en 1970, les membres de l'Association des psychiatres gays contestent ce classement en faisant valoir que l'homosexualité représente une variante normale de la sexualité. Les psychanalystes, qui sont encore majoritaires au sein de l'APA, s'opposent à cette issue. En vue de sortir de la crise, Robert Spitzer, rédacteur en chef du manuel, imagine la proposition suivante : reprenant à son compte l'argument des représentants du mouvement gay, il fait remarquer que les données scientifiques ne permettent pas de rapporter le comportement homosexuel à un dysfonctionnement biologique. S'appuyant là encore sur l'expérience des membres du mouvement gay, il fait également valoir que la condition homosexuelle ne constitue pas un obstacle au bien-être, bien qu'elle puisse être vécue le cas échéant dans la douleur (Bayer 1981). Spitzer entend de la sorte plaider pour le déclassement de l'homosexualité, tout en retenant la possibilité qu'elle puisse représenter un motif de souffrance. Il propose de créer un nouveau diagnostic, sous le terme d'homosexualité ego-dystonique, et de réserver son application aux sujets qui vivent mal leur identité ou

leur « orientation sexuelle ». La proposition est votée à l'unanimité par le Conseil d'administration de l'APA en 1973<sup>14</sup>.

Le règlement du conflit est exemplaire à plusieurs égards :

1) il offre un appui à la légitimation sociale de l'identité homosexuelle, en reconnaissant à travers elle une expression pleine et entière de « l'autonomie individuelle » : en ce sens, la psychiatrie admet qu'elle n'a pas, par son diagnostic, à produire un stigmate qui pourrait ruiner *une prétention légitime au bien-être* ;

2) mais, si le règlement du conflit admet que « l'épanouissement » peut être constitué en critère de santé, il n'indique pas pour autant que son absence suffit à caractériser une pathologie mentale : autrement dit, le mal-être exprime une dissonance ou un défaut d'accomplissement qui ne doit pas être confondu avec *l'incapacité physiologique* à laquelle le manuel entend bien, en dépit de l'athéorisme affiché, rapporter l'affection mentale. Ce *modus vivendi* ne témoigne pas seulement de la possibilité d'une alliance ponctuelle entre orientations physiologistes et subjectivistes : il gouverne l'architecture du DSM-III dans son ensemble. Bâti à partir de ce jeu de contraintes, le manuel porte la marque d'un *ordre négocié*, de la même manière qu'il concourt, par sa diffusion, à l'institutionnalisation de cet ordre.

Dans la première partie de l'ouvrage, on verra comment la négociation de cet ordre, à la lumière des arbitrages convenus en particulier entre psychiatrie et psychologie, a permis de livrer à la recherche des entités nosographiques susceptibles d'être étudiées, tout en pointant les limites épistémologiques inhérentes à l'organisation du travail instrumental qui en a résulté. Mais, d'un point de vue nosologique, l'effet le plus immédiat de ce travail de composition a été de considérer l'affection mentale dans les termes d'une *incapacité relative*. C'est du moins ce qu'il est possible de déduire de l'axiologie du manuel que j'aborde maintenant.

Avoir à l'esprit cette axiologie est important pour la suite de notre propos. En effet, l'expansion de la mesure du trouble mental perd toute intelligibilité si on ne la relie pas à l'objet que cette évaluation entend mesurer, à partir précisément des définitions qu'elle en donne. Car, en effet, l'évaluation standardisée ne se réduit pas à une métrique : elle procède simultanément d'un travail statistique et d'une caractérisation du trouble mental. C'est une « mesure-en-concept ». On ne peut donc séparer, sinon artificiellement,

---

14. De la même manière, les mouvements féministes sont parvenus à faire supprimer du manuel les troubles de personnalité dits « défaitistes », inspirés de la lecture psychanalytique du masochisme. La nosographie laissait en effet entendre que la fréquence de ces troubles était plus grande chez les femmes. Pour un aperçu de la régularisation dont les déviations sexuelles ont fait l'objet en psychiatrie, se reporter à (Castel 2000).

l'organisation de l'évaluation, d'une part, de la nosologie qui en alimente le propos, d'autre part. Autrement dit, l'intelligibilité de ces outils requiert d'appréhender à la fois la forme des instruments et leur contenu. À ce titre, l'architecture du DSM-III présente un intérêt immédiat dans la mesure où elle permet d'avoir accès à une vue synthétique de la perspective nosologique retenue par l'évaluation standardisée. Cette présentation offrira par ailleurs un préalable utile à la lecture des différents chapitres de cet ouvrage. Le lecteur saisira sans doute mieux alors l'unité de sens que le livre cherche à dégager, au-delà de la diversité apparente des thèmes et des troubles qui y sont abordés. Quel est donc cet arrière-plan qui permet de tenir ensemble la caractérisation de la dépression, des troubles obsessionnels compulsifs, de la maladie d'Alzheimer ou encore de la toxicomanie, abordés dans les différents chapitres de ce livre ?

### 1.2.1. *Ni sain ni malade : déviance et normalité selon le manuel*

L'architecture du DSM-III – dite multiaxiale – se compose de cinq répertoires dits « indépendants ». Les cotations cumulées de ces répertoires doivent permettre selon Theodore Millon, le créateur du système, de dresser un état général du patient (Millon 1983). Leur visée est la suivante :

1) le premier répertoire fixe *la liste des syndromes* (schizophrénie, troubles affectifs, anxiétés, toxicomanies, etc.), et livre pour chacun d'eux une grille diagnostique. Sous la notion de syndrome, le manuel admet l'idée qu'une affection est constituée lorsqu'un défaut expressif (comportemental, mental ou affectif) peut être mis en correspondance avec un dysfonctionnement physiologique lui-même discret ou, à tout le moins, qu'il en suggère la présence. Naturellement, le terme de « syndrome » ou de « désordre », en lieu et place de celui de « maladie » ou de « pathologie », vise à produire une désignation assez neutre, capable d'ouvrir la psychiatrie à la biomédecine sans pour autant que les notions d'aliénation ou d'aberration ne soient clairement évoquées<sup>15</sup> ;

2) le second des axes a trait aux *troubles de la personnalité*. Ces troubles s'appliquent aux psychopathies ou conduites déviantes, et ne sont pas réputés morbides, au sens médical du terme<sup>16</sup> ;

---

15. Les premières définitions du trouble mental ébauchées par les rédacteurs du DSM-III n'avaient pas ce caractère tempéré puisque, étant question d'associer ouvertement la psychiatrie à une branche de la médecine, c'est une référence directe à la maladie qui avait d'abord été privilégiée. Mais, sous l'influence de l'*American Psychological Association*, qui diligenta ses émissaires auprès de l'*American Psychiatric Association*, cette orientation fut abandonnée (Millon 1983).

16. Si on exclut « les troubles du développement », tels que l'autisme et l'hyperactivité, qui sont également répertoriés sur cet axe. Le manuel ménage ici une part d'ambiguïté puisqu'il comprend sous cette appellation des affections, soit discrètes, soit susceptibles d'apparaître durant l'enfance.

3) le troisième répertoire est consacré aux *affections somatiques*, et vise d'abord un diagnostic différentiel : il a pour objet d'établir si le comportement du patient n'est pas dû en premier lieu à une maladie organique ;

4) le quatrième chapitre de la nomenclature s'applique à recenser *les facteurs environnementaux* qui sont susceptibles d'induire stress et souffrance chez le patient. Son objet est d'évaluer dans quelle mesure le milieu de vie du malade ajoute à son état pathologique ou peut concourir, à l'inverse, à son amélioration ;

5) enfin, le dernier axe consiste en *une mesure de fonctionnement* : il vise à établir le degré de réhabilitation ou d'intégration sociale du patient, au cours du traitement ou à son terme.

Cette axiologie introduit une rupture avec la lecture psychanalytique qui avait étayé la rédaction du DSM-II. Dans celui-ci, le découpage des affections, entre névroses et psychoses, était motivé par un ordre de sévérité, fixé par le degré d'adéquation du patient à la réalité : en ce sens, l'origine comme la signification du trouble étaient toujours rapportées à une situation. Le principe de différenciation qui s'affirme avec le DSM-III reconnaît dans la pathologie le signe d'un déficit objectif de capacité, quel que soit le trouble considéré : à ce titre, le dysfonctionnement dont le désordre mental est le siège peut en probabilité être établi indépendamment des circonstances et des représentations qui l'ont vu naître (Blashfield 1984). Mais, dans le même temps, les concepteurs du manuel admettent que l'économie « endogène » du trouble n'affecte pas l'ensemble de la personne. Autrement dit, à travers l'axe I, la nomenclature reconnaît chez le patient un individu capable d'élaborer ses propres conduites, indépendamment de la maladie. Son autonomie n'est, en probabilité, que partiellement abolie par le trouble. Si donc le désordre mental marque une incapacité, celle-ci n'est que partielle<sup>17</sup>.

Par extension, cette perspective admet la pathologie sous les traits d'un préjudice dont le patient n'est pas coupable, mais elle ne dédouane pas pour autant celui-ci de ses responsabilités. L'individu est porteur de sa maladie – il en est l'occasion, mais peut encore répondre de ses actes, à l'instar du toxicomane ou du pédophile. En quoi, l'attribution de pathologie n'a valeur ici ni d'une exonération morale ni d'une altération de l'identité : l'amendement de l'individu demeure partiel, de la même manière que la maladie ne le prive pas totalement de son libre arbitre ou de sa subjectivité.

---

17. « Une erreur commune est de considérer que la classification des désordres mentaux classe des individus, alors qu'elle classe les désordres dont les individus souffrent. Pour cette raison, le texte du DSM-III évite l'usage des phrases telles que “un schizophrène” ou “un alcoolique”, et utilise à leur place des expressions peut-être plus complexes mais moins erronées telles que “un individu avec une schizophrénie” ou un “individu avec une dépendance à l'alcool” » (APA 1980, p. 6).



L'axe II des troubles de la personnalité rend directement compte de cette possibilité. Il dresse la carte des traits jugés communs à l'ensemble des individus. À ce titre, il permet d'établir dans quelle mesure l'idiosyncrasie du patient est conforme ou déviante au regard de la distribution moyenne de chacun de ces traits dans la population. Les déviations recensées ici ne sont donc pas établies par référence à la pathologie mais au regard de la norme sociale : plus exactement, les personnalités pathologiques sont déviantes au regard du comportement que la société est en droit d'attendre, selon le manuel, de l'individu<sup>18</sup>. Ainsi les « personnalités antisociales » ou « dépendantes » peuvent faire l'objet d'une thérapie, motivée par l'attente d'une correction de comportement<sup>19</sup>. Mais, en vertu de l'indépendance des axes, le DSM-III laisse entendre que ces personnalités, bien que déviantes, n'en sont pas moins « saines » au regard des troubles mentaux caractérisés.

Cet axiome permet de considérer à l'inverse que l'individu qui est atteint par un désordre psychique qualifié n'est pas nécessairement déviant, d'où un premier décrochage entre pathologie et transgression. Mais, il y a plus. Dans la mesure où le patient est porteur de sa maladie, il s'ensuit que le contexte social n'est pas censé induire non plus la morbidité mentale. Le DSM-III, sous le terme d'endogénie, fait dépendre ainsi la discrimination des troubles mentaux d'une clause de constitution, d'abord physiologique. Cette clause s'informe à une étiologie qui conçoit la relation sociale dans les termes d'une écologie, c'est-à-dire d'un contexte disjoint de la maladie et, plus avant, de l'individu lui-même (Morgiève et Briffault 2014) : d'où un second décrochage entre l'affection mentale, d'une part, la personne, d'autre part, et la norme sociale, enfin<sup>20</sup>.

Toutefois, le manuel reconnaît bien que l'individu peut subir en propre la pression de son milieu de vie, et être victime d'une situation stressante. L'axe IV admet cette possibilité ainsi que la souffrance qui peut l'accompagner. Mais, là encore, cette détresse n'est pas constituée en pathologie<sup>21</sup>. En effet, la distinction, introduite par l'axe IV du DSM-III, entre souffrance et désordre psychique, tient compte du mal-être que génèrent, le cas échéant, les conditions de vie offertes aux malades. Elle fait écho en ce sens aux

18. Le DSM-IV, qui succède au DSM-III puis au DSM-III-R, ne peut être plus explicite : les troubles de la personnalité se réfèrent à un mode de comportement qui « dévie nettement des attentes de la culture à laquelle appartient l'individu » (APA 1994, p. 633).

19. Parmi les 14 troubles répertoriés dans ce domaine, la « personnalité antisociale » témoignerait plus particulièrement d'une recherche exclusive de l'intérêt personnel, tandis que la « personnalité dépendante » serait dominée, à l'inverse, par la quête compulsive du soutien d'autrui.

20. [À propos de la notion de syndrome] : « En outre, il y a l'inférence selon laquelle il s'agit d'une dysfonction comportementale, psychologique ou biologique, et que cette perturbation ne réside pas seulement dans la relation de l'individu avec la société. Quand la perturbation est limitée à un conflit entre l'individu et la société, cela peut représenter une déviance sociale, qui peut être ou non condamnée, mais elle ne relève pas en soi d'un trouble mental » (APA 1980, p. 6).

21. Je n'évoque pas ici l'axe III dédié plus spécifiquement au diagnostic somatique du patient.

revendications des mouvements de patients. Mais, selon le manuel, si cette détresse est souvent associée à la maladie, si elle en constitue le corollaire voire le signe avant-coureur, elle ne doit pas être assimilée à l'un de ses symptômes : elle s'y surajoute<sup>22</sup>.

C'est la raison pour laquelle, comme on le verra dans la première partie de l'ouvrage, *la caractérisation du syndrome dépressif* a tenu un rôle si central dans la construction de la nomenclature (Ehrenberg 1998 ; Briffault 2010). Son admission, au titre d'entité distincte, supposait en effet qu'il soit possible de distinguer formellement la tristesse pathologique du dépressif de la détresse vécue dans la pathologie mentale ou, plus généralement encore, dans le chagrin (Wakefield et Demazeux 2016). L'entité dépressive permet d'établir la souffrance en symptôme, mais elle désigne à la fois le point d'arrêt de cette conjecture. Hors d'une observation circonstanciée du patient et des signes indiquant la présence d'un épisode franc (humeur perturbée, ralentissement psychomoteur, auto-dévalorisation), la dépression ne peut être qualifiée. La psychiatrie affirme ici son expertise en appliquant une limite à la légitimation diagnostique du mal-être. Mais, elle laisse également entendre que la déprime, que la psychopathologie qualifie de « dépression normale », s'apparente, à la différence de l'affection constituée, à une condition ordinaire, et donc que souffrance et normalité peuvent aller de pair (Le Moigne 2003 ; Briffault 2010).

Cette perspective, à l'instar de la thèse défendue par l'Hygiène mentale, enferme l'aveu d'une fragilité assez commune, sinon d'une vulnérabilité généralisée au sein de la population. Ce principe a alimenté le développement d'une psychiatrie vouée non pas à la maladie mentale, au sens que lui confère le DSM-III, mais à la prise en charge des multiples traumatismes que génère, en probabilité, la vie sociale, depuis le soutien aux accidentés de la route jusqu'à l'accompagnement des victimes de catastrophes naturelles ou de prises d'otages (Fassin et Rechtman 2009). Il y a, dans ce développement, une manière de réduire en pensée les bénéfices qui peuvent être attendus de l'intégration sociale : la conformité ne protège pas en probabilité du mal-être, ni même du trouble mental puisque le contexte social n'a pas prise sur celui-ci<sup>23</sup>. Si on ajoute à cela que les

22. « Dans le DSM-III, chacun des désordres mentaux est conceptualisé comme un schéma ou un syndrome comportemental ou psychologique, significatif d'un point de vue clinique, qui apparaît chez l'individu et qui est typiquement associé avec un symptôme de douleur (détresse) ou un dérèglement d'une ou plusieurs aires du fonctionnement (incapacité) » (APA 1980, p. 6).

23. La distinction introduite ici entre facteurs morbides et sociaux traduit le déclin de la psychiatrie sociale et de l'hypothèse réactionnelle (Schulman et Hammer 1988). En effet, au cours des années 1970, la psychopathologie a cessé d'attribuer un rôle causal aux événements de vie, ceux-ci étant dès lors considérés comme des facteurs précipitants, étrangers au processus morbide. Le PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) a pu incarner, au moins pendant un temps, l'exception à cette règle. Le syndrome a été intégré au DSM sous la pression de l'administration des vétérans qui cherchait à obtenir de l'État une pension pour les

troubles de la personnalité, associés aux comportements de déviance, ne désignent pas un syndrome psychiatrique, on parvient au constat suivant : rapportée à la désignation de la pathologie, la normalité comprend la possibilité de la pleine autonomie mais également celle de la déviance et de la souffrance, et décrit à bien des égards la part sombre de la condition individuelle. L'évolution du statut clinique du toxicomane est ici tout à fait significative : comme le montre le plus clairement le chapitre du livre consacré au dépistage des consommations de drogue au travail, celui-ci n'est plus ce sujet victime de sa vulnérabilité mais bien l'agent de sa propre dépendance.

C'est là le revers de la capacité conférée aux personnes, et de l'éthique de performance et de responsabilité qui en bâtit le principe : « l'individu sain », dépourvu d'incapacités, jouit pleinement de l'exercice de son autorité, mais ne connaît qu'une exonération relative, à moins que sa souffrance puisse être pleinement imputée à un facteur externe. Ses faiblesses et ses fautes, à la différence de la perspective ouverte en son temps par la psychopathologie freudienne, ne fondent pas l'objet de la thérapie, pas plus que la catharsis n'en constitue l'horizon. Comme le souligne, l'expression plébiscitée par la psychiatrie contemporaine, la thérapie, au sens où l'entend le DSM-III (c'est-à-dire essentiellement les médicaments psychotropes et quelques formes de psychothérapies) vise d'abord « une amélioration » (Le Moigne 2016)<sup>24</sup>. Dans ce contexte, la valeur du soin est d'abord réparatrice ou restauratrice : elle s'applique à la correction d'un dysfonctionnement neurologique, comportemental ou cognitif. En dehors de ce rétablissement de capacité, l'amélioration ne prétend pas produire de plus-value. Néanmoins, le manuel reconnaît à travers l'axe V, une définition plus positive de la santé. Laquelle ?

L'axe V évalue le degré d'intégration ou de réhabilitation du patient au cours de la thérapie, ou à sa suite. Il retient, au titre de *fonctionnement déficient*, la dangerosité du patient, pour lui-même ou autrui. La déviance est donc mise ici au premier plan. Au titre d'un *fonctionnement moyen*, c'est-à-dire partiellement altéré, l'outil fait référence aux situations où les symptômes du patient nuisent à sa communication avec autrui. C'est donc ici l'impact de la pathologie qui est établi en mesure de la performance individuelle. Enfin, au titre d'un *fonctionnement acceptable* ou satisfaisant, l'échelle retient entre autres l'absence de symptômes, l'intérêt du patient pour le travail et les

---

anciens combattants du Vietnam. Le PTSD fut d'abord conçu comme « une réaction normale à une situation anormale ». Mais, depuis 1994, il s'applique à la part des personnes qui aurait tendance à développer une réponse pathologique aux événements, quels qu'ils soient, de sorte que c'est moins la situation que le mode de réaction de l'individu qui est dès lors jugé discriminant. À ce sujet, voir (Young 1995).

24. Le DSM-III reconnaît essentiellement les thérapies dites « cognitivo-comportementales », au détriment de la psychanalyse qui avait massivement structuré la rédaction de la seconde version du manuel en 1968. À ce sujet, voir (Champion 2008).

loisirs, et le constat d'une sociabilité riche et pérenne. Ainsi, le fonctionnement est dit normal lorsqu'il répond aux caractéristiques d'un état asymptomatique *et* d'une conduite intégrée.

La notion de fonctionnement introduit donc une certaine correspondance entre intégration sociale et accomplissement personnel. Cette conjonction vise à signifier que l'amélioration thérapeutique est susceptible de bénéficier à la vie sociale du patient, de la même manière, qu'une réhabilitation bien conduite peut encourager la rémission du malade et induire chez celui-ci un « mieux-être ». Cette conjonction énonce un principe hiérarchique : elle laisse entendre que l'accomplissement personnel présuppose l'intégration. C'est pourquoi la déviance est jugée, plus encore que la pathologie, contraire au bien-être. Mais, la gradation admise ici s'applique également à l'amélioration thérapeutique. Si la rémission du malade œuvre à son intégration, elle ne suffit pas au bien-être du patient. Une telle organisation de sens n'est possible que si on admet, sous le bien-être, une entité à la fois séparée et supérieure. Alors, il devient possible de distinguer la rémission de l'épanouissement, mais également le soin médical d'une toute autre vision de la santé et de l'amélioration sanitaire (Le Moigne 2016).

Cette possibilité se reconnaît à la disjonction opérée par la discipline entre « amélioration » et « santé mentale », ou « santé mentale » et « santé mentale positive ». Ainsi, selon l'axe V du DSM-III, le fonctionnement individuel est jugé convenable lorsque le sujet, libéré de ses symptômes, est impliqué dans la vie sociale et est satisfait de cette implication. Mais, que ce fonctionnement soit normal n'implique pas qu'il soit optimal. La normalité, celle des états acceptables, n'est pas ici le signe d'une santé parfaitement accomplie, mais plutôt d'un bien-être minimal. À cet égard, l'échelle de l'axe V, qui comprenait initialement un gradient de 0 à 100, a été réduite à une cotation de 0 à 90 lors de la parution du DSM-IV en 1990. L'intervalle supérieur de l'échelle a été supprimé dans la mesure où il a paru destiné à la cotation de sujets démontrant un fonctionnement particulièrement performant, ou si on veut, « suroptimal ».

Autrement dit, selon le manuel, l'optimisation du potentiel individuel est, au regard de la vocation du soin psychiatrique, hors de propos bien qu'elle ne puisse être tout à fait ignorée par la discipline. Dans une perspective proprement médicale, la psychiatrie entend permettre au patient de retrouver une condition suffisante, compatible avec ses idéaux et ses capacités. Passé ce seuil, elle ne le reconnaît plus en tant que sujet justiciable d'un soin. Mais, dans une perspective psychologique, celui-ci reste accessible à la psychothérapie et aux techniques dédiées précisément au traitement de la souffrance et au développement personnel.

Le thème du bien-être marque ainsi, plus globalement, la nécessité pour la clinique de tenir compte de la « singularité de l'individu », sinon de veiller à son « épanouissement ».

Une fois associée au soin, cette perspective dessine les contours d'un exercice capable d'agréger l'amélioration et le développement, une philosophie réparatrice et instauratrice de la santé, la médication et la psychothérapie, les approches biologiques et psychologiques du trouble mental, et de réunir, en dépit de rivalités structurelles, l'ensemble des professions mobilisées sous la bannière de la « santé mentale ».

### **1.2.2. Maladies revendiquées, qualité de vie et bien-être : la généralisation du modèle**

Le DSM-III a contribué à l'introduction de définitions opérationnelles qui, depuis lors, régissent aux États-Unis un nombre exceptionnel d'actions dans des secteurs aussi variés que l'actuariat, l'expertise judiciaire ou encore l'examen de la gestion hospitalière. Par quoi, la contribution du manuel, depuis sa mise au point jusqu'à sa diffusion, a été décisive dans le mouvement d'imposition de la santé mentale comme cadre général d'action, tant cognitif que pratique.

Si le manuel s'est imposé, c'est sans doute parce que sa confection a réuni la plupart des instances mobilisées par la désignation formelle des troubles, qu'il s'agisse des sciences biomédicales, de l'administration sanitaire, des professions psychiatriques et psychologiques ou bien encore des représentants des minorités et des mouvements de patients. Ainsi, cette entreprise a été d'emblée projetée au cœur des tensions qui ont entouré la qualification de l'affection mentale. Mais, cette situation a permis en retour aux artisans du standard de revendiquer une position d'interface, et d'ouvrir par suite une scène sociale propice à l'ajustement des rivalités présentes. À ce titre, le manuel a participé à l'institutionnalisation d'une nouvelle carte du normal et du pathologique. Cette carte donne à voir un renversement de l'équation traditionnellement introduite entre les deux termes. En effet, l'entrecroisement d'un parti pathologiste et d'un idéal acquis à l'expressivité personnelle a plaidé en faveur d'une régularisation et d'une extension massive des troubles mentaux, si bien que la normalité a été associée sous ce jour à une condition plus banale, elle-même inductrice de souffrances.

Cette perspective a favorisé l'émergence de deux mouvements qui ont signé la généralisation du modèle ainsi institué et qui, par suite, ont accéléré le développement de l'instrumentation psychiatrique en élargissant la couverture des problèmes traités par elle.

D'abord, le cadre logique qui structure le manuel a contribué à modifier le statut social de l'affection mentale et a œuvré, à ce titre, directement à la défense des patients, si bien qu'aujourd'hui des « revendications de maladie » sont devenues possibles, au point de susciter *la prolifération des troubles répertoriés* et des échelles censées les mesurer.

Mais, dans le même temps, les doléances qui ont alimenté ce mouvement ont contribué à diffuser une vision particulièrement individuelle de l'existence et du progrès. À ce titre, elles ont soutenu la légitimité d'une *évaluation subjective de la santé*, sous l'égide de la « qualité de vie » (Le Moigne 2010b, 2014), qu'il s'est alors agi de mesurer tout également, et de manière objective, au même titre que le trouble mental lui-même.

Ainsi globalement, ce mouvement devait contribuer à *décontextualiser toujours un peu plus* les troubles psychiques jusqu'à la santé mentale elle-même, en inscrivant celle-ci sous la bannière du « bien-être individuel », au risque d'en exclure toute dimension sociale.

Ces différents processus peuvent être détaillés comme suit.

1) L'impact des nouvelles désignations de la normalité et de la pathologie se mesure à l'évolution des revendications des mouvements de patients. À partir de 1980, y compris en France, les organisations d'usagers, sous l'égide en particulier des fédérations de familles, ont eu tendance à revendiquer le caractère biologique de la pathologie mentale. Marquées par une orientation consumériste, ces organisations réclament aujourd'hui pour la plupart le remboursement des soins pour les affections répertoriées par la nomenclature psychiatrique. À ce titre, elles admettent l'hypothèse de l'origine endogène de la maladie, et s'opposent le plus souvent à la couverture des problèmes dits de « souffrance psychique » qu'elles jugent trop frustrés. Ces associations, regroupées sous l'égide de la *National Alliance for Mental Illness* (NAMI), représentent aujourd'hui le premier bailleur de fonds de la recherche psychiatrique aux États-Unis (Menninger et Nemiah 2000). De manière assez inattendue, au regard de la contestation de l'arbitraire psychiatrique des années 1960, ce processus oblige aujourd'hui la discipline à composer, devant la multiplication des revendications de pathologies, avec une demande croissante de labellisation, au risque d'avoir sans cesse à négocier la définition de ses catégories et de son périmètre d'intervention. C'est ainsi qu'entre le DSM-I, publié en 1952, et le DSM-IV, publié en 1994, l'éventail des troubles mentaux répertoriés par le manuel est passé de 60 à 410 entités<sup>25</sup>.

De ce point de vue, l'opposition de la psychologie du sujet à la psychiatrie des années 1960 démontre combien l'individualité peut nourrir le conflit social, et donner lieu à des actions moins défensives que mobilisatrices (Crossley 2006). La promotion de l'individu s'est constituée ici en support à une série de mouvements sociaux, et a été à l'origine

---

25. Sur la question de la « prolifération » des pathologies recensées par la psychiatrie aujourd'hui, se reporter à (Castel 2010). Sur la légitimité associée à l'affection mentale, telle qu'elle est revendiquée par les mouvements de patients, voir entre autres (Dumit 2006) et (Chamak 2008).

d'une véritable production de société. À cette occasion, la santé est devenue un bien commun et a été instaurée en figure du progrès. Mais, cette promotion met en conflit deux visions radicalement opposées : l'une, de facture psychobiologique, en appelle à une amélioration de l'existence et de la condition individuelle, dans les termes d'une réduction physiologique de l'affection ; l'autre, de facture subjectiviste, s'accorde pour reconnaître dans l'accès à la santé le vecteur d'une plénitude de soi, c'est-à-dire d'abord d'une émancipation de l'individu. Cette dernière perspective est à l'origine d'un deuxième mouvement qui a affecté, plus directement l'évaluation du soin.

2) En effet, la défense du sujet a contribué à importer sur le terrain de la médecine une problématique qui a enrichi et complexifié à la fois la notion de santé. À travers la question du bien-être, la santé n'a plus seulement trait à l'amélioration thérapeutique, mais s'élargit à l'accomplissement de soi. Cet idéal projette la santé pour partie à l'extérieur du soin, vers la psychologie notamment, et en décharge partiellement la psychiatrie. Et, à la fois, la discipline est bien tenue de composer avec cet idiome dans la mesure où celui-ci contribue à placer dans le respect de la subjectivité, et dans la qualité des expériences vécues dans la prise en charge, une disposition opposable au soin (Benamouzig 2010). Autrement dit, le développement de l'exigence de santé permet d'observer comment le subjectivisme nourrit le développement du système sanitaire et est capable à la fois d'en contraindre l'organisation.

L'évaluation de la qualité de vie en milieu hospitalier, ou lors des essais cliniques comme l'exige la *Food and Drug Administration* (FDA), rend directement compte de cette perspective (Bowling 1997). Cette évaluation dite subjective, inaugurée pour large part par la psychopathologie quantitative, dans une filiation à vrai dire assez indirecte avec la sociologie des indicateurs sociaux (Le Moigne 2010b), reconnaît que l'intervention médicale – quelle qu'elle soit – peut accroître sinon provoquer le mal-être du patient. Concrètement, la qualité de vie désigne le rapport qu'il est possible d'établir entre *les aspirations manifestées par l'individu*, dans une série de domaines préétablis (travail, couple, loisir, etc.), et *l'accomplissement de cet idéal*, tel qu'il peut être évalué à l'aune de l'expérience et des sentiments exprimés là encore par l'individu. L'évaluation consiste, par exemple, à estimer dans quelle mesure le bilan du patient, établi avant et après l'introduction de la thérapeutique, a été modifié par cet événement (Cialdella et Chambon 1995). Ce contexte complexifie la détermination des effets de l'intervention médicale. Dans l'idéal, elle oblige à décrire formellement, dans le cas où il ressort que la prise en charge altère la qualité de vie du patient, les causes de ce changement en distinguant la part imputable à la pathologie de celle qui peut être attribuée au soin lui-même (Le Moigne 2010b).

À ce titre, l'introduction de la mesure de la qualité de vie a visé à réunir d'un même pas, d'une part, le droit à l'expression du patient et, d'autre part, la participation de celui-ci

à l'amélioration de la prise en charge. Dans le premier cas, il s'agit de répondre à une aspiration démocratique, en ouvrant l'évaluation de la vitalité personnelle au sujet lui-même, sans la confiner au verdit de l'expertise médicale. Dans le second, en intégrant l'estimation du sujet sur sa santé et sur la prise en charge, il s'agit d'ouvrir l'intervention médicale à de nouveaux critères, la qualité de vie du patient étant tenue sous ce jour comme un indice de la qualité du soin (Benamouzig 2010). Ici, la troisième partie du livre montre bien combien l'emploi des instruments conçus par la psychiatrie permet de désactiver les conflits qui pourraient naître de la prise en charge, et de la consultation en particulier. Par certains aspects, la prétention de ces outils à l'objectivité fait d'eux des outils, sinon de négociation, du moins d'appui au dialogue entre médecins et patients. Cette propriété ne peut se concevoir sans une croyance partagée dans la neutralité des instruments, et à la fois, elle ne prend tout son sens que dans la mesure où praticiens et patients sont persuadés de la pertinence de leurs points de vue « personnels ».

3) Toutefois, la régularisation – au moins tendancielle – de l'affection mentale et l'affirmation d'un nouveau statut pour le patient font pendant à un autre processus, proprement naturaliste, dont la facture du DSM-III rendait déjà directement compte. En effet, le manuel emprunte tant à la psychobiologie qu'à la psychologie du sujet, simplement parce que ces approches décrivent les deux faces d'une même pièce. Dans le premier cas, la biologie est convoquée pour tenter de caractériser des problèmes qui sont censés affectés des individus qui ne seraient liés entre eux que par leur physiologie. Dans le second cas, c'est l'individu lui-même qui est fait nature, sous les traits d'une personnalité psychique – ou d'une conscience – dont la conformation ne devrait qu'à elle-même. Si la causalité est différente, l'unité de référence n'en est pas moins à chaque fois l'individu autonome, c'est-à-dire « désocialisé ». Cette perspective soutient une « décontextualisation » des personnes dont la seconde partie du livre, en particulier le chapitre rédigé par Margot Morgiève, cherche à évaluer les incidences, tant pour la recherche que pour la clinique.

Ainsi, pour l'évaluation de la qualité de vie, la psychopathologie quantitative s'est inspirée de la tradition ouverte par la sociologie des indicateurs sociaux, mais pour s'en démarquer aussitôt. Cette sociologie a cherché à proposer une modélisation du bien-être social dans les années 1970 (Campbell *et al.* 1976 ; Andrews et McKennel 1980). Ce mouvement est né de la critique de l'économie classique qui tendait à considérer la croissance comme le critère du « bien-être des Nations ». Ces études ont ainsi cherché à étendre le spectre des indicateurs susceptibles de rendre compte des conditions d'existence des populations, en privilégiant une série de « postes » jugés primordiaux (revenu, emploi, participation politique, croissance démographique, criminalité, etc.). Il s'agissait donc pour l'essentiel de données de population dites « objectives », c'est-à-dire élaborées à partir d'un chiffrage collectif, sans le recours au témoignage individuel. En revanche, pour la psychopathologie, si l'évaluation de la qualité de vie vise bien à



déterminer le niveau du bien-être individuel, alors elle ne peut être mieux conduite que par l'individu lui-même. C'est pourquoi il importe pour elle que le répondant ait à déterminer et à hiérarchiser par lui-même les domaines de l'existence, au motif qu'on ne saurait substituer le point de vue de l'enquête au sien (Cialdella et Chambon 1995). Au regard de la doctrine défendue par le mouvement des indicateurs sociaux, le renversement est total (Le Moigne 2010b). Il ne s'agit pas de tenir compte des dimensions dites « objectives » de l'existence (ressources, activités, etc.), en vue de montrer ensuite combien elles contribuent à l'organisation subjective du bien-être. Il s'agit bien plutôt de partir du bien-être subjectif en vertu de l'influence qu'il est censé exercer sur la perception de l'existence. Certes, la psychopathologie reconnaît l'évidente immersion de l'individu dans son contexte social, et le poids qu'exerce cette immersion sur ses préférences et ses choix. Mais, dans la mesure où elle tend à placer dans le sujet une force motrice, indépendante et pré-déterminante, la question pour elle n'est pas de savoir quelle influence exerce cet environnement mais plutôt de comprendre la manière dont le sujet se l'approprie. En vertu de quoi, cette évaluation en est venue à considérer que le sujet, étant producteurs de ces idéaux, est par suite le seul à pouvoir juger de leur réalisation dans les faits. Avec la psychopathologie, la qualité de vie est devenue ainsi subjective de bout en bout<sup>26</sup>.

Mais, cette « désocialisation » apparaît plus nettement encore lorsqu'on se réfère aux définitions qui ont été données de la « santé mentale positive », c'est-à-dire du bien-être individuel. Il y a là une vision du bonheur et du progrès, qui se donne à voir sous le terme de la réalisation, de l'accomplissement ou encore de l'accès à la plénitude de soi, c'est-à-dire d'un processus totalement individualisé, au risque de déboucher sur un discours particulièrement inégalitaire sinon élitiste. Ainsi, la psychologie dite du « bonheur », pour ne considérer qu'elle, a privilégié deux approches du bien-être (Le Moigne 2016). La première, dite du « potentiel humain », pense le bonheur à la manière d'un achèvement de forme : la plénitude ou la réalisation de soi, selon cet idéal de santé, résulterait de la découverte puis de l'exploitation par l'individu *de ses qualités*

---

26. L'article des psychiatres et psychométriciens Philippe Cialdella et Olivier Chambon est ici tout à fait évocateur. Son propos vise à montrer comment l'évaluation standardisée a cherché à objectiver l'appréciation subjective de l'existence, au moyen d'échelles censées soutenir une telle gageure. Voici comment les auteurs s'appliquent à définir la qualité de vie (QV) : « il n'existe pas actuellement de consensus sur une définition claire et précise de la QV, d'autant que le concept se situe au carrefour des sciences économiques, sociales, de la médecine, et de la psychologie. Cependant, depuis les travaux sur les indicateurs sociaux qui devaient démontrer la relative indépendance entre indicateurs objectifs et vécu de bien-être, la très grande majorité des auteurs s'accorde à reconnaître que la QV est de nature psychologique et subjective et échappe aux orientations normatives. Pour Joyce (1987), l'évaluation de la QV implique un jugement de valeur, et il affirme que "lorsque les valeurs sont envisagées, celles qui m'importent sont les miennes", pointant l'aspect subjectif de cette évaluation et de ces normes » (Cialdella et Chambon 1995, p. 171-172).

ou *vertus intrinsèques* (Ryand et Deci 2001). Dans la lignée de la psychologie de la personnalité, une seconde perspective considère quant à elle que l'accès au bien-être dépend d'une *qualité inégalement partagée*. Dans ce dernier cadre, l'accomplissement de soi rend compte d'une capacité personnelle à faire face, d'une intelligence particulière des faits émotionnels et sociaux, ou bien encore d'une aptitude remarquable à l'adaptation (Vaillant 2003). Qu'on considère l'une ou l'autre des perspectives, l'intelligence des faits personnels n'est plus soudée à une dimension sociale, c'est-à-dire relationnelle. Au contraire, l'épanouissement du sujet est ramené ici à une psychologie de la révélation ou du don individuel qui n'est pas sans faire dépendre les différences entre les personnes d'une hiérarchie et d'une inégalité, proprement, naturelles (Le Moigne 2014).

Ainsi, les revendications de maladie, couplées à l'exigence d'une appréciation de la santé exprimée par le sujet lui-même, ont contribué à faire croître sensiblement l'appareillage instrumental de la psychiatrie, et à démultiplier son emploi dans des secteurs toujours plus larges de la société. Ce mouvement de généralisation a porté l'évaluation standardisée à son apogée, tout en réduisant à une part négligeable l'incidence accordée aux phénomènes sociaux dans la genèse des faits ainsi examinés. Ce processus se conçoit logiquement dès lors qu'on considère la raison proprement individualiste de l'évaluation standardisée, l'expansion de celle-ci conduisant mécaniquement à réduire l'écho d'une approche en contexte des troubles mentaux. Mais, il y a plus. L'empreinte de la raison individualiste n'informe pas seulement les contours de la nosographie et le découpage des objets mesurés par l'évaluation, et elle n'est pas seulement explicative de la densité et de l'étendue des problèmes examinés par ce moyen. Cette raison transparaît au niveau même des procédés employés pour certifier la valeur des outils créés pour ce travail évaluatif, et pourrait même être à l'origine du format retenu par leurs concepteurs pour en faire reconnaître l'utilité ; à savoir, le standard.

### I.3. Le standard : un nouveau format de règles ?

Un autre élément est également livré par le DSM-III : par la relation immédiate qui lie la santé mentale au bien-être individuel, et à son revers dans le trouble psychique, la psychiatrie ne fait pas que produire une vision de l'existence ; elle s'inscrit à l'épicentre même de la production de l'individualité. Autrement dit, le DSM-III, une fois instauré en standard, a œuvré directement à la définition et à la diffusion d'une nouvelle normativité, instituant en quelque sorte la « feuille de route » de l'individu contemporain pour les personnes elles-mêmes mais, peut-être davantage encore, pour les agences censées contribuer à leur évaluation dans les domaines du soin, de l'assurance, de l'expertise pénale, etc. La question qu'on est en droit de se poser a trait au format emprunté par la règle ainsi édictée – celui du standard. Ici, il est possible de considérer que le genre

d'exigences dont relève l'individualité implique, pour être institué, un type de médiations lui-même particulier dont l'instrument impersonnel et standardisé pourrait bien fournir l'un des modèles.

La sociologie de la standardisation s'est appliquée à montrer que cette forme de normalisation était, dans le domaine médical, naturellement liée à la rationalisation des règles de décision et de gestion des dépenses (Porter 1994 ; Berg 1997). D'autres analyses ont fait valoir que la dimension proprement technique du standard a contribué, mieux que la tradition de l'art thérapeutique, à la professionnalisation du corps médical en lui permettant de se démarquer mieux qu'autrefois des médecines profanes (Gordon 1988 ; Berg *et al.* 2000). C'est là d'ailleurs l'une des interprétations qui ont pu être données du succès rencontré par le DSM-III : selon cette perspective, celui-ci aurait doté la psychiatrie d'un nouveau « style professionnel » qui lui aurait permis non seulement de reconquérir son autorité mais de l'étendre, en calquant son objet sur celui de la biomédecine (Cooksey et Brown 1998 ; Mayes et Horwitz 2005). Enfin, d'autres approches ont, souvent à bon droit, remis en cause la prétention universaliste de la normalisation en mettant au jour la part d'irréductibilité des particularismes locaux devant la plupart des standards, à commencer par le DSM (Castel 2009 ; Timmermans et Epstein 2010)<sup>27</sup>.

Toutefois, ces analyses ne s'appliquent pas suffisamment au type et à la qualité de la règle représentée et édictée à la fois par le DSM-III (Le Moigne et Ragouet 2003). Un détour par l'approche néo-institutionnaliste de la standardisation peut offrir matière à comprendre l'arrière-plan, non seulement logique ou pratique mais proprement normatif qui structure l'énoncé de la règle sous ce format. Dans la filiation de cette école, Brunsson et Jacobsson, du Centre de recherche sur les organisations de Stockholm, ont tenté de dresser un portrait de la standardisation qu'on peut résumer en quatre points (Brunsson et Jacobsson 2000).

1) Brunsson et Jacobsson cherchent à comprendre les processus de régulation à partir de la qualité des règles, de leur création et de leur diffusion dans le corps social. Leur visée peut être dite relationnelle en ce sens où elle ne se réduit pas au périmètre de l'entreprise, de l'État, des communautés ou même des individus, mais entend au contraire s'appliquer aux mécanismes qui concourent à l'emboîtement des différents niveaux de l'organisation sociale.

2) Selon Brunsson et Jacobsson, la standardisation peut être décrite dans les termes à la fois d'un *processus* et d'un *mécanisme* de régulation. Autrement dit, elle œuvre à la formation et à la pérennité des relations sociales, d'une part, dans la mesure, d'autre part,

---

27. Sur l'écart qui prévaut entre la règle édictée par le DSM et l'usage qui en est fait par les psychiatres, se reporter à (Luhmann 2000) ou bien encore à (Kirk et Kutchins 1998).

où elle diffuse et fixe *des procédés d'action partagés* – un standard. Celui-ci, dont les formes et les terrains d'application sont multiples (normes de qualité, critères d'évaluation, schéma type de gouvernance, composition microbienne d'un produit alimentaire, contenu de l'information financière d'une entreprise cotée en bourse, etc.) est néanmoins guidé, selon les auteurs, par trois principes d'utilité, exclusifs ou intégrés selon les cas. Un standard peut posséder *une visée définitoire*, c'est-à-dire proposer une désignation rigoureuse des objets, des phénomènes ou des êtres, à l'instar des classifications par exemple. Il peut également viser *un projet opératoire*, en énonçant par des règles la procédure à suivre dans la perspective par exemple de l'évaluation formelle d'un phénomène, à la manière des arbres décisionnels ou des outils de mesure. Un standard peut enfin poursuivre *une vocation programmatique (évaluative)*, et mentionner les caractéristiques qu'un univers ou une activité doit posséder ou chercher à réunir, à l'instar des normes de qualité.

3) Mais, il ne saurait être question de standard si les différents supports mobilisés ici, quelle qu'en soit la forme – notices, formats, protocoles, matériels, etc., n'étaient supposés s'appliquer à leur objet de manière universelle (délocalisée), d'une part, et s'adresser sans contrainte, d'autre part, à une population virtuelle, enfin. C'est là le cœur de la thèse défendue par Brunsson et Jacobsson. En effet, selon eux, le standard représente une règle d'un genre particulier.

À la différence de *la norme communautaire*, internalisée, anonyme et parfois peu applicable, le standard s'apparente à une prescription explicite, identifiable par sa source et marquée par une visée opératoire. En outre, la norme implique un rapport de proximité – d'appartenance ou de territoire, auquel la règle standardisée n'est pas soumise. Surtout, la norme exprime une obligation dont la transgression conduit en général à la marginalisation ou la stigmatisation de son auteur, alors que l'adoption d'un protocole ou d'un schéma décisionnel ne revêt pas nécessairement le caractère d'un impératif ou d'une contrainte.

Selon les auteurs, le standard se distingue également *des directives*, c'est-à-dire des règles émanant des hiérarchies administratives ou organisationnelles qui, pour être explicites, n'en ont pas moins valeur d'ordres. En outre, l'introduction d'une directive implique une capacité discrétionnaire, et peut être en ce sens attribuée à l'arbitraire d'un individu ou d'un groupe. Distinctes du régime communautaire et des relations asymétriques du pouvoir, les prescriptions standardisées bénéficient d'une *prétention à la neutralité*.

Cette particularité est redoublée par le fait que leur adoption n'est pas soumise à obligation : l'adhésion du contractant est réputée volontaire. Cette liberté de souscription ne doit pas pour autant conduire, selon l'analyse des auteurs, à rapporter la standardisation à l'émanation d'une logique de *marché*. Les organisations marchandes sont gouvernées par la compétition, la réciprocité des échanges et le retour sur investis-

sement. L'adoption d'un standard repose en revanche sur une délégation d'initiative (accordée aux producteurs du standard) qui déroge aux principes de libre concurrence et de péréquation des coûts. Ainsi pensée, la standardisation s'apparenterait à un mode de régulation susceptible d'apporter stabilité, unité et prévisibilité aux relations inter-organisationnelles, sans pour autant être gagée par un lien d'appartenance, par la menace ou la réciprocité des gains. Selon les auteurs, sa diffusion engage d'abord un principe de conviction.

4) Un des aspects les plus importants de la thèse défendue par Brunsson et Jacobsson concerne les conditions favorables à l'expansion de la standardisation. Les auteurs font d'abord valoir ici *une clause de rendement* : ce mode de régulation peut opérer hors du débat démocratique et du processus législatif, parfois lent et hasardeux ; il ne requiert pas des acteurs l'adhésion à une communauté de valeurs, soit à un principe sélectif d'appartenance ; il est capable d'instaurer des mécanismes de coordination et de contrôle à distance, c'est-à-dire un procédé indépendant des interactions directes du travail, de l'échange marchand ou des relations personnalisées. À cette clause d'efficacité, les auteurs ajoutent *des conditions de type contextuel*. En particulier, le développement historique de la standardisation doit être attribué, selon les auteurs, au rapport immédiat qu'elle entretient avec « l'individualisation des sociétés contemporaines ». Elle incarne la possibilité de coordonner des acteurs multiples et autonomes, susceptibles d'adhérer au jeu ou de se retirer sans entrave. L'adoption d'un standard, par son caractère souscrit, rendrait ainsi raison à la manifestation de la responsabilité et de la latitude individuelles. Elle exprimerait un mode de participation qui ne requiert pas, pour préalable, l'échange immédiat et personnalisé, l'adhésion aux valeurs d'un groupe ou la soumission au contrôle hiérarchique.

Naturellement, il y a là une présentation apologétique du standard. Son assimilation à une « norme volontaire », librement choisie et consentie, consacrerait ainsi l'institutionnalisation d'un univers lui-même dégagé des pesanteurs de la tradition, du pouvoir et du marché. En ce sens, la standardisation désignerait la règle proprement archétypique d'une société d'individus émancipés, indépendants et autonomes. Évidemment, comme le montre clairement l'histoire du DSM-III, l'imposition d'un standard ne se conçoit pas sans négociations et luttes d'intérêts, sans la multiplication d'opérations de lobbying et de communication et, dans le cas précis, sans la constitution d'un monopole américain sur le diagnostic psychiatrique : autant d'éléments qui suffisent à mettre en doute l'idée que l'adoption d'un standard est totalement volontaire et raisonnée.

Néanmoins, le propos de Brunsson et Jacobsson peut s'avérer tout à fait utile si on reconsidère le statut qu'il confère à l'autonomie individuelle, en admettant celle-ci non pas comme un fait mais comme une orientation normative. Une fois ce changement opéré, on peut observer que le standard s'impose sans doute moins comme le vecteur d'un cadre réglementaire librement consenti qu'il n'incarne au plus près le format auquel

la normativité individuelle contraint aujourd'hui l'édiction des règles et la coordination des échanges sociaux à grande échelle.

Le type d'obligations qui entoure l'édiction des règles dans le contexte d'une telle normativité a bâti par de nombreux aspects la légitimité du DSM-III. En effet, la validité de la nomenclature n'a pas été fixée seulement à partir du contenu des entités nosographiques, toujours sujet à des débats et des conflits d'écoles, mais tout également et surtout à partir d'un procédé particulier d'énonciation et de ratification des classes syndromiques. Comme le montre la première partie du livre, il s'est agi de faire valoir dans ce domaine une transparence et une objectivité maximales par la formalisation des définitions et de leurs critères, la normalisation du vocabulaire utilisé, le recours à des énoncés basés sur des indices observables, etc.

Autant de précautions laissent à penser que le format de la nomenclature a revêtu une importance égale à celle prêtée à son donné. La manière avec laquelle les rédacteurs du manuel ont cherché à donner corps à l'évidence et à la rationalité de leurs catégories offre une démonstration directe de ce constat. En dehors d'éléments issus de la recherche biologique et pharmacologique, la démonstration d'objectivité du manuel se déduit essentiellement d'une *métrologie du consensus* : la fidélité inter-juges. Celle-ci a pour objet d'évaluer la convergence d'opinion des cliniciens dans le diagnostic des patients : les psychiatres, soumis à l'observation des mêmes sujets, remplissent des grilles de cotation similaires, leur degré de consensus étant par la suite mesuré à l'aide d'un coefficient statistique *ad hoc* – le kappa. Selon les rédacteurs du DSM-III, ce projet probatoire a été guidé par l'intention de transcender l'incommensurabilité conférée aux points de vue des cliniciens. Il est, en ce sens, directement marqué par un fort présupposé subjectiviste : dans ce contexte, le dépassement de la subjectivité et de l'idiosyncrasie prêtées aux psychiatres revêt un caractère si structurant que l'obtention d'un consensus de leur part suffit, à bien des égards, à faire preuve<sup>28</sup>.

Naturellement, la relation nouée entre la statistique et la raison administrative est, depuis l'origine des opérations de dénombrement, fondée sur la recherche de la plus grande neutralité, l'intérêt général ayant dû, dans le contexte de la rationalisation de l'action publique, primé sur l'opinion des clercs ou des notables (Gigerenzer 1987 ; Dehue 2000). Mais encore s'agissait-il pour l'essentiel de dépasser une subjectivité dite « d'appartenance » (une partialité de groupe ou de position) ou de « sens commun ». Le contexte de la clinique américaine des années 1970 a appliqué un nouveau tour de roue à cette exigence. En effet, la cure, analytique en particulier, et le clinicien avec elle, ont fait alors l'objet de multiples débats portant tout à la fois sur la technique, l'efficacité et la

---

28. Pour une présentation critique des fondements et des limites rencontrées par la démonstration interjuges, se reporter à (Le Moigne 2006). Ce point est par ailleurs développé dans le premier chapitre de l'ouvrage.

généralisation des effets produits par les psychothérapies. La cure a fini ainsi, à la faveur du subjectivisme ambiant, par être perçue comme un acte local et extrêmement personnalisé, capable au mieux d'études de cas. Elle a paru dominée par une relation de personne à personne, c'est-à-dire par la rencontre de deux subjectivités. C'est pourquoi le dépassement de l'idiosyncrasie prêtée aux cliniciens a fini par prendre la valeur d'un impératif (Le Moigne 2008)<sup>29</sup>. Ainsi, la subjectivité, que l'objectivité a eu pour intention de dépasser, était devenue personnelle.

Logiquement, si on ne croit pas que le jugement dépend de points de vue personnels irréductibles, qu'il conviendrait de concilier ou de transcender pour faire œuvre de connaissance, alors l'idée de démontrer par le consensus la pertinence des catégories que nous utilisons tombe un peu à plat. C'est pourtant le dépassement d'une telle individualité que la règle édictée doit signifier ici si elle veut prétendre à un caractère objectif et universel : elle doit démontrer de bout en bout une facture neutre et impersonnelle, à la fois dans sa visée, sa forme, son mode opératoire et sa ratification<sup>30</sup>.

En ce sens, le DSM-III paraît exemplaire de deux mouvements :

1) d'abord, sa confection a été traversée par un jeu d'oppositions qui a requis la composition d'arrangements et d'outils d'un genre nouveau. C'est là, plus globalement, le sens qu'on peut conférer à la standardisation des catégories de l'affection mentale. Celle-ci ne se réduit pas à un travail de normalisation, c'est-à-dire à la production d'une norme. En tant que processus, la standardisation donne à voir plus exactement comment, dans un contexte où l'existence est censée dépendre d'un régime purement individuel, psychique ou biologique, particulièrement rétif à l'imposition d'un ordre commun, une voie d'issue a pu être trouvée à une négociation collective du changement ;

2) ce faisant, le manuel a contribué à l'institutionnalisation d'un nouveau format de règles qui, compte tenu de son pouvoir de coordination et de régulation, semble bien décrire non pas seulement une norme mais bien l'une des institutions les plus emblématiques de la normativité individuelle et, par suite, l'une de ses médiations les plus exemplaires. C'est là l'hypothèse qui servira de fil rouge à cet ouvrage.

---

29. Pour mesurer l'enjeu que l'évaluation de la subjectivité tout autant que son dépassement a pu représenter pour la psychopathologie quantitative, il suffit de consulter les précis que la spécialité a consacrés à cette question. Pour une illustration directe de cette préoccupation, voir (Falissard 2000).

30. Le procédé domine aujourd'hui toute forme d'évaluation en psychiatrie comme en psychologie, y compris dans les domaines relatifs à l'estimation de l'autonomie ou de la qualité de vie (Le Moigne 2010b). Pour une analyse de la manière avec laquelle ce type de mesures retentit sur la part proprement clinique du travail psychiatrique, notamment dans la prise en charge de patients atteints de schizophrénie, voir (Le Moigne et Velpy 2007).

Si cette hypothèse est valide, alors il faut penser, contrairement à ce que Brunsson et Jacobsson avancent, que le format de règles véhiculé par la standardisation ne se répand pas seulement parce qu'il réussit à convaincre des individus, « libres et éclairés », de l'adopter, mais parce que sa légitimité est plus immédiate dans un contexte où l'orientation normative est dominée par l'individualité. Dans ce contexte, l'exigence de transparence et de neutralité tend à dévaluer les cadres réglementaires qui se revendiquent de la tradition, de la contrainte ou encore de l'intérêt, c'est-à-dire d'un principe susceptible de surplomber ou de corrompre l'attachement exprimé envers l'individu. Cette première condition en implique une autre, plus exigeante, à savoir que la règle soit proprement impersonnelle, sinon dépersonnalisée. Pour répondre à cette exigence, il importe qu'elle soit anonyme et qu'elle ne relate aucun point de vue singulier. Le DSM-III, comme la plupart des nomenclatures médicales depuis, a poussé cette logique à son paroxysme en veillant à entourer – au moins formellement – chacune des classes nosographiques qui le compose d'une convergence d'opinions éprouvée par l'expérimentation et la statistique. Et, paradoxalement, c'est bien cette entreprise de dépersonnalisation qui a fourni l'un des principaux ressorts au développement de la mesure en psychiatrie.

À travers ses différents chapitres, cet ouvrage voudrait offrir une illustration des différents problèmes et des différents mouvements évoqués, sans doute de manière trop rapide et schématique, dans cette introduction. Ainsi, le découpage en trois parties du livre cherche à décliner le regard porté sur la mesure du trouble mental à partir de dimensions d'actions et de réflexions assez distinctes, si tant est qu'il soit possible de les séparer dans les faits ; à savoir, celles de *la recherche*, d'une part, de *la décision*, d'autre part, et celles de *l'usage* auquel les professionnels et les institutions du soin destinent ces outils, enfin.

À cet égard, la première partie du livre vise d'abord, à travers un premier texte portant sur le développement historique de la recherche sur la dépression, à montrer comment l'instrumentation psychiatrique s'est peu à peu imposée dans les sciences. Cette lecture de l'essor historique des instruments et, par suite de la prolifération des échelles, revient à faire état de la promotion d'un nouveau langage, devenu véhiculaire dans la recherche sur les causes et le traitement des désordres mentaux, dont la principale vertu a été de mettre fin à une carence de désignation. Ces échelles ont valu comme une démonstration d'objet, en cherchant à fonder en preuve l'existence de la pathologie mentale, et ont offert une définition opératoire, suffisamment stable, et dite « objective » des troubles, de sorte que leur examen par la recherche est devenu possible. Toutefois, la facture des outils comme la division du travail instrumental oblige à penser que la solution apportée ainsi au problème de désignation relève plutôt d'un jeu de compositions,



d'arrangements et d'ajustements dont il est tout à fait légitime d'interroger le rendement<sup>31</sup>. C'est là le sens du premier chapitre du livre. Le second, rédigé par Xavier Briffault, s'applique plus directement encore à la question de la validité des tests, en prenant pour motif le cas exemplaire de l'échelle de Hamilton érigé en standard de la mesure de la dépression. Il montre que, dans le domaine des psychopathologies en particulier, mesurer ne se conçoit pas sans une définition préliminaire de l'objet et que, par conséquent, la prétention de ces échelles à la neutralité objective d'une pure métrique repose en réalité sur le préalable d'une série de choix, qu'ils soient sémiologiques, cliniques, sinon thérapeutiques, qu'il convient de mettre au jour.

La seconde partie de l'ouvrage ne se départit pas d'une réflexion sur les principes, mais elle étend ce propos aux conditions requises pour qu'un test finisse par être établi en standard. En abordant la question de l'accession de ces tests à la popularité, les textes qui composent cette partie s'appliquent donc plus directement aux conditions d'emploi des échelles, et intègrent à ce titre les aspects décisionnels, pratiques, et donc professionnels de la mesure du trouble mental. Le texte de Margot Morgiève, qui s'applique à l'usage de l'Y-BOCS dans l'évaluation des troubles obsessionnels compulsifs (TOC), pointe une des conditions essentielles pour qu'un test puisse prétendre à une généralisation d'emploi : selon l'expression qu'elle utilise, il doit pouvoir soutenir un effet de « décontextualisation », c'est-à-dire produire une évaluation indépendamment des particularités du patient et du clinicien qui l'interroge. Évidemment, cette propriété comporte de nombreuses conséquences, tant scientifiques que cliniques, que Margot Morgiève ne manque pas de pointer. Le texte que Baptise Brossard consacre au *Mini-Mental State Examination* (MMSE), dont l'usage est devenu commun dans l'évaluation de la maladie d'Alzheimer, permet d'observer qu'une autre dimension est requise pour qu'un test accède à une large diffusion : son pouvoir de « convertibilité ».

---

31. Ainsi, une question, pourtant décisive dès lors que la recherche se prévaut d'une prétention à la mesure, est rarement évoquée par ce champ de l'activité scientifique, sinon à la marge : celle du caractère métrique des grandeurs psychologiques, et par extension, psychiatriques. En effet, pour qu'un donné soit justiciable d'opérations mathématiques relativement élaborées, à l'instar de celles conduites par la psychopathologie quantitative, faut-il encore qu'il possède des qualités propices à sa conversion dans le régime des nombres. Pour cela, il importe en particulier qu'on puisse démontrer que ce donné comprend un zéro et qu'il est susceptible d'être étagé en intervalles réguliers, à l'instar de la matière travaillée par la physique. Or, de telles qualités sont pour le moins délicates à démontrer pour les grandeurs examinées sous le registre de la « sensation », de la « motivation » ou encore de la « dépression ». À la fin des années 1930, certains physiciens ont d'ailleurs mis en cause le caractère métrique des phénomènes mentaux. Mais, cette question a été finalement délaissée par la psychologie, à la faveur notamment du manuel publié par Stanley Smith Stevens en 1951, qui a institué dans la discipline une définition de la mesure plus « représentationnelle », pour ne pas dire plus symbolique (Stevens 1951 ; Martin 2003). Ce n'est qu'au début des années 2000 que le débat a ressurgi du côté des psychométriciens, notamment dans le champ de l'éducation, sans pour autant diffuser réellement au-delà de ce périmètre (Michell 1999).

Par-là, il faut entendre l'idée qu'une échelle tend à être établie en standard dès lors que son usage sert les intérêts croisés de la recherche, le statut du clinicien, la professionnalisation de certaines spécialités médicales, le financement des investigations, qu'il appuie la décision des institutions sanitaires ou encore l'opposition des laboratoires pharmaceutiques à celle-ci lorsqu'elle leur est défavorable. Alors, l'outil finit en quelque sorte par s'imposer à tous, à la manière d'un « passage obligé ».

Enfin, la troisième partie du livre s'adresse plus immédiatement à l'usage des tests en contexte, et aborde en ce sens plus directement leur emploi dans l'interaction et la régulation des systèmes sociaux. D'abord, le chapitre d'Aude Béliard, qui s'applique à l'usage du MMSE dans les consultations pour la maladie d'Alzheimer, montre bien que cet emploi ne se réduit pas à une évaluation métrique : il agirait plutôt à la manière d'une « médiation ». Il permet au premier chef de libérer l'interaction entre le clinicien, le patient et son entourage des tensions que suscite le diagnostic de la maladie, à la manière d'un « juge de paix », simplement en vertu de l'objectivité qui lui est conférée par l'ensemble des interactants. Le test peut être ainsi décrit comme un outil de négociation, puis dans l'enchaînement des visites, comme un instrument d'accompagnement du malade, le questionnaire finissant par jouer ainsi un rôle pivot dans la construction des échanges entre les acteurs de la consultation. Le texte de Renaud Crespin, qui clôt l'ouvrage, s'applique quant à lui à retracer la trajectoire d'un test biologique – le *Dole Test*. Ce test visait d'abord à encadrer le suivi des toxicomanes intégrés aux programmes de substitution, avant que son emploi ne se généralise aux États-Unis, pour finalement servir au dépistage des consommations de drogues au travail. Cette « appropriation » du test par les entreprises, pour reprendre l'expression retenue par Renaud Crespin, montre de la meilleure manière comment la diffusion d'une technique, élue en standard, est capable d'interagir avec les régulations du système social et d'en infléchir le cours. Son emploi a d'abord fait l'objet d'âpres négociations entre l'État, le secteur marchand et le droit pour autoriser le dépistage ou en conditionner au contraire le recours. Puis, par l'intermédiaire d'un complément technique visant à ratifier les résultats obtenus au test, l'emploi de celui-ci a pu finalement être généralisé et participer à l'introduction de nouvelles règles dans l'entreprise, en offrant à celle-ci un moyen de contrôler l'emploi des consommateurs de drogues.

À cet égard, l'histoire que ce dernier texte retrace est bien à l'image du changement dont l'évaluation standardisée s'est fait le témoin en psychiatrie. En se prononçant pour une défense appuyée de la personne, ce nouveau contexte a vu se multiplier les vulnérabilités dont les individus pouvaient être atteints en probabilité, si bien que l'éventail des troubles s'est élargi lui-même, au même degré que leur prise en charge. Et tout à la fois, comme le statut contemporain de la toxicomanie donne à le voir le plus directement, cet intérêt inédit pour la personne n'a eu de cesse d'amplifier la responsabilisation des individus (Martucelli 2004), jusqu'à chercher comme ici à déterminer formellement, au moyen d'un test objectif, leur éventuelle dangerosité.

## I.4. Bibliographie

- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, APA, Washington.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, APA, Washington.
- Andrews, F.M., McKennel, A.C. (1980), Measures of self-reported well-being: their affective, cognitive and other components, *Social Indicators Research*, 8, 127–155.
- Bachelard, G. (1967), *La Formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, 5<sup>e</sup> édition, Vrin, Paris, 212–213.
- Bayer, R. (1981), *Homosexuality and American Psychiatry: the Politics of Diagnosis*, Basic Books, New York.
- Béliard, A. (2014), Face à la maladie d'Alzheimer. Investissements et non investissements des catégories médicales, in *Vieillesse et vieillissement. Regards sociologiques*, Hummel, C., Mallon, I., Caradec, V. (eds.), PUR, Rennes, 353–355.
- Béliard, A., Eideliman, J.S. (2014), Mots pour maux : théories diagnostiques et problèmes de santé, *Revue Française de Sociologie*, 55(3), 507–536.
- Benamouzig, D. (2010), Mesures de qualité de vie en santé : un processus social de subjectivation ?, *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 4(1), 135–176.
- Berg, M. (1997), *Rationalizing Medical Work: Decision-Support Techniques and Medical Practices*, MIT Press, Cambridge.
- Berg, M., Horstman, K., Plass, S. (2000), Guidelines, professionals and the production of objectivity: standardization and the professionalism of insurance medicine, *Sociology of Health and Illness*, 22, 765–791.
- Blashfield, R. (1984), *The Classification of Psychopathology. Neo-Kraepelinian Quantitative Approaches*, Plenum Press, New York.
- Bowker, G.C., Star, S.L. (1999), *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*, MIT Press, Cambridge.
- Bowling, A. (1997), *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scale*, Open University Press, Buckingham.
- Briffault, X. (2010), *La fabrique de la dépression. Observer, comprendre, agir*, Armand Colin, Paris.

---

Cette bibliographie est identique à celle de l'ouvrage correspondant en anglais publié par ISTE.

- Briffault, X., Martin, O. (2011), Déprimer par les nombres, le façonnage statistique et psychométrique des dépressions contemporaines, *Sociologie et Sociétés*, 43(2), 67–89.
- Brossard, B. (2014), Un test rudimentaire mais pratique. Enquête sur le succès du Mini-Mental Examination Test, *Sciences Sociales et Santé*, 32(4), 43–70.
- Brunsson, N., Jacobsson, B. (2000), *A World of Standards*, Oxford University Press, New York.
- Buchanan, R.D. (2003), Legislative warriors: American psychiatrists, psychologists and competing claims over psychotherapy in the 1950s, *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 39, 225–249.
- Buchanan, R.D. (2002), On ‘not giving psychology away’: the Minnesota Multiphasic Personality Inventory and public controversy over testing in the 1960s”, *History of Psychology*, 5(3), 284–309.
- Cambrosio, A., Keating, P., Schlich, T., Weisz, G., (2009), Biomedical conventions and regulatory objectivity: a few introductory remarks, *Social Studies of Science*, 39(5), 651–664.
- Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, W.L. (1976), *The Quality of American Life*, New York, Russel Sage Foundation.
- Capshew, J.H. (1999), *Psychologists on the March: Science, Practice and Professional Identity in America, 1929-1969*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Castel, P.H. (2000), *La métamorphose impensable. Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*, Gallimard, Paris.
- Castel, P.H. (2009), What’s behind a guideline? Authority, competition and collaboration in the French oncology sector, *Social Studies of Science*, 39(1), 651–664.
- Castel, P.H. (2010), *L’esprit malade: cerveaux, folies, individus*, Éditions de l’Ithaque, Paris.
- Chamak, B. (2008), Autism and social movements: French parents’ associations and international autistic individuals’ organizations, *Sociology of Health and Illness*, 30(1), 76–96.
- Champion, F. (ed.), (2008), *Psychothérapie et société*, Armand Colin, Paris.
- Cialdella, P., Chambon, G. (1995), L’évaluation de la qualité de vie en psychiatrie, in *Psychopathologie quantitative*, Guelfi, J.D., Gaillac, V., Dardennes, R. (eds), Paris, Masson.

- Cooksey, E.C., Brown, P.H. (1998), Spinning on its axes: DSM and the social construction of psychiatric diagnosis, *International Journal of Health Services*, 28(3), 525–554.
- Crespin, R., (2009), Quand l'instrument définit les problèmes : le cas du dépistage des drogues dans l'emploi aux États-Unis, in *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, La Découverte, Paris, 213–236.
- Crossley, N. (1998), R.D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis, *Social Science and Medicine*, 47, 877–889.
- Crossley, N. (2006), *Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health*, London, Routledge.
- Dehue, T. (2000), From deception trials to control reagents: the introduction of the control group about a century ago, *American Psychologist*, 55, 264–269.
- Demazeux, S. (2013a), *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Éditions de Ithaque, Paris.
- Demazeux, S. (2013b), L'échec du DSM-5, ou la victoire du principe de conservatisme, *L'Information Psychiatrique*, 89, 295–302.
- Descombes, V. (2004), *Le complément de sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Gallimard, Paris.
- Dumit, J. (2006), Illnesses you have to fight to get: facts as forces in uncertain, emergent illnesses, *Social Science and Medicine*, 62(3), 577–590.
- Ehrenberg, A. (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris.
- Ehrenberg, A. (2010), *La société du malaise. Le mental et le social*, Odile Jacob, Paris.
- Elias, N. (1991), *La société des individus*, Fayard, Paris.
- Falissard, B. (2000), *Mesurer la subjectivité en santé. Perspective et méthodologique et statistique*, Masson, Paris.
- Fassin, D., Rechtman, R. (2009), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Flammarion, Paris.
- Gigerenzer, G. (1987), Probabilistic thinking and the fight against subjectivity, in *The Probabilistic Revolution: Ideas in the Sciences*, Krüger, L., Gigerenzer, G., Morgan, M. (eds), Vol. 2, MIT Press, Cambridge.
- Gordon, D.R. (1988), Clinical science and clinical expertise: changing boundaries between art and science in medicine, in *Biomedicine Examined*, Lock, M., Gordon, D.R. (eds), Kluwer Academic Publishing, Dordrecht.

- Grob, G.N. (1994), *The Mad Among Us: A History of the Care of America's Mentally Ill*, The Free Press, New York.
- Grob, G.N. (1995), The paradox of deinstitutionalization, *Social Science and Modern Society*, 32(5), 51–59.
- Guelfi, J.D. (ed.), (1998), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, Éditions Pierre Fabre, Rueil Malmaison.
- Hacking, I. (1983), *Representing and Intervening: Introductory Topics in the Philosophy of Natural Science*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Healy, D. (1999), *The Antidepressant Era*, Harvard University Press, Harvard.
- Horney, K. (1950), *Neurosis and Human Growth*, New York, NY, WW Norton.
- Jahoda, M. (1999), *Current Concepts of Positive Mental Health*, Ayer Company Publishers, Stratford.
- Kardiner, A. (1941), *The Traumatic Neuroses of War*, Washington, WA, National Research Council.
- Kirk, S., Kutchins, H. (1998), *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris.
- Laing, R.D. (1965), *The Divided Self*, Baltimore, MD, Penguin.
- Le Moigne, P., (ed.) (2003), *La mesure de la dépression. La psychométrie au carrefour des sciences*, APN-CNRS, Paris.
- Le Moigne, P. (2005), La régularisation du trouble mental : médecine, psychiatrie, bien-être, *Cahiers de Recherche Sociologique*, 41, 91–114.
- Le Moigne, P. (2006), La psychométrie et les sciences humaines, in *Dictionnaire des Sciences Humaines*, Mesure, S., Savidan, P. (eds), PUF, Paris.
- Le Moigne, P. (2008), L'efficacité thérapeutique. La psychopathologie, de l'experimentalisme à l'évaluation, in *Psychothérapie et société*, Champion, F. (ed.), Armand Colin, Paris.
- Le Moigne, P. (2010a), Une nouvelle carte du normal et du pathologique : l'institutionnalisation de la santé mentale aux États-Unis, *Sciences Sociales et Santé*, 28(1), 81–108.
- Le Moigne, P. (2010b), La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ?, *Sciences Sociales et Santé*, 28(3), 75–84.
- Le Moigne, P. (2012), *L'individualité et ses médiations. Contribution à une sociologie du changement contemporain*, Summary, EHESS, Paris.

- Le Moigne, P. (2014), La santé mentale comme philosophie politique : la psychologie du soi et le progrès social, *L'Evolution Psychiatrique*, 79(4), 683–695.
- Le Moigne, P. (2016), Les ambivalences de l'amélioration. La santé mentale au départ de la self psychology, in *Aller mieux. Approches sociologiques*, Demailly, L., Gamoussi, N. (eds), Presses Universitaires du Septentrion, Lille.
- Le Moigne, P., Ragouet, P. (2003), L'articulation de la connaissance et de la règle. Le cas d'espèce de l'instrumentation psychiatrique, in *Normes sociales et processus cognitifs*, Maison des Sciences de l'Homme et de la Société, Poitiers.
- Le Moigne, P., Ragouet, P. (2012), Science as instrumentation: the case for psychiatric rating scales, *Scientometrics*, 93, 329–349.
- Le Moigne, P., Velpry, L. (2007), *L'évaluation du handicap psychique et de l'autonomie dans la schizophrénie*, Mire, Paris.
- Luhrmann, T.M. (2000), *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry*, Alfred A. Knopf, New York.
- Martin, O. (2003), Les origines philosophiques et scientifiques de la théorie représentationnelle de la mesure (1930-1950), *Social Science Information*, 42(4), 485–513.
- Martuccelli, D. (2004), Figures de la domination, *Revue Française de Sociologie*, 45(3), 469–497.
- Maslow, A. (1954), *Personality and Motivation*, Harper, New York.
- Mayes, R., Horwitz, A.V. (2005), DSM-III and the revolution in the classification of mental illness, *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 41(3), 249–267.
- Menninger, R.W., Nemiah, J.C. (eds), (2000), *American Psychiatry After World War II*, American Psychiatric Press, Washington.
- Michell, J. (1999), *Measurement in Psychology: Critical History of a Methodological Concept*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Millon, T. (1983), The DSM-III: an insider's account, *American Psychologist*, 38, 804–815.
- Morgiève, M., Briffault, X. (2014), La fabrique du TOC moderne : une analyse contexte de la cérébralisation de la névrose obsessionnelle dans un laboratoire de neurosciences cliniques, *Socio-Logos*, 9, available at: <http://socio-logos.revues.org/2882>.
- Pâquet, M., Boivin, J. (2007), La mesure fait loi : la doctrine de l'hygiène mentale et les tests psychométriques au Québec durant l'entre-deux-guerres, *The Canadian Historical Review*, 88(1), 149–179.

- Pichot, P. (ed.) (1984), *DSM-III et psychiatrie française. Comptes rendus du congrès*, Masson, Paris.
- Pols, H. (2001), Divergences in American psychiatry during the Depression: somatic psychiatry, community mental hygiene, and social reconstruction, *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 37, 369–388.
- Porter, T.M. (1994), Objectivity as standardization: the rhetoric of impersonality in measurement, statistics, and cost-benefit analysis, in *Rethinking Objectivity*, Megill, A. (ed.), Duke University Press, Durham.
- Robins, L.N., Regier D.A. (1990), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, The Free Press, New York.
- Rogers, C.R. (1961), *On Becoming a Person*, Houghton Mifflin, Boston.
- Rush, J., First, M.B., Blacker, D. (2008), *Handbook of Psychiatric Measures*, Second Edition, APA, Washington.
- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2001), On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being, *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
- Sadler, J., Osborne, P.O., Schwartz, M.A. (eds), (1994), *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Schulman, G.I., Hammer, J. (1988), Social characteristics, the diagnosis of mental disorders, and the change from DSM-II to DSM-III, *Sociology of Health and Illness*, 10, 543–560.
- Shinn, T. (2000), Formes de division du travail scientifique et convergence intellectuelle, *Revue française de sociologie*, 41, 447–473.
- Shinn, T., Ragouet, P. (2005), *Dynamiques de la science, pour une sociologie trans-versaliste des activités scientifiques*, Éditions Raisons d'Agir, Paris.
- Shorter, E. (1997), *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley & Sons, New York.
- Stevens, S.S. (1951), Mathematics, measurement and psychophysics, in *Handbook of Experimental*, Stevens, S.S., (ed.), Wiley, New York.
- Sturm, T., Ash, M.G. (2005), Roles of instruments in psychological research, *History of Psychology*, 8(1), 3–34.
- Szasz, T.S. (1964), *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York, NY, Hoeber-Harper.
- Taylor, E.I. (1991), William James and the humanistic tradition, *Journal of Humanistic Psychology*, 31(1), 56–74.



- Taylor, E.I. (1992), *William James on Exceptional Mental States: The 1896 Lowell Lectures*, Charles Scribner's Sons, New York.
- Taylor, E.I. (1996), *William James on Consciousness beyond the Margin*, Princeton University Press, Princeton.
- Timmermans, S., Epstein, S. (2010), A World Full of Standards but Not a Standard World: Toward a Sociology of Standardization", *Annual Review of Sociology*, 36, 69–89.
- Vaillant, G.E. (2003), Mental Health, *American Journal of Psychiatry*, 160, 1373–1384.
- Wakefield, J.C., Demazeux, S. (eds) (2016), *Sadness or Depression? International Perspectives on the Depression Epidemic and its Meaning*, New York, Springer.
- Weber, M. (1971), *Économie et société*, Plon, Paris.
- Young, A. (1995), *The Harmony of Illusions: Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton.