



L'individualité et ses médiations. Contribution à une sociologie du changement contemporain

Philippe Le Moigne

► To cite this version:

Philippe Le Moigne. L'individualité et ses médiations. Contribution à une sociologie du changement contemporain. Sociologie. École des hautes études en sciences sociales - Paris, 2012. tel-03473193

HAL Id: tel-03473193

<https://hal.science/tel-03473193>

Submitted on 9 Dec 2021

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.

École des Hautes Études en Sciences Sociales
(EHESS)

L'individualité et ses médiations

*Contribution à une sociologie
du changement contemporain*

Document de synthèse pour
l'Habilitation à Diriger des Recherches

Philippe LE MOIGNE

Direction scientifique : Richard RECHTMAN

Composition du jury

Richard Rechtman (Directeur d'Études à l'EHESS)

Olivier Martin (Professeur, Université Paris V)

Anne Lovell (Directrice de Recherche à l'INSERM-CERMES3)

Nicolas Dodier (Directeur d'Études à l'EHESS)

Henri Bergeron (Chargé de Recherche au CNRS - CSO)

- Soutenue le 21 septembre 2012 -

Pour Antoine

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Richard Rechtman d'avoir bien voulu se porter garant, à la fois, de ce texte et de la compétence revendiquée par son auteur. Il m'aura permis, dans une période qui fut pour moi difficile, de retrouver le souffle nécessaire pour aborder enfin la synthèse de mes travaux.

Je dois également rendre hommage à ceux sans qui ce parcours de recherche n'aurait pas été possible. Je pense à François Chazel grâce à qui j'ai pu être Allocataire et Moniteur de l'Enseignement Supérieur et, finalement, Docteur en Sociologie. Je pense également à Jean Dumas et Jean-Paul Callède qui m'ont permis de réaliser mes premières recherches au sein de l'Institut d'Études Politiques de Bordeaux et de la Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine. Je ne saurais par ailleurs faire omission de l'aide que m'a apportée François Dubet, en me permettant notamment d'enseigner alors que j'étais sous les drapeaux. Que Guido De Ridder et Claude Legrand soient également remerciés pour m'avoir initié au métier de sociologue durant les quelques années que j'ai passées au Laboratoire d'Étude et de Recherche Sociales de l'IRTS de Haute-Normandie. Je suis également particulièrement redevable à Alain Ehrenberg qui, à travers la création du CESAMES, a beaucoup œuvré pour mon intégration à l'INSERM.

Je dois à l'évidence également saluer tous ceux qui, par leur conseil, leur aide ou leur soutien, ont appuyé, corrigé, et parfois transformé mon travail de manière décisive. Sans pouvoir les nommer tous, toute ma gratitude va à Pascal Ragouet, Terry Shinn, Henri Bergeron, Claude Faugeron, Michel Kokoreff, Didier Fassin, Michel Lallement, Charles Gaddéa, Claudine Perez-Diaz, Anne Lovell et Pierre-Henri Castel.

Enfin, j'ai une pensée particulière pour ma femme, Sonia, et mes enfants, Nicolas et Sarah. La première, parce que son courage et sa ténacité forceront toujours l'admiration. Quant à ces deux-là, peut-être un jour conviendront-ils que tous ces efforts en valaient la peine.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

Une grille d'analyse et de méthodes	4
<i>Une problématique sociale</i>	4
<i>De l'individualité à sa mise en œuvre : le rôle des médiations collectives</i>	6
<i>La montée de la responsabilisation : une lecture du changement contemporain</i>	9
<i>Une étude de configurations</i>	13

1. L'expression personnelle et l'échelon local : le cas des politiques municipales de la culture	15
1.1. <i>L'émergence d'une scène publique de la culture</i>	15
1.2. <i>Le poids des configurations territoriales</i>	18
1.3. <i>La différenciation des fonctions, l'avènement des intermédiaires</i>	21
1.4. <i>L'effet de hiérarchisation des médiations culturelles</i>	25
1.5. <i>Une valeur spéculative : persistance et érosion de la culture dominante</i>	30

2. Mineurs multirécidivistes : la justice à l'épreuve de la question individuelle.....	32
2.1. <i>Classement délinquant ou déclassement de l'institution judiciaire ?</i>	33
2.2. <i>La Protection Judiciaire de la Jeunesse : la fin d'un pacte</i>	37
2.3. <i>Mobilisation éducative et sanction pénale : de l'emprise à la participation</i>	41
2.4. <i>Individualité, responsabilité et sanction : une contribution à la sociologie de la déviance</i> .	48
2.5. <i>Crise institutionnelle et quête d'individualité : au point limite de l'individuation</i>	51

3. Médecine, maladie et mal-être :	
les données du recours aux médicaments psychotropes	55
3.1. De l'indication à la prescription : une définition d'objet	57
3.2. Éléments de méthode :	
l'adressage géographique des données de remboursement de la CPAM de Rouen	60
3.3. Le profil des consommateurs : l'influence du genre et de l'âge	66
3.4. Une consommation des milieux populaires	76
3.5. « L'effet prescripteur » : normes d'exercice et gestion de la clientèle	79
3.6. Une médiation structurante, sélective et normée	83
3.7. Les figures du recours chronique.....	86
3.8. Une pratique défensive.....	91
4. Le standard psychiatrique : l'individualité et ses règles.....	94
4.1. La psychiatrie américaine face à la psychologie du sujet :	
une problématique d'action contradictoire.....	95
4.2. Ni sain, ni malade : déviance et conformité selon le DSM-III.....	103
4.3. Les deux versants de la santé mentale	111
4.4. Un nouveau format de règles	115
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	122
Un regard sur les transformations en cours	122
Les projets à terme.....	129
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.....	133
BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX	143

INTRODUCTION

L'individualité et ses médiations : une grille d'analyse et de méthode

Une problématique sociale

Pourquoi une sociologie de l'individualité ? J'emploie ce terme, mais je pourrais tout aussi bien parler « d'individualisme ». Toutefois, celui-ci comporte une série de connotations et d'approximations dont je voudrais me défaire. Plus exactement, je définis *l'individualité comme 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). 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 à l'individu, à commencer par le monde de l'art ou encore les psychologies du sujet dédiées au développement et à l'épanouissement individuels.

Par ailleurs, considérer l'individualité comme un système normatif, c'est, pour moi, défendre implicitement *une sociologie relationnelle et dynamique*. D'abord, dans mes travaux, l'intégration de l'individu à l'analyse sociologique n'a jamais été causale ou explicative. *Il s'est toujours agi 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. La perspective relationnelle, dans laquelle on reconnaîtra une référence directe à Norbert Elias¹, permet de défaire l'analyse de la personne de toute référence à un soi substantiel, autodéterminé, et la prémunit ainsi de tout naturalisme psychologique.

¹ Cf. Elias N., *La société des individus*, Paris, Fayard, 1991 [1984].

Certes, il n'y a pas plus d'essence du sujet qu'il n'existe de contexte social parfaitement déterminé et clos. Les sociétés ne sont pas finies mais toujours ouvertes. Cette incomplétude structurelle ménage du « jeu » dans les rouages des relations sociales. Il y a là des formes d'indétermination qui obligent les individus à produire par eux-mêmes des ajustements, certaines formes d'innovations, bref, à déployer un certain « travail d'acteur »². Ces productions, s'ajoutant à la diversité des parcours individuels et des contextes sociaux, sont à l'origine de différences interindividuelles, incompressibles qui, à leur tour, marquent de leur empreinte les relations dans lesquelles elles s'insèrent³. Un parti relationnel ne nie donc pas l'existence de singularités personnelles, mais il n'en situe par l'origine dans le préalable d'un soi : elles sont produites par et dans le jeu d'interdépendance dont témoigne toute action sociale, et sont donc toujours relatives.

À ce titre, la perspective sociologique que je défends ne cherche pas à évaluer « la part individuelle » de l'action ou la contribution nette de l'acteur à sa conduite. Cette causalité individuelle comporte toujours le risque d'emprunter son argument à la normativité individuelle elle-même. Elle a toutefois l'avantage d'indiquer, lorsqu'elle fait allusion à la mobilisation d'un « travail d'acteur », que la « démonstration d'une individualité » n'est pas donnée mais qu'elle relève d'une véritable problématique d'action qui oblige aussi bien l'acteur, son groupe d'appartenance que la collectivité dans son ensemble.

Une sociologie relationnelle ne cherche donc pas à se placer dans l'horizon de l'individualisme : *elle se situe dans ce domaine aux antipodes d'une lecture réaliste de son objet*. Mais, à la fois, la distance ainsi marquée à l'égard de la causalité individuelle et de toute définition substantielle de la personne ne doit pas conduire, à mon sens, à défendre une position essentiellement critique à l'égard de l'individualité. Il est vrai que ce système normatif défie toute rationalité logique et sociologique. Comment peut-on « se prendre en charge », « se révéler à soi-même », composer le « lien social par compréhension ou empathie » ? Il y a là une série d'impossibilités tant rationnelles que pratiques⁴. Pour autant, il y est bien question d'un système d'obligations morales et non pas seulement d'une grammaire ou d'un langage dont il suffirait de connaître le vocabulaire ou la syntaxe pour en déduire immédiatement les implications concrètes. Autrement dit, *le risque qu'impose cette lecture de la normativité sous le terme d'un langage ou d'un récit est celui du nominalisme* : le sort des individus, de leurs pratiques, serait immédiatement scellé par la manière dont une époque les décrit. Un tel nominalisme peut conduire à une forme de

² Cf. Dubet F., *Sociologie de l'expérience*, Paris, Le Seuil, 1995.

³ Cf. Lahire B., *La culture des individus. Dissonances culturelles et distinction de soi*. Paris, La Découverte, 2004 ; Kaufman J.-C., *Ego. Pour une sociologie de l'individu*, Paris, Nathan, 2001.

⁴ Sur ce point en particulier, voir Descombes V. *Le complément de sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Paris, Gallimard, 2004.

déterminisme dès lors qu'il substitue à l'analyse empirique ses propres déductions. Défendre, en contrepoint de cette perspective, *une sociologie dynamique, c'est rendre compte du fait que l'adoption d'un système de normes, comme de tout langage, requiert le concours de processus sociaux, c'est-à-dire une production collective.*

À ce titre, il est doublement réducteur de vouloir limiter la question de l'individualité, c'est-à-dire de l'autonomie, de l'indépendance et de la distinction de soi, à une dynamique proprement individuelle. D'abord, la formation de la personne est toujours comprise dans une relation sociale, quand bien même elle revêt des aspects singuliers. Ensuite, dans le cadre de l'historicité contemporaine, cette question suscite le déploiement d'interactions, d'arrangements, de conflits, bref, *une « action collective »* pour reprendre le terme que Howard Becker a pu utiliser pour qualifier la production dans les milieux de l'art⁵. Ainsi, de même que l'œuvre artistique la plus singulière dépend de la coproduction d'une série d'intervenants, la promotion de la question personnelle engage – au-delà d'un jeu d'acteur – la production et la coordination d'une série d'échanges collectifs : en un mot *des médiations.*

De l'individualité à sa mise en oeuvre : le rôle des médiations collectives

Considérer que la promotion de l'individualité guide la production de problématiques d'action collectives, *c'est admettre qu'il n'y a pas nécessairement continuité entre les mots d'ordres, d'une part, et les réalisations, d'autre part, de ce programme normatif.* Dans les années 1960, l'individualité a pris l'accent d'une véritable « cause personnelle », mais sait-on réellement de quelle manière celle-ci a aiguillé le changement social ? Cette cause, dédiée à la promotion et à la protection de la personne a pris tout à la fois *le caractère d'une question morale (i), politique (ii) et idéologique (iii)* dont on peut en effet chercher à connaître les retombées et les évolutions dans le monde contemporain. i) Ainsi, le plébiscite de l'autonomie individuelle, de l'indépendance personnelle et de la distinction de soi a pu revêtir peu à peu le caractère d'une obligation normative, au point d'assigner des objectifs de performance à l'action des individus dont le débouché a pu se mesurer à l'introduction par exemple de nouvelles formes d'affliction, voire d'affection mentale, et de nouveaux sentiments moraux⁶. ii) La cause personnelle a également irrigué les revendications des mouvements sociaux et l'orientation des politiques publiques. Dans le domaine judiciaire, par exemple, l'exigence portée aux

⁵ Becker H.S., *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion. 1988 [1982]

⁶ Cf. Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.

conditions de défense du justiciable n'a eu d'égale que l'accueil, sans préalable, qui a été réservé au statut de la victime aussi bien qu'à ses droits⁷. iii) Enfin, la cause personnelle a encouragé, dans un sens explicatif cette fois, la montée des interprétations subjectivistes de l'existence. On a pu, à cette occasion, voir éclore par exemple une philosophie du progrès social fondée sur la croissance du « bien-être individuel », estimé par exemple au moyen des mesures de la « qualité de vie »⁸.

Au-delà des débats analytiques portant sur le poids de la causalité individuelle ou subjective dans la formation des conduites, on a donc vu apparaître *des segments d'action sociale*, plus ou moins étendus, directement affectés par cette question. À cette occasion, *la cause personnelle a pris le caractère d'une problématique d'action : elle a été intégrée aux contextes de nombreuses pratiques, au titre d'une question dotée d'une certaine légitimité, mais elle a également introduit dans ces différents contextes de nouveaux problèmes à résoudre. C'est en propre à cette question que l'ensemble de mes travaux cherche à répondre : quel a été l'impact de l'individualité sur le cours d'action des secteurs déjà institués de la vie sociale ? Quelle part d'innovation, organisationnelle ou institutionnelle, peut-on associer en propre à la diffusion de cette normativité ? En réalité, il y a là plus qu'une problématique de recherche : une grille d'analyse*. En effet, le propos de mon travail de recherche depuis la thèse a été de considérer que *le changement contemporain, dans ses limites comme dans les tensions qu'il soulève, devenait plus lisible s'il était rapporté aux transformations suscitées par la montée de l'individualité*.

Les médiations, qui appuient l'instauration de ce changement, peuvent être d'étendues et de formes bien différentes : elles peuvent s'appliquer au cadre primaire de l'action, celui de l'interaction et des relations interpersonnelles, ou à des cadres collectifs beaucoup plus vastes, impliquant la coordination simultanée d'un nombre important d'acteurs, tels que le système éducatif ou l'organisation politique. Le débat qui a porté en sociologie, ces dernières années, sur *le destin des institutions* s'est appliqué, sans toujours les distinguer, à ces différents niveaux d'action, puisqu'il s'est agi d'ausculter le sort aussi bien de la famille, du travail social, de l'éducation ou encore de la religion devant la montée de la question personnelle⁹. Globalement, ce débat a débouché sur un continuum de positions qu'on peut décliner comme suit :

1) À une première extrémité de celui-ci, l'institution ne paraît pas avoir bougé. Dans une veine bourdieusienne, elle produirait du contrôle en offrant un support privilégié à la domination matérielle et symbolique des populations. En particulier, elle offrirait – via

⁷ Cf. Garapon A., « Une société de victimes » in Rosanvallon P. (dir.), *France : les révolutions invisibles*, Paris, Calmann-Lévy, 1998.

⁸ Cf. Le Moigne Ph., « La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ? », *Sciences Sociales et Santé*, 28 (3), 2010, pp.75-84.

⁹ Sur ce débat, voir en particulier De Singly F., *Les uns avec les autres*, Paris, Hachette, 2003.

ses agents – un appui à l'imposition de dispositions et des positions conduisant à la fermeture des trajectoires sociales¹⁰. Reconduite plutôt que déconstruite par l'orientation néo-libérale qui a marqué l'action publique des dix dernières années, l'institution resterait ainsi pour le moins étrangère à la question du sujet : au lieu de participer à la lutte contre les inégalités et les ségrégations, elle contribuerait plutôt à en produire de nouvelles, laissant face à elle « des individus en souffrance », tiraillés par « leur misère de position » ou leur déclassement¹¹.

2) La seconde des thèses fait à l'inverse le constat d'un déclin des institutions. Dubet, en particulier, y fait valoir l'idée que le programme qui en appuyait la raison et la pratique s'est peu à peu délité. Pour reprendre ses termes, les institutions ne parviendraient plus à lier une exigence de « socialisation » et de contrôle, d'une part, à une action guidée par l'« autonomie » de l'individu et la constitution d'un sujet critique et réflexif¹². À la faveur des délégations de mission, de la modernisation des services et de la singularisation toujours plus grande des identités et des personnes, le système scolaire, le travail social ou le soin hospitalier auraient ainsi été témoins d'une contradiction d'objectifs, mettant en tension l'action conduite à l'égard des usagers avec la subjectivité même de ces derniers. Autrement dit, la montée de l'individualité, mêlée à la gestion néo-libérale de l'action publique, serait plutôt ici à l'origine d'un éclatement de l'institution, la cause des personnes finissant par entrer en contradiction avec la conduite du travail institutionnel lui-même.

3) Enfin, une troisième perspective envisage moins un déclin qu'une mutation des institutions. Ehrenberg fait ainsi valoir que l'individualité ne se décline plus aujourd'hui sur le mode d'un sujet « encadré par des disciplines », ou d'une « privatisation de l'existence » mais bien comme une « institution du soi »¹³. C'est là une manière d'indiquer que l'inscription sociale de la question personnelle s'est généralisée sous la forme d'objectifs et de modes d'actions partagés et consacrés à l'individu, à la manière des services dédiés par exemple à l'accompagnement des personnes, parfois tout au long de la vie. Ces modes d'actions, qu'ils s'appuient sur des produits (pharmacologiques), des intermédiaires (thérapeutes) ou des organisations (services d'aide à la personne), visent « à produire une individualité susceptible d'agir par elle-même et de se modifier en s'appuyant sur ses ressorts internes [...] Entrée dans nos usages, insérée dans nos mœurs,

¹⁰ Pour une illustration de ce propos dans les domaines respectivement de la gestion du chômage des jeunes et de la politique de la ville, voir Mauger G., « Les politiques d'insertion. Une contribution paradoxale à la déstabilisation du marché du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 136-137, 2001, pp. 5-14 ; Tissot S., *L'État et les quartiers. Genèse d'une catégorie de l'action publique*, Paris, Seuil, 2007.

¹¹ Cf. Bourdieu P. *La misère du monde*, Paris, Éditions de Minuit, 1993.

¹² Cf. Dubet F., *Le déclin des institutions*, Paris, Seuil 2002. Sur ce thème, voir également Dubet F., Martuccelli D., *Dans quelle société vivons-nous ?*, Paris, Seuil, 1998.

¹³ Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi. op. cit.*, p. 243 et suivantes

disposant d'un vocabulaire employé en permanence (élaborer des projets, passer des contrats, susciter de la motivation, etc.), cette règle fait corps avec nous. Elle s'est instituée. Ces nouvelles formes communes de production de l'individualité sont les institutions du soi »¹⁴. L'individualité considérée pour elle-même serait ainsi à l'origine de médiations nouvelles et sans doute, mais Ehrenberg ne nous le dit pas, de la transformation des secteurs d'activité, plus anciens, dédiés tout aussi bien aux personnes qu'à « leur socialisation », pour reprendre la terminologie de Dubet.

Mon propos ne vise pas à considérer les mérites respectifs de chacune de ces thèses mais plutôt à observer en elles trois temps forts de l'histoire récente des sociétés, et tout à la fois trois temps enchevêtrés dans le présent. Autrement dit, les travaux dont je présente ici la synthèse me conduisent à penser que *les processus sociaux, qu'il est possible de mettre au jour, s'apparenteraient plutôt à un feuilleté historique* : certains secteurs de la vie sociale sont encore marqués par des formes de domination, pourrait-on dire classique et proprement culturelle (optique bourdieusienne), tandis que d'autres intègrent plus massivement les changements suscités par la montée de la question individuelle, soit par la dérégulation (thèse de Dubet), soit par la composition de nouvelles institutions (thèse d'Ehrenberg). *Il n'est pas question, selon moi, de faire état d'un changement radical, ni d'observer dans le maintien de certaines formes d'organisation une survivance. Mon propos cherche plutôt à montrer que l'organisation actuelle des sociétés contemporaines est étagée entre deux modèles, à savoir, pour reprendre la terminologie de Martuccelli, celui de « l'assujettissement » et celui de « la responsabilisation »¹⁵.*

La montée de la responsabilisation : une lecture du changement contemporain

Selon Martuccelli, l'assujettissement renvoie aux formes classiques de la domination : il est fondé sur un processus qui « conduit les dominés à se définir avec les catégories qu'il impose »¹⁶. Dans un de ces modèles, celui de « l'inculcation », l'assujettissement procède en particulier par l'imposition, plus ou moins dissimulée et consentie, d'une culture dominante ; d'où l'importance que revêtent dans cet univers les médiations dites « de socialisation ». En revanche, dans le cadre de la responsabilisation, l'injonction s'adresse directement à l'individu en le tenant responsable de tout ce qu'il fait

¹⁴ Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi. op. cit.*, pp. 244 et 245.

¹⁵ Cf. Martuccelli D., « Figures de la domination », *Revue Française de Sociologie*, 45-3, 2004, pp. 469-497.

¹⁶ *Ibid.*, p. 477.

et « de tout ce qu'il lui arrive »¹⁷. Il est moins question ici de privilégier une conduite de soumission que de favoriser « la prise d'initiative », « la prise en charge » de l'acteur par lui-même. Est naturellement associée à cette injonction l'idée que l'échec trahit une faute proprement personnelle, qui peut éventuellement être amendée, lorsque celle-ci est vécue dans la souffrance et le désarroi. Mais, selon Martuccelli, si la responsabilisation s'affirme aujourd'hui comme le modèle normatif dominant, il n'a pas supplanté totalement l'assujettissement. Pour lui, « *on assiste moins [...] à une transition simple qu'à la mise en place d'un tableau élargi d'expériences* »¹⁸.

Les recherches que je présente décrivent, d'une certaine manière par la chronologie, l'inflexion que l'individualité a fait ainsi porter au système normatif. Elles donnent à voir quatre « tableaux » dans lesquels les médiations sociales sont d'abord guidées par un processus d'acculturation aux codes dominants, et finalement dédiées, quasiment en totalité, à l'institution d'un « individu responsable ».

1) Le premier de ces tableaux s'applique à l'étude des politiques municipales de la culture. Ce travail, démarré au cours de ma thèse, cherchait à comprendre dans quelle mesure l'idéologie du Développement Culturel, acquise à l'expression individuelle et locale, avait structuré l'organisation des politiques municipales, après avoir dominé le débat des élections municipales de 1977 et 1983. L'analyse montre que la structuration des politiques a été largement façonnée par l'asymétrie des ressources urbaines et des positions occupées par les villes dans le système politico-administratif français. Cette différenciation, qui oppose par bien des aspects l'action des métropoles à celle des villes de banlieue, a conduit à la diffusion au centre d'une légitimité artistique, façonnée et sanctionnée par l'État mais privée d'audience, et d'une programmation déléguée au secteur marchand en périphérie, mais dévaluée par l'administration culturelle. Devant cette situation, l'administration a mis en place une série de « médiations culturelles ». On peut montrer ici que ces médiations ont visé d'abord l'acculturation des sujets aux formes esthétiques dominantes, et qu'elles se sont accompagnées à l'inverse d'une dévalorisation des compétences revendiquées par les publics profanes.

2) Le deuxième chapitre de cette synthèse s'applique au travail que j'ai conduit sur la trajectoire des mineurs dits « multirécidivistes ». J'ai développé ce volet de recherches lorsque j'ai intégré, après ma thèse, le Laboratoire d'Études et de Recherche Sociales (LERS) de l'Institut Régional du Travail Social de Haute-Normandie (IRTS-HN). La perspective que j'ai retenue ici a d'abord été contextuelle. Devant la montée d'une préoccupation grandissante pour la personne, la justice des mineurs et la Protection

¹⁷ Martuccelli D., « Figures de la domination » art. cit., p. 479.

¹⁸ *Ibid.*, p. 493.

Judiciaire de la Jeunesse ont vu leur autorité largement entamée. En particulier, elles ont dû faire face à l'influence acquise dans ce domaine tour à tour par les collatéraux des mineurs, les élus locaux et par l'ensemble des professionnels et des témoins mobilisés, tantôt pour protéger la jeunesse dite « en danger », tantôt pour en condamner la conduite. La valeur croissante accordée à l'individualité a de la sorte confronté l'institution à une injonction paradoxale, lui enjoignant souvent pour un même mineur d'exercer une action aussi bien de protection que de condamnation, d'éducation que de sanction. Dans le cas des jeunes que cette configuration soumet aux relations et aux injonctions les plus conflictuelles, le juge peut en venir ainsi à alterner décisions et contre-décisions, mesures de garde et d'hébergement, jusqu'à finalement priver les jeunes de toute influence sur leur destin. C'est pourquoi, pour certains d'entre eux, l'enfermement dans la délinquance et la multiplication des faits peuvent être entendus comme une manière de retrouver voix au chapitre, c'est-à-dire de faire valoir une forme de participation sociale et de responsabilité. Avec la multirécidive, l'éclatement de la mission institutionnelle est total : elle ne réalise plus une « médiation avec le jeune », où le travail d'éducation chercherait à tenir compte de ses préférences et de ses atouts, mais elle est prise au contraire dans un jeu continu d'oppositions avec lui.

3) Le troisième chapitre a trait à une série de recherches appliquées à la prescription et à la consommation des médicaments psychotropes en médecine générale. C'est ce travail en particulier qui a structuré mon projet d'intégration à l'INSERM. Ce thème de recherche a également aiguillé les travaux que j'ai coordonnés au sein de l'équipe « Intervention en santé mentale : thérapies, métiers, prises en charge » que j'ai dirigée à l'intérieur de l'Unité 611. Il s'agissait de savoir en particulier dans quelle mesure la relation interpersonnelle incarnée par le colloque médical pouvait être appréhendée comme une « institution du soi », pour reprendre l'expression d'Ehrenberg. La délivrance des médicaments psychotropes, en forte augmentation depuis le début des années 1990, pouvait-elle être assimilée à une pratique de soin nouvelle, dédiée à l'individu, et à sa protection devant les multiples incidents de la vie ? L'étude des publics consommateurs, des normes qui construisent dans les faits la pratique médicale ainsi que l'analyse des plaintes associées à la prescription des produits permettent d'établir le portrait d'une médiation structurante, mais à la fois sélective et normée, en dépit de son extrême diffusion. Il y est question d'une médecine qui reste très largement dominée par la tradition somatique, c'est-à-dire par l'accompagnement des maladies invalidantes et du vieillissement. En dehors de cette indication, « la souffrance vécue » dans la relation familiale ou professionnelle peut recevoir un écho positif, comme toute autre forme de mal-être dont l'origine peut être attribuée à une cause externe au patient. En revanche, le traitement des troubles psychiques qualifiés, au sens que la psychiatrie donne à ce terme, y

est plus rare et plus ambivalent : parce qu'elle est associée à une mentalisation personnelle, qui ne devrait qu'au patient et rien qu'à lui-même, cette plainte est souvent perçue par les praticiens comme une forme d'insuffisance et portée à la responsabilité du patient. Ainsi donc, la médecine générale donne à voir comment la constitution d'une médiation destinée en grande partie à la prise en charge de l'individu fait écho à l'individualité tout autant qu'elle en sanctionne les formes légitimes.

4) Enfin, le dernier chapitre de cette synthèse porte sur les recherches que j'ai menées plus récemment sur les termes de l'objectivité et de l'instrumentation psychiatriques. Il s'applique en particulier au travail que j'ai conduit sur l'organisation historique et logique du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), qui s'est imposée depuis 1980 comme le standard mondial de la nosographie psychiatrique. La question qui a été l'origine de ce travail peut être formulée comme suit : comment la psychiatrie, vouée selon sa propre expression à « l'amélioration » de l'individu devant l'affection mentale était-elle parvenue à imposer une standardisation du jugement clinique, c'est-à-dire une description foncièrement formelle et dépersonnalisée de son objet ? L'étude de la structure du Manuel, rapportée au contexte historique dans lequel il a été élaboré, donne à voir l'affirmation de deux processus.

D'abord, le DSM-III incarne la construction structurante d'une représentation pour le moins achevée de l'individualité contemporaine : à travers lui, la défense des patients et la légitimation des troubles mentaux s'associent à un plébiscite non moins soutenu de la responsabilité individuelle en société et du dépassement de soi comme moyen d'accès au bien-être. Mais, le crédit ainsi prêté à la responsabilisation et à la performance donne à voir l'aboutissement d'un long travail de négociation, en particulier devant le mouvement social représenté par l'antipsychiatrie. À ce titre, le DSM-III a permis d'offrir une réponse aux conflits de définition et à la dérégulation qui ont entouré respectivement la qualification de la maladie et sa prise en charge entre 1960 et 1980 aux États-Unis. C'est ici que le format de la standardisation offre un nouvel éclairage sur l'individualité et sur son institutionnalisation : dans un univers dominé par le subjectivisme, le standard tend à se développer comme un nouveau format de règles précisément parce qu'il enferme une normalisation proprement impersonnelle, et donc neutre et objective en probabilité, du jugement. Ce formalisme incarne, au-delà du colloque médical, du service aux personnes, ou bien encore des psychothérapies et de leur ressort interpersonnel, l'autre face de « l'institution du soi ».

Une étude de configurations

Le propos de ces différentes recherches n'est pas guidé par un portrait direct de l'individuation contemporaine, et des styles d'individus qu'elle peut produire : si la technique utilisée peut être biographique à l'occasion, l'individu n'en est pas l'objet à proprement parler¹⁹. Si je traite de l'individuation, le cheminement est plus indirect : il vise à montrer comment les dynamiques propres aux espaces sociaux étudiés, tels qu'ils se sont constitués autour de la question personnelle, par les modes de médiation qu'ils alimentent ou n'alimentent pas, informent aujourd'hui (autant qu'ils révèlent), précisément, des styles particuliers d'individus.

À ce titre, mes travaux visent moins à restituer, pourrait-on dire, « l'individu à l'œuvre » qu'à l'appréhender *en contexte*. C'est pourquoi le mode d'approche de mes études, que l'angle privilégié soit macro- ou microsociologique, cherche d'abord à restituer des dynamiques d'espaces collectifs. *Pour mettre au jour ces dynamiques, ces espaces sont appréhendés comme des configurations sociales dont il importe d'établir l'ordre relationnel*²⁰. Rapporté au thème de l'individualité, la méthode a consisté, à chaque fois que cela a été possible, à relever les modes d'interdépendances qui liaient les acteurs de ces collectifs dans le but de comprendre à quels traitements leurs échanges soumettaient la question personnelle. L'investigation devait ainsi permettre de répondre à ce type d'interrogations : l'individu, ses compétences, ses talents, ses particularités sont-ils placés au centre de l'action collective, ou bien celle-ci est-elle gouvernée par des considérations rivales, environnementales, professionnelles, bureaucratiques, etc.?

Les configurations que j'évoque ici peuvent être de formats variables : elles sont d'ordre géographique lorsque l'analyse emprunte à la cartographie et à la spatialisation des données ; elles sont proprement relationnelles lorsqu'il s'agit d'étudier la dynamique du collectif réuni par le traitement judiciaire d'un mineur par exemple ; elles peuvent être historiques enfin lorsqu'il s'est agi de revenir sur l'enjeu qu'a pu représenter, pour la psychiatrie américaine, la construction d'une autorité diagnostique devant l'affirmation de la psychologie ou du travail social dans le champ de la clinique des troubles mentaux. Mais, globalement, quel qu'en soit l'angle d'attaque, l'étude de ces configurations sert une

¹⁹ Sur la question de l'individuation, c'est-à-dire du type particulier d'individus que produit une société, voir en particulier Martuccelli D., *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, A. Colin, 2006 ; ou encore Martuccelli D. « Pour une sociologie de l'individuation » in Caradec V., Martuccelli D. (dir.), *Matériaux pour une sociologie de l'individu*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, 2004, pp. 295-315.

²⁰ Cette notion renvoie, bien évidemment, là encore, à Norbert Elias. Cf. Elias N., *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Paris, Agora, 1991.

mise en contexte de l'action collective et individuelle et, par suite, le projet d'une sociologie à la fois relationnelle et dynamique. La technique de recherche peut emprunter au questionnaire, à l'analyse statistique des fichiers informatiques de la sécurité sociale ou de l'INSEE, ou bien, dans une veine beaucoup plus qualitative, à l'entretien, au dépouillement d'archives ou à la recension d'études historiques. Elle n'en est pas moins toujours mise au service de cette mise en contexte. C'est là en quelque sorte « la manière de faire » qui a guidé les travaux dont je présente maintenant le détail.

1. L'expression personnelle et l'échelon local : le cas des politiques municipales de la culture

1.1. L'émergence d'une scène publique de la culture : l'inflexion politico-administrative

En France, les élections municipales de 1977 et de 1983 ont été marquées par la victoire des partis de gauche autour d'un programme qui faisait la part belle au Développement culturel²¹. Selon cette perspective, les inégalités, qu'elles aient été politiques, économiques ou territoriales paraissaient pouvoir être réduites grâce au pouvoir transformateur du « temps libéré », acquis sur le travail et déjà largement exploité par « la civilisation du loisir ». L'expression locale, associée aux « relations de proximité », est alors instituée en élément moteur de la critique sociale. Cette expression pouvait prendre appui sur un mouvement associatif en pleine expansion, lui-même pensé comme levier d'une démocratie participative²². Ce contexte s'avouait favorable à la promotion d'une organisation publique des activités expressives, bâtie autour des Centres Culturels et des Maisons des Jeunes et de la Culture : il y était question à la fois de faire partager la connaissance et les « grandes œuvres » au plus grand nombre, et de faire reconnaître les talents méconnus sinon l'expression de chaque habitant. La scène culturelle, conçue comme lieu d'échange et de transformation, voyait apparaître de nouveaux secteurs d'activité, instaurés en vecteurs du changement, fédérés autour de *l'animation*.

Cette promotion du « pouvoir culturel », pour reprendre l'expression de Joffre Dumazedier, a établi une rupture avec la philosophie défendue par les associations plus anciennes, marquées par les sociabilités ouvrières ou bourgeoises²³. Les premières, mêlant dans un même mouvement travail et loisir, ont longtemps été guidées par l'intention

²¹ Cf. Le Moigne Ph., « Les politiques municipales de la culture : du Développement Culturel au conditionnement public (1977-1990) », in Poirrier Ph., *Jalons pour l'histoire des politiques culturelles locales*, Paris, La Documentation Française, 1995, pp. 83-104.

²² Sur les limites rencontrées ici par la participation politique, se reporter à Balme R. « La participation aux associations et le pouvoir municipal : capacités et limites de la mobilisation par les associations culturelles dans les communes de banlieue », *Revue Française de Sociologie*, 28, 1987, pp. 601-639.

²³ Joffre Dumazedier a été l'un des théoriciens du Développement Culturel, et plus globalement, d'une émancipation sociale instaurée par la culture. Voir, entre autres Dumazedier, J., Samuel N., *Société éducative et pouvoir culturel*, Paris, Le Seuil, 1976 ; Dumazedier J., *La révolution culturelle du temps libre*, 1968-1988, Paris, Méridiens, Klincksieck, 1988.

d'accaparer en leur nom propre l'ensemble de l'espace local, commune et communauté ouvrières étant appelées sous ce jour à se confondre. Les cercles bourgeois, de leur côté, en séparant la création du monde des affaires, ont plutôt été soucieux d'afficher et de maintenir leur rang au moyen, en particulier, de la collection privée et de l'art du salon. Deux traits caractérisent ces formes de sociabilité : d'une part, elles récusent une définition publique de la culture, en quoi il n'y a pas lieu pour elles d'envisager une gestion politique et séparée des affaires artistiques, d'autre part, elles misent sur le contrôle des pratiques, ce qui limite la part des intermédiaires dans les domaines de l'apprentissage, de la sélection et du jugement culturels²⁴.

Dans les années 1970, ce type d'organisation a mal résisté à la montée des classes moyennes et à leur modèle identitaire. En effet, pour celles-ci, la poursuite de l'activité artistique n'exclut par le recours au marché ni même la procédure administrative : pour large part, l'art cesse ici d'être mondain, bourgeois ou militant. Une telle orientation fait écho au caractère extrêmement patrimonialiste de l'univers symbolique des classes moyennes²⁵. En effet, les membres de ces strates ne puisent pas leur idéal dans l'accumulation ou la transformation économique, mais dans une définition d'identité qui les incline à construire par eux-mêmes leur existence en fonction de *leurs qualités*. Cet idéal se réalise principalement par l'exercice de la profession, ou plus largement encore par la manifestation d'un « talent » qui permet d'identifier *des qualités individuelles quasiment à l'état d'épure*. Ces qualités soutiennent à leur tour des réalisations ou des placements (oeuvres, propriété, entreprise, etc.) qui pourront être légués à la génération suivante, au titre non pas tant d'un capital mais plutôt d'une signature matérialisant la singularité de leur producteur²⁶.

Dans ce cadre, l'œuvre culturelle, en servant le projet d'une réalisation personnelle, n'a plus à s'acquitter nécessairement d'une représentation collective. Autrement dit, sous cet angle, l'univers culturel devient plus étroit mais acquiert en spécificité et en autonomie. À ce titre, la quête de l'expression de soi trahit et favorise à la fois la perte d'influence des résonances économiques, confessionnelles ou régionalistes de la culture. *Le lien entre sphère culturelle et organisation sociale s'atténue, de sorte qu'une gestion spatiale de la culture, d'ordre municipal, réduite quasiment à elle-même devient possible*. Pour la première fois, on peut donc parler d'une inscription de la culture sur l'agenda politique

²⁴ Sur le rapport de monde ouvrier à la culture et au territoire, voir Verret M., *La culture ouvrière*, Paris, L'Harmattan, 1996 ; *L'espace ouvrier*, L'Harmattan, 1995. Sur la genèse de la sociabilité bourgeoise, se reporter à Agulhon M., *Le Cercle dans la France bourgeoise (1810-1848). Étude d'une mutation de sociabilité*, Paris, Armand Colin, 1977.

²⁵ Sur ce point, voir Capdevielle J., *Le fétichisme du patrimoine. Essai sur un fondement de la classe moyenne*, Paris, FNSP, 1986.

²⁶ *Ibid.*

local : *cette activité peut dès lors relever de la sphère publique, à laquelle il est accordé, pareillement, une plus grande autonomie.*

Cette différenciation de la culture et du pouvoir se mesure aux transformations qui ont entouré la commande publique à l'échelon municipal. À partir du début des années 1980, le maire peut investir certains registres de l'action culturelle, du moins tant que cette intervention peut être rapportée à une initiative personnelle. Dans certaines métropoles régionales, on a vu ainsi éclore un mécénat municipal fort éloigné de la tradition républicaine vouée à la glorification du civisme. Cette action, qu'elle ait débouché sur le soutien direct à quelques artistes ou sur une politique de mise en valeur du patrimoine, a été considérée par les acteurs du champ comme la marque d'une préférence de l'élu et classée à ce titre parmi les œuvres du maire. Autrement dit, une telle initiative a permis d'étoffer l'exercice professionnel de la politique, en l'ouvrant à la démonstration d'une singularité personnelle, alors qu'elle aurait été associée auparavant à un excès de pouvoir.

À ce titre, la fin des années 1970 est bien marquée par l'émergence d'une scène publique de la culture²⁷. Mais, cette perspective conduit à relativiser l'élan mobilisateur et transformateur prêtée au « pouvoir culturel ». Surtout, et c'est l'hypothèse que j'ai faite, elle conduit à mettre en doute la dimension proprement localiste des politiques conduites dans ce domaine. En effet, *l'autonomisation grandissante de la culture et du pouvoir, à l'égard en particulier de l'organisation sociale de la commune, contribue à la légitimité d'une intervention publique conduite dans ce secteur. Mais, ce mouvement soumet immédiatement sa mise en oeuvre au jeu des ressources et des découpages qui structure le système politico-administratif, et la relation entre les centres urbains et leur périphérie en particulier.*

Pour donner corps à l'hypothèse d'une surdétermination des configurations urbaines sur la politique locale, j'ai choisi de recourir à l'analyse comparée, en confrontant l'action menée par quatre villes de banlieue, d'une part, à celle conduite par deux villes moyennes de département ruraux, d'autre part²⁸. Dans chacune des communes, j'ai interviewé les différents acteurs de l'action culturelle et réalisé à ce titre plus de 120 entretiens. J'ai également collecté des données relatives au budget culturel, à son fractionnement, aux professionnels engagés au titre de cette action, à l'organisation des

²⁷ C'est le sens du titre que j'ai retenu pour ma thèse. Cf. Le Moigne Ph., *L'émergence d'une scène publique de la culture. Analyse sociologique de l'action culturelle de six villes du Sud-Ouest (1977-1990)*, sous la direction de François Chazel, Bordeaux, Université de Bordeaux II, 1995.

²⁸ Cette manière d'analyser l'action des villes se rapproche d'une certaine géographie politique de la culture. Pour une étude de la légitimité artistique bâtie précisément à partir de la relation entre le centre et la périphérie, se reporter à Castelnuevo E., Ginsburg C., « Domination symbolique et géographie artistique dans l'histoire de l'art italien », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 40, novembre 1981. 51-72. La comparaison s'est appliquée à l'action conduite respectivement par les villes de Mérignac, Eysines, Le Haillan pour l'agglomération bordelaise, et par la commune de Blagnac pour la périphérie toulousaine, d'une part, et par les villes moyennes de Périgueux et de Ribérac pour le département de la Dordogne, d'autre part.

services municipaux et aux subventions accordées au tissu associatif. En outre, j'ai collecté des données sur la fréquentation des structures de chaque commune, et j'ai réuni les documents de la presse locale et nationale traitant de l'action menée sur chacun des territoires concernés, en vue d'estimer à la fois l'audience et la légitimité accordée à chacune d'elles.

1.2. Le poids des configurations territoriales

L'étude de ces données permet d'établir le constat suivant : les interventions s'avèrent très différenciées selon qu'on considère la taille de la ville, son assiette financière, son rôle administratif et son contexte urbain, ce, indépendamment de sa stratification sociale. Ainsi, deux villes de l'échantillon avaient été choisies précisément en vertu du caractère comparable de leur structure sociale, et en particulier de la présence massive des classes moyennes sur chacun des sites²⁹. Or, les actions conduites dans chacune des communes se sont révélées fort différentes, assez du moins pour que l'hypothèse d'une surdétermination des configurations territoriales paraisse validée.

En effet, la comparaison de la politique des villes d'agglomération avec celle des villes moyennes est particulièrement riche d'enseignements. Ainsi, on observe entre ces actions de fortes disparités tant au plan de l'organisation, du contenu, de l'intervention, des sommes engagées que de l'accès aux filières de légitimation. La banlieue fait davantage appel au tissu associatif local et dispose rarement de services différenciés voués à la seule organisation des activités culturelles. De la même manière, la proximité à la métropole régionale conduit ces villes à préférer une politique de diffusion plutôt qu'un investissement important en matière de création. C'est l'une des raisons pour lesquelles le spectacle vivant financé par des agents privés a peu à peu quitté le territoire des capitales régionales pour s'installer en banlieue au sein des centres culturels dont l'activité est, depuis lors, gouvernée essentiellement par ce type de programmation.

Cette mise en ordre territoriale, orchestrée par les découpages politico-administratifs, donne à voir l'effet exercé par les possibilités d'action des communes (budget, héritage, accès aux centres de décision, etc.). *Les ressources des entités urbaines peuvent être sous-pesées pour elles-mêmes, mais elles valent surtout pour la relation qui les unit aux possibilités d'action présentes dans le contexte urbain. De cette relation se déduisent des capacités inégales, localement situées, qui sont à l'origine de politiques culturelles elles-mêmes fortement marquées par les configurations territoriales.* Ainsi, le

²⁹ Il s'agissait en l'occurrence des villes de Mérignac et de Périgueux.

jeu des ressources, relu à la lumière de la concurrence qui s'exerce entre les territoires d'une même configuration urbaine, conduit les villes à se doter d'une définition d'objectifs elle-même très différenciée. Une ligne de fracture divise le champ entier de l'action culturelle et guide l'intervention des villes, là, vers la recherche de la visibilité, ici, vers un souci manifeste de rentabilité. La contrainte métropolitaine incline de la sorte les décideurs de banlieue à sous-investir ce domaine d'action alors que l'affirmation d'un pôle régional conduit au contraire les notables des villes moyennes à une certaine surenchère.

De fait, les métropoles, régionales ou départementales, disposent de crédits sans équivalent, d'un héritage qui leur permet d'étoffer leur intervention sans avoir à la créer de toutes pièces, enfin d'un accès privilégié et longtemps entretenu aux différentes instances ministérielles, propre à faciliter l'expertise de leurs actions et le rayonnement de leurs opérations. La place occupée par ces villes dans la structure décisionnelle du système politico-administratif prend par certains aspects la valeur d'une injonction à l'action. Compte tenu du déficit structurel dont font part les activités culturelles, compte tenu également de l'écart permanent qui sépare les registres dits d'excellence des préférences exprimées par la majorité du corps social, *le processus ainsi décrit conduit paradoxalement les acteurs métropolitains à plaider pour une politique vouée à un coût endémique et pourtant privé dans une large mesure de public.*

En revanche, la position plus contrainte des villes de banlieue les conduit à mettre sur pied des opérations qui connaissent, en proportion, une fréquentation plus importante. La relative indigence des capitaux municipaux, ou bien la simple concurrence urbaine obligent ces unités à tenir davantage compte de la structure du marché, soit qu'elles optent pour un recours plus systématique au tissu associatif local, soit qu'elles choisissent d'emprunter la voie d'une certaine spécialisation (genre théâtral, musique du monde, cinéma nordique, etc.). Dans le premier cas, le public préexiste souvent à la politique. Dans le second, le segment artistique promu par l'intervention municipale parvient à drainer un public d'amateurs ou de spécialistes, suffisamment large, de sorte que l'action peut être pour partie amortie financièrement. Ce sont donc moins les particularités locales qui déterminent la nature de l'intervention que les ressources dont bénéficient les unités urbaines au regard de leur contexte. C'est pourquoi, en banlieue, la promotion des œuvres et des artistes issus de la commune ne trahit pas nécessairement un plébiscite du localisme. Elle peut simplement dériver d'un calcul, ce genre d'opération créant en effet une activité à moindre coût.

Ce jeu d'oppositions territoriales est d'autant plus prégnant qu'il est activé, dans un second mouvement, par la rivalité interne aux villes d'agglomération. En effet, la banlieue, hormis la référence à l'unité de lieux, est loin de constituer un espace homogène. Elle décrit plutôt un espace composite et fragmenté. Les municipalités ne disposent pas des mêmes

possibilités d'action. Les populations et l'activité économique, donc les recettes fiscales, varient sensiblement d'une commune à l'autre, de la même manière que l'intégration politique de leurs élus, tant et si bien qu'on ne peut pas dire de ces unités qu'elles participent à la désignation globale d'un espace contraint³⁰. Certaines des municipalités bénéficient d'opportunités réelles, d'autres n'ont pratiquement pas d'atouts à leur disposition. Aussi et en vertu de la valeur accordée à l'autonomie locale, cette configuration accroît-elle plus qu'elle ne réduit les motifs de concurrence et de différenciation. Et cet effet de renforcement est d'autant plus marqué qu'aucune obligation ne contraint l'échelon local au développement d'une politique de la culture. À ce titre, certaines des villes d'agglomération versent leur quote-part à la contrainte contextuelle en limitant par excès leurs ambitions. Autrement dit, la concurrence interurbaine, qu'elle soit exercée par la métropole ou par les villes limitrophes, est ici saisie comme un argument qui permet aux élus de rationaliser leur absence de décision et d'investissement dans ce secteur.

Le jeu des relations interurbaines ajoute à la différenciation territoriale des politiques, mais cette dynamique est également fortement conditionnée par l'action de l'État. En effet, les relations tissées entre l'administration centrale et les collectivités locales ont conduit à la mise en place d'une division particulièrement marquée des tâches : l'État défend bec et ongles *une position d'agent de définition et de certification* ; les mairies, de leur côté, se repliant sur une revendication d'autonomie, s'exposent par là même à prendre en charge l'essentiel des coûts représentés par *la mise en œuvre de l'action*. Autrement dit, la politique ministérielle est guidée par la normalisation des titres, et la labellisation de la valeur des œuvres ou des modes d'intervention. À cet égard, la tutelle ministérielle, incarnée par la D.R.A.C. (Direction Régionale des Affaires Culturelles), représente bien un agent susceptible d'accorder crédit et caution aux opérations locales. Mais, les élus acceptent difficilement un tel recours dans la mesure où il comporte toujours pour eux le risque d'un dessaisissement de la maîtrise décisionnelle³¹. C'est pourquoi la contractualisation tend à emprunter des voies moins formelles, ou dérivées. Ce sont les professionnels engagés par les mairies, dont la compétence est attestée par la tutelle ou les

³⁰ Sur les disparités sociales des communes de banlieue, y compris au sein des communes financées par la politique de la ville, se reporter à Tabard N., « Des quartiers pauvres aux banlieues aisées : une représentation sociale du territoire », *Économie et Statistique*, 270, 1993, pp. 5-22.

³¹ Cette tension atteint un point culminant lorsque la promotion culturelle porte sur le patrimoine local. Dans le cadre d'une étude consacrée aux alignements de Carnac, j'ai pu ainsi montrer que la protection patrimoniale peut conduire l'État à préempter un site, jusqu'à en imposer les limites et la manière d'y circuler. Ce genre d'opération peut être vécu comme un dessaisissement, aussi bien par les élus que par les habitants de la commune, et conduire, comme à Carnac, à une mobilisation politique contre l'État. Cf. Le Moigne Ph., Dagens M., Liot F., « Carnac et ses alignements : un ferment d'action collective », in Lamy Y., *Le pouvoir de protéger. Acteurs et enjeux du patrimoine*, Bordeaux, Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, 1992, pp. 191-196.

institutions d'État, qui assurent le lien entre les différentes instances. Compte tenu du fait qu'un tel dispositif ne peut être envisagé que dans le cadre des villes dont les prérogatives tiennent lieu d'incitations au développement, on peut considérer que l'action de l'État et celle des D.R.A.C. s'apparentent à une valorisation circulaire de l'action culturelle : l'expert public qualifie d'abord l'action qu'il juge qualifiable, à savoir celle qui est en mesure d'épouser les formes qu'il a contribué lui-même à promouvoir au préalable.

1.3. La différenciation des fonctions, l'avènement des intermédiaires

C'est là sans doute le paradoxe majeur des actions entreprises au cours des années 1980 : le développement culturel paraît, en dépit de l'appel à l'expression et à la réalisation de soi qui a contribué à sa légitimité, dépendre d'abord d'un fort conditionnement public. Ce conditionnement est territorial, et est par ailleurs renforcé par les différents échelons du système politico-administratif, notamment à travers la répartition des tâches et des compétences dont ont convenu *nolens volens* l'administration centrale et les collectivités locales. Mais, *il s'appuie également sur le jeu des acteurs qui bâtissent les politiques culturelles*, à savoir les élus, les artistes, mais également la série d'intermédiaires que l'action publique a promue.

En effet, si l'animation a pu être à l'origine d'une nouvelle forme de notabilisation en 1977 et en 1983, la différenciation des fonctions électives et culturelles s'est très vite imposée par la suite. En effet, l'animation était chargée d'opérer la synthèse des cultures légitimes et profanes, or le dépassement de ces clivages s'est révélé rapidement illusoire. Qui plus est, les animateurs avaient l'habitude de s'adresser aux groupes sociaux souvent les plus éloignés de la culture lettrée, soit pour les initier aux productions légitimes (démocratisation culturelle), soit pour tenter de promouvoir en propre leurs œuvres (démocratie culturelle). À ce titre, il est devenu de plus en plus difficile pour eux de revendiquer une action dédiée à des publics cibles, tout en occupant une fonction élective, censée incarner l'intérêt général. L'expérience de cette incompatibilité a accéléré le procès de différenciation des fonctions, et la professionnalisation de l'action culturelle. À ce titre, les acteurs culturels, dont le talent est reconnu par l'État ou le marché, ont pu revendiquer en propre une compétence et négocier une certaine marge de manœuvre auprès des élus. De leur côté, ceux-ci ont appris à affirmer une certaine neutralité de goût, ou bien à afficher des préférences proprement « personnelles » et limitées à quelques aspects de l'action promue par leur municipalité.

Faute de pouvoir statuer sur la qualité des oeuvres et des artistes, les élus n'ont ainsi pu apporter qu'une réponse organisationnelle, d'ajustement ou de conciliation, aux débats et enjeux qui ont accompagné l'essor de la prise en charge publique. Ainsi, par exemple, lorsque les animateurs, les patrimonialistes ou les académistes leur font reproche de privilégier la création contemporaine, cosmopolite et lointaine, au détriment de la défense d'œuvres plus classiques et plus locales, leur réponse prend la forme d'un nouvel accord de subvention ou d'une nouvelle division sectorielle au sein de la programmation culturelle. Le procédé est cumulatif, et donc inflationniste, et va à l'encontre d'une action politique cohérente et maîtrisée. Selon l'expression de Friedberg et Urfalino, la politique culturelle prend ainsi la forme d'un « jeu de catalogue », c'est-à-dire d'un répertoire d'actions, organisé par rubriques, mais dépourvu d'une ligne cohérente et d'un d'objectif qui la rendraient accessible à l'évaluation³².

Cette différenciation des fonctions oblige les décideurs locaux à composer avec des mécanismes de légitimations culturelles, qu'ils soient publics ou privés, sur lesquels ils n'ont pas prise. Or, *cette externalisation de la valeur accroît l'effet exercé par le système politico-administratif*. Celui-ci a en effet œuvré à la formation d'une technocratie culturelle déconcentrée qui a favorisé dans les milieux de la création l'épanouissement d'un secteur protégé, d'abord, par les subventions, ensuite, par le statut d'intermittent du spectacle, particulièrement apprécié des artistes. Ce mouvement a profondément marqué les domaines des arts plastiques, du théâtre et de la musique contemporaine³³. Dans ce nouveau contexte, les prétendants à la reconnaissance artistique sont restés extrêmement attachés aux modes de sélection mis en place par l'administration, cela, même en dépit d'une précarité d'emplois manifeste. Encore aujourd'hui, les institutions publiques leur paraissent seules garantes, mieux en tout cas que le marché ou l'organisation locale, des règles qui légifèrent l'élection artistique. Cette loyauté se comprend mieux si on l'associe à l'attachement que la plupart des postulants expriment à l'égard de « la sacro-sainte valeur individuelle du talent »³⁴. Dans ce contexte, l'élection est assimilable à une loterie où chacun paraît avoir une chance égale bien qu'infime. Mais, c'est précisément le nombre infinitésimal des élus qui attise la convoitise des candidats alors même que la valeur de l'élection peut être comprise comme la somme des échecs successifs de la majorité des impétrants. D'une manière globale, la poursuite d'un tel jeu paraît dommageable à tous mais, considéré individuellement, l'insuccès ne revêt pas le caractère d'une épreuve

³² Friedberg E., Urfalino P., *Le jeu du catalogue. Les contraintes de l'action culturelle dans les villes*, Paris, La Documentation Française, 1984.

³³ À propos de la constitution de ces marchés protégés, voir Menger P.-M., *Le paradoxe du musicien. Le compositeur, le mélomane et l'État dans la société contemporaine*, Paris, Flammarion, 1983 ; Urfalino Ph., « Les politiques culturelles : mécénat caché et académies invisibles », *L'Année Sociologique*, 39, 1989, pp. 81-109.

³⁴ Cf. Moulin R., « De l'artisan au professionnel : l'artiste », *Sociologie du Travail*, 4, 1983, 388-403.

dissuasive puisque la probabilité d'une élection soudaine et discrète est toujours maintenue en l'état par le dispositif. En dernier ressort, cette attitude conduit les artistes, qu'ils aient ou non acquis leur lettre de noblesse, à répugné toute forme d'engagement local qui, d'une certaine manière, briserait net leur ambition en les éloignant d'une participation active et gratifiante à la définition de l'épure artistique³⁵.

Cette logique d'action contribue à la stratification des politiques de la culture dans la mesure où elle en consolide l'une des dimensions essentielles : la dynamique sélective qui juge du crédit porté à l'action des différentes unités urbaines ; à savoir la labellisation de l'État. La force de cette labellisation est telle qu'elle peut ajouter à la disparité de l'offre, pourtant déjà marquée, des villes d'un même contexte urbain. Ainsi, le recrutement d'un créateur de renom par une métropole départementale entraîne bien souvent, à sa périphérie, une raréfaction des scènes d'expression pour ceux qui, auparavant, prenaient en charge l'activité artistique sur ces sites. En effet, les élus des communes rurales, après s'être assurés par le recours à l'amateurisme du bien-fondé d'une politique d'apprentissage ou de diffusion, n'hésitent pas, lorsque leur intention s'affermi, à passer commande auprès de l'artiste réputé. À terme, de véritables autorités régionales se constituent de la sorte.

La différenciation des fonctions, dévolues respectivement aux élus locaux et aux acteurs culturels, a créé un nouvel espace d'attributions voué précisément à l'articulation de la décision et de la création. Cette articulation a suscité, au niveau de l'État, le développement d'une technocratie culturelle chargée de l'homologation des titres et des formations, et de la sélection des talents et des œuvres. Au niveau local, cette position a été occupée par les agents situés au carrefour des différents organismes communaux (associatifs, publics ou parapublics) ou, à l'inverse, à l'interface d'organisations extérieures au territoire (institutionnelles ou privées). Ces agents, dont l'influence est devenue peu à peu centrale, peuvent être regroupés autour de deux figures de la coordination, loin d'être exclusives l'une de l'autre : *l'intermédiaire* et *le prestataire*. Le premier, qu'il soit conservateur ou bibliothécaire, peut par sa position, dans le cadre immédiat du territoire local, lier et faire reconnaître différentes exigences qu'elles émanent du public, des créateurs ou des élus. Ils sont capables de commenter la valeur artistique des oeuvres, d'aménager des actions d'éducation, bref, d'introduire une cohérence entre la décision ayant initié le choix d'un achat ou d'une exposition, par exemple, et les conditions de sa réception par le public³⁶.

³⁵ Le faible investissement que le 1% culturel a suscité chez les artistes le démontre *a contrario*. La loi, qui oblige à accorder 1% du coût d'un établissement public à la création d'une œuvre *in situ*, n'a en effet guère mobilisé les créateurs, la scène des collèges, des lycées ou bien encore des salles publiques n'ayant pas de fait le prestige d'une galerie ou d'un centre d'art contemporain.

³⁶ Jusqu'à produire parfois dans ce travail une activité de création ou, du moins, à en revendiquer le principe. Sur ce point, voir Heinich N., Pollack M., « Du conservateur de musée à l'auteur d'expositions : l'invention d'une position singulière », *Sociologie du travail*, 31, 1989, pp. 29-49.

Le rôle et l'influence des prestataires sont assez similaires, mis à part le fait que leur origine se situe pour l'essentiel dans la négociation des échanges avec l'environnement. Ces agents livrent des opérations clé-en-main aux municipalités ou sont chargés par elles d'effectuer les différents montages nécessaires à la réalisation d'un projet ou au rayonnement d'une action. Ces acteurs, à l'exemple des programmeurs de festivals, démontrent une connaissance éprouvée des institutions et des différents rouages administratifs. Cet atout explique pour grande part leur participation croissante aux affaires publiques. Mais ils peuvent être également issus du secteur marchand. C'est en particulier le cas de l'organisateur de spectacles qui, ne contrôlant jamais qu'une partie du processus créatif, tend souvent de son côté à souligner l'âpreté de la relation commerciale, quitte à y réduire l'essentiel de l'échange. Dans la mesure où il assortit sa prestation d'un niveau de rentabilité important, quand il n'assume pas lui-même la totalité des risques financiers, il ne peut voir que d'un mauvais oeil le développement d'un partenariat qui mettrait en péril la maîtrise qu'il a ainsi acquise sur l'économie des biens symboliques et sur laquelle repose par ailleurs l'essentiel de sa compétence. Ce déni d'alliance dessert plus qu'il ne conforte les intérêts des décideurs de l'agglomération qui ont dû, faute d'alternatives, choisir la spécialisation et structurer leur opération dans le sens de la rentabilité.

Ainsi, l'externalisation de la valeur, qu'elle soit confiée au secteur public ou marchand, tend à renforcer la différenciation territoriale des politiques. Ce mécanisme fait d'abord écho aux stratégies déployées par les artistes et les professionnels de la culture qui, cherchant à préserver une définition universaliste (i.e. nationale) de leur titre ou de leur statut, n'investissent l'action locale qu'après leur reconnaissance par l'administration culturelle. Leur action bénéficie aux villes qui, par leurs infrastructures (théâtre, conservatoire, musée, etc.), sont déjà engagées dans les filières certifiées par l'État, et ont de fait moins d'impact sur le rayonnement des manifestations conduites, en périphérie, hors de ces structures. Ensuite, le secteur marchand contribue lui-même à la différenciation des politiques, notamment à travers le monde des agents sans lequel les communes d'agglomération ne pourraient pas bâtir la programmation de leurs salles de spectacle. Par leur intervention, ces agents, souvent en lien avec les industries culturelles, confèrent à la politique locale l'image d'une action commerciale et déterritorialisée, souvent dépourvue de toute empreinte locale.

Le paradoxe de cette différenciation est qu'elle contribue à maximiser la fréquentation des structures ouvertes en banlieue, alors qu'elle confronte l'action des métropoles à un déficit, parfois criant, d'audience³⁷. Pour autant, l'insuccès de ces opérations, notamment dans le domaine de l'art contemporain, ne suffit pas à remettre en

³⁷ Ce phénomène avait été souligné par Bourdieu à propos des musées dès les années 1960. Cf. Bourdieu P., Darbel A., *L'amour de l'art. Les musées et leur public*, Paris, Éditions de Minuit, 1966.

cause la centralité des processus de légitimation. Les villes-centres se sont constituées ici en relais de la valeur artistique promue par l'administration culturelle, en encadrant la fréquentation par des actions éducatives. En revanche, la promotion des artistes de banlieue s'est avérée beaucoup plus problématique, quand elle n'a pas cédé le pas, sur le territoire de l'agglomération, à des opérations d'acculturation aux œuvres légitimes.

1.4. Des formes expressives à leur réception : l'effet de hiérarchisation des médiations culturelles

L'inflexion qu'exercent sur l'offre de culture les découpages du système politico-administratif et l'action de la technocratie culturelle, des artistes ou encore des intermédiaires culturels est manifeste. Pour autant, suffit-elle à expliquer l'écart qui ne cesse d'exister entre la légitimité artistique et son audience³⁸ ? La présentation de deux mouvements assez récents est susceptible d'éclairer ce problème. 1) En premier lieu, on doit reconnaître que la création, par ses contenus et ses postures, a été frappée par une certaine radicalité. Ce mouvement s'est appuyé sur la normativité individuelle pour battre en brèche une série de conventions, et s'engouffrer dans un jeu de provocations qui a accru le caractère spéculatif et arbitraire des valeurs artistiques. 2) Cette crise de la culture a creusé un peu plus la distance qui pouvait exister entre les contenus légitimes et les publics profanes. Elle a requis de nouvelles médiations mais celles-ci n'ont pas été en mesure d'imposer l'évidence des valeurs dominantes : la culture, qui réussissait à imposer le partage de hiérarchies communes, aujourd'hui divisée³⁹. J'ai abordé l'un et l'autre de ces deux points dans le prolongement de ma thèse. Je les développe rapidement maintenant.

1) Comprendre l'écart qui sépare l'audience d'une œuvre de sa légitimité artistique exige de procéder à un détour par les fondements de l'esthétique contemporaine. Aujourd'hui, le primat accordé à la recherche dans les mondes de l'art conduit à des formes de création qui ne paraissent plus guidées que par elles-mêmes ou la personnalité de l'artiste, faute d'être soumises comme dans le passé à d'autres obligations, qu'elles soient narratives, libératoires, ostentatoires ou critiques. Ainsi, l'art contemporain est sans cesse animé par la mise à l'épreuve de l'art lui-même : il tient à en éprouver la qualité, les bornes, sa distance à la morale, si bien que son projet finit par se confondre avec une

³⁸ En dépit néanmoins d'une tendance accrue à l'éclectisme. Sur ce point, voir Donnat O., Tolila, P. (dir.), *Le(s) public(s) de la culture*, Paris, Presses de Sciences Po, 2003.

³⁹ Je rejoins ici le point de vue développé par Martuccelli D. in « Figures de la domination », *art. cit.*.

tentative généralisée d'esthétisation du monde⁴⁰. Ce programme a nourri chez les artistes, depuis Marcel Duchamp jusqu'à Andy Warhol, l'ambition de transformer l'objet le plus banal en une œuvre artistique, l'artiste n'ayant simplement qu'à y apposer sa signature pour que le bien ainsi paraphé devienne esthétique. Ou bien la création a calqué ses productions sur le modèle expérimental des sciences, comme dans la musique aléatoire. Bref, elle a fini par se confondre avec une interrogation généralisée sur les conditions de possibilité de l'art.

En se ralliant au credo de « l'art pour l'art », la création a emprunté à un jeu sur les conventions et les limites qui a nourri un goût pour le moins consommé de la provocation. En effet, dans ce nouveau paradigme, la démonstration du caractère artistique d'une œuvre atteint un niveau inégalé, mais radical, lorsqu'il y est question de faire admettre qu'un geste sacrilège ou obscène peut, sous l'action de l'artiste, cesser d'incarner une profanation pour acquérir une qualité esthétique⁴¹. « L'artiste fait l'œuvre », pour reprendre la formule de Raymonde Moulin⁴². Selon ce dogme, si l'art de la provocation consiste bien à signifier la transgression sans la commettre, alors il ne doit qu'au plasticien et qu'à son œuvre de rendre cette conjuration possible et, par suite, de créer les conditions d'une scène imaginaire qui livrerait au public de nouvelles significations. Dans ce cadre, l'artiste semble prétendre à une individualisation maximale, portée par la croyance selon laquelle son œuvre, ayant mis au rebut les conventions les mieux partagées, ne donnerait plus à voir que l'entier et singulier talent de son créateur.

J'ai pensé que ce *mépris des formes*, qui s'est incarné dans un radicalisme mondain, n'était pas sans rejoindre l'un des lieux communs de la culture juvénile. Celle-ci et l'art contemporain paraissent pris en effet dans le même jeu de relations⁴³. Ainsi, le mépris des formes a atteint un point culminant dans la culture rap au point d'en désigner, aux côtés du propos contestataire, l'une des dimensions majeures. Ici, l'écart de langage, le refus du code et de l'étiquette, d'une maîtrise parfaite de soi ou encore d'un comportement parfaitement policé s'apparente par certains aspects à une épreuve libératoire. Il y est question de signifier, de manière plus ou moins formelle, une hostilité aux formes convenues et dominantes, mais également de marquer par ce geste *l'affirmation d'une individualité* qui ne serait plus tenue au respect des normes, et en particulier à la nécessité

⁴⁰ Pour une lecture du changement culturel conçu dans les termes d'un jeu incessant sur les limites et les normes, se reporter à Martin B., *Sociology of Contemporary Cultural Change*, Oxford, Basic Blackwell, 1985.

⁴¹ Cf. Soullou J., *L'impunité de l'art*, Paris, Le Seuil, 1995.

⁴² Cf. Moulin R.. « De l'artisan au professionnel : l'artiste », *art. cit.*

⁴³ Cf. Le Moigne Ph., « Le mépris des formes. Action publique, esthétique contemporaine et culture juvénile », *Agora*, 1, 1995, 57-67. J'ai suivi ici le programme ouvert par Bernice Martin. Cf. Martin B. *Sociology of Contemporary Cultural Change*, *op. cit.*

d'une totale domination de soi⁴⁴. Naturellement, cette posture ne peut prétendre à une part de légitimité qu'à la condition, là encore, que son pari esthétique soit reconnu. À défaut de cette transformation, la démonstration d'une incivilité ou d'une auto-contrainte trop faible, ne pouvant être accueillie comme le prétexte d'une œuvre, est perçue comme un acte de violence et est réprouvée comme tel⁴⁵. Quel accueil le secteur public a-t-il réservé à ces nouvelles formes d'expression ?

2) Dans ce domaine, les municipalités de banlieue se sont peu engagées à défendre les formes les plus radicales de l'expression rap. Le Ministère de la Culture avait lui-même tenté l'expérience en 1990, au musée des monuments français, en exposant les productions des taggers issus de la banlieue parisienne aux côtés des œuvres du mouvement esthétique américain dit du « Graffits Art ». En mêlant les œuvres des jeunes à celles de représentants plus « officiels » de l'art contemporain, les concepteurs de l'exposition souhaitaient que les taggers de la banlieue puissent accéder à une certaine légitimité artistique. L'exposition a donné lieu à 345 articles de journaux, tous publiés dans la rubrique des « faits de société ». Ces commentaires ont récusé dans leur totalité aux tags des jeunes le statut d'œuvres et ont plutôt tenté de les rapprocher des dégradations commises sur les monuments publics et les transports en commun par les « vandales »⁴⁶.

Ici, la transfiguration artistique des productions du hip-hop n'a pas opéré. Et de fait, ces productions sont le plus souvent tenues à l'écart d'une promotion publique, et délaissées au secteur marchand, voire à la rue et à une exploitation purement urbaine. Mais, l'art contemporain est souvent confronté lui-même à ce genre de déni. L'accueil réservé à certaines expositions est tel que les œuvres sont simplement détruites par le public⁴⁷. Devant les réactions suscitées par la promotion de l'art contemporain, et plus globalement devant la crise de fréquentation des salles d'exposition, les agents des

⁴⁴ Cf. Boucher M., *Rap, expression des lascar. Signification et enjeux dans la société française*, Paris, L'Harmattan, 1999.

⁴⁵ On sait que la maîtrise de soi, parce qu'elle vise à écarter toute perspective de violence, fonde précisément pour Elias le processus de civilisation et qu'elle s'adresse, par nature, d'abord au comportement des individus. C'est pourquoi défaire ici le nœud de contraintes associées à « la maîtrise de soi » peut, dans l'imaginaire contemporain, prendre la valeur d'une émancipation proprement personnelle et immédiate. Cf. Elias N., *La civilisation des mœurs*, Paris, 1973 [1939]. Pour Bourdieu, l'exigence requise pour « le maintien des formes » représente également une manière de conjurer la violence. Autrement dit, elle est, pour lui, d'autant plus requise que la situation est porteuse d'enjeux. Cf. Bourdieu P., « Habitus, code, codification », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1986, 60-64.

⁴⁶ Pour une présentation de cet épisode de la politique ministérielle, se reporter à Dubois V., « Action culturelle, action sociale : les limites d'une frontière », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, avril-juin, 1994, pp. 27-42.

⁴⁷ Ce fut le cas par exemple du sort subi par une exposition d'œuvres façonnées à partir d'un acier volontairement oxydé dans une ville de Suisse appartenant à une région métallurgique sinistrée. Pour une description détaillée de cet épisode, se reporter à Gambioni D., « Méprises et mépris : éléments pour une étude de l'iconoclasme contemporain », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 49, 1983, 2-28.

politiques locales de la culture ont cherché à développer des activités dite de « médiation », soit en direction des œuvres, soit à l'attention des publics. Dans le premier cas, le travail des institutions a essentiellement porté sur l'accueil des visiteurs de musée, et leur contact avec les objets d'art. Dans le second, il s'est agi, souvent à titre expérimental, de combattre l'abstentionnisme culturel en tentant d'initier tout ou partie de la population des quartiers dits « en difficulté » à la pratique d'une activité, et à travers elle, à un contact régulier avec les structures, notamment, de lecture publique. J'ai pu étudier l'une et l'autre de ces opérations, notamment à travers une étude commandée par le Ministère de la Culture⁴⁸.

Il s'est d'abord agi d'examiner la fréquentation du Fonds Régional d'Art Contemporain de Périgueux. Les FRAC, créés en 1982, sont organisés par une convention tripartite. La Région contribue, avec l'aide de l'État, à l'achat des œuvres, les municipalités s'engageant à libérer des locaux pour recevoir les expositions. Souhaitant faire partager au plus grand nombre la présentation des artistes les plus innovants, les concepteurs des FRAC ont opté pour une politique d'achat tournée vers les œuvres de plasticiens de réputation internationale, parfois radicales. C'est ainsi qu'une exposition d'antennes de télévisions a nourri la contestation de la presse locale à Périgueux, allant jusqu'à susciter des menaces de destruction de la part des visiteurs et des membres des sociétés picturales locales.

Pour faire face à la contestation, la mairie a rompu avec l'organisme régional et a nommé un conservateur adjoint dans le but de sensibiliser la population locale aux œuvres contemporaines. Ce conservateur a eu pour mission de sélectionner et de présenter les nouvelles pièces, en tentant notamment d'obtenir le concours des enseignants de la ville. Ces dispositions ont permis de pacifier l'accueil des œuvres, et ont favorisé une croissance réelle de la fréquentation. Néanmoins, *cette médiation reste contradictoire : mobilisée pour créer une acculturation mieux aboutie à l'art contemporain, elle conduit en réalité à mettre en place une fréquentation suscitée et captive*, essentiellement formée par le public scolaire, celui-ci réalisant à lui seul jusqu'à 80% des entrées⁴⁹. Autrement dit, ici, *les décideurs locaux ont entrepris d'une certaine manière de créer eux-mêmes l'audience*, en finançant une part substantielle de ses coûts, et en mobilisant les agents de l'État et de la commune susceptibles d'offrir un relais à leur action.

La lutte contre l'abstentionnisme culturel a suscité d'autres formes de médiation à visée non plus descendante mais ascendante, c'est-à-dire tournées vers la promotion des publics profanes. L'expérience imaginée en 1993 par la Délégation au Livre s'apparente à

⁴⁸ Pour une présentation de ces deux modèles de la médiation culturelle, et de leur mise en œuvre, voir Le Moigne Ph., « Le traitement de l'identité : aux origines d'un nouveau pacte socio-culturel ? », in De Ridder G., *Les nouvelles formes de l'intervention sociale*, Paris, L'Harmattan, 1997, pp. 201-225

⁴⁹ Cf. Le Moigne Ph., « Le mépris des formes. Action publique, esthétique contemporaine et culture juvénile », *art. cit.*

ce type d'action. Il s'est agi de recruter, sur une dizaine de sites, des médiateurs du livre parmi la population des quartiers dits difficiles. L'opération avait pour objet de former des jeunes en situation précaire aux métiers du livre, mission leur étant faite de développer la pratique de la lecture et l'accès aux bibliothèques dans leurs quartiers, en direction en particulier des populations les plus pauvres. Cette délégation, en mettant l'accent sur la proximité sociale des publics et des agents de la médiation, réunissait plusieurs objectifs : assurer l'insertion professionnelle de quelques jeunes en leur permettant d'accéder à un nouveau métier ; étoffer les modes d'intervention des dispositifs de la culture en « amenant le livre dans les quartiers » ; enfin, réduire l'abstentionnisme culturel des populations précaires par l'intermédiaire d'une acculturation au livre assurée par les pairs. Cette acculturation, fondée sur le principe des bibliothèques itinérantes, avait pour objet d'améliorer à terme la fréquentation des structures existantes, notamment des bibliothèques municipales. Cette proximité, une fois gagnée, laissait présager en retour, à la fois, « une meilleure diffusion de la connaissance » auprès des populations visées et, au-delà de la lecture elle-même, pour quelques-uns peut-être, l'affirmation d'un goût pour l'écriture et pour le support qu'elle offre à l'expression individuelle⁵⁰.

Ces opérations, demeurées au stade embryonnaire, ont rencontré de nombreux points d'achoppement. Tout d'abord, la médiation n'est pas parvenue réellement à transformer l'usage du livre. Tout juste s'est-il agi de socialiser les publics visés aux normes du prêt en bibliothèque et notamment au retour des livres dans les délais impartis. Les livres n'étant pas lus, et finalement de moins en moins empruntés, les médiateurs ont dû renoncer à l'intention de développer la pratique de la lecture, en se contentant eux-mêmes d'être les lecteurs de leur public, ou plus simplement encore, en recourant au conte oral. L'insertion professionnelle des candidats à la médiation n'a pas été mieux assurée. Le Ministère ne s'était guère interrogé en effet sur l'intérêt que leur embauche pourrait représenter pour les municipalités. Surtout, l'éventualité d'une homologation professionnelle de leur activité a rencontré immédiatement l'hostilité des bibliothécaires dûment mandatés⁵¹. Un nouveau titre et une nouvelle fonction n'avaient dans ces conditions pas lieu d'exister, d'où l'abandon progressif du projet de professionnalisation, puis de l'extension du dispositif, enfin, de son renouvellement⁵².

⁵⁰ Cf. Legrand C., Scheer J., Le Moigne Ph., De Ridder G., *Les médiateurs du livre. Évaluation du dispositif expérimental*, Paris, Ministère de la Culture, 1994.

⁵¹ Il faut dire que les bibliothécaires avaient déjà eu maille à partir avec un précédent projet de l'État. En effet, le Ministère avait souhaité que les collectivités locales prennent en charge le financement de la formation et, partant, que celle-ci soit dès lors assurée par le Centre National de Formation de la Fonction Territoriale (CNFPT). La plupart des bibliothécaires en poste, titulaires du Certificat Aux Fonctions de Bibliothécaires (CAFB), ont vivement réagi et ont finalement obtenu l'abandon du projet. Je relate cet épisode dans ma thèse. Cf. Le Moigne Ph., *L'émergence d'une scène publique de la culture. op. cit.*

⁵² Cf. Le Moigne Ph., « Le traitement de l'identité : aux origines d'un nouveau pacte socio-culturel ? », *art. cit.*

1.5. Une valeur spéculative : *persistance et érosion de la culture dominante*

L'organisation territoriale des politiques de la culture, entre le centre et la périphérie et à l'intérieur même des agglomérations, conduit à l'affirmation d'une série de différenciations et de hiérarchisations locales. Ainsi, les villes pourvues de ressources peuvent intégrer les filières de légitimation et s'assurer d'une programmation de rang international, tandis que les villes de banlieue doivent plus souvent recourir au secteur marchand et aux productions dévalorisées, au regard de la légitimité artistique, des industries culturelles. Au-delà de l'inégalité des ressources, cette organisation est étayée par l'action conjuguée des artistes, des intermédiaires culturels et de l'administration : réunis par la composition des réputations et la certification des qualifications, leur action sollicite d'abord les institutions des villes-centres. Ce mécanisme réduit par la même la légitimité accordée au régime de création et de consécration dont l'origine est plus locale. De ce point de vue, la promotion des artistes de banlieue n'a été effectuée qu'à la marge par la politique de la culture. À l'inverse, l'art contemporain, qui fait part pourtant d'une radicalité égale à bien des expressions du mouvement rap, a fait l'objet d'un investissement considérable. L'appareil public, c'est-à-dire l'État relayé par les villes-centres, a mené une large politique d'achat et de diffusion jusqu'à produire, au-delà d'un marché protégé, des audiences captives, auprès des jeunes en particulier.

L'émergence de cette scène publique de la culture livre deux enseignements. D'abord, *les multiples différenciations qui travaillent cette scène trahissent un phénomène authentique de domination*. Ce phénomène se traduit notamment par la valorisation d'une élite artistique et, à l'inverse, par la dévalorisation des productions plus localisées, marginales ou bien encore liées aux industries culturelles. De la même manière, les médiations que la politique déploie sont pour la plupart légitimistes⁵³ : il revient au public des écoles de « s'acclimater » aux formes dominantes de la culture savante, tandis que l'accession des jeunes des quartiers dits « difficiles » aux métiers culturels continue d'être discutée, voire entravée par les titulaires de la légitimité professionnelle au sein de ce secteur.

Ces modes de domination s'apparentent pour beaucoup à la lecture que Bourdieu fait du goût dans *La Distinction*⁵⁴. Ils s'enrichissent ici d'une nouvelle contribution, offerte par la technocratie culturelle qui s'est affirmée à partir du début des années 1980. Celle-ci

⁵³ Au sens donné à ce terme par Claude Grignon et Jean-Paul Passeron. Cf. Grignon C., Passeron J.-C., *Le Savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Paris, Le Seuil, 1989.

⁵⁴ Bourdieu P., *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit, 1979.

a été à l'origine de la production d'un secteur artistique tout à la fois protégé et extrêmement classant. Mais, et c'est là le deuxième enseignement livré par les politiques locales de la culture, *ce mode de domination, régi par l'inculcation de ses valeurs et la dissimulation de ses processus, est frappé d'érosion*⁵⁵. Comme le montre la production et la réception de l'art contemporain, la culture savante portée par les institutions culturelles paraît bien plus spéculative que par le passé⁵⁶. C'est pourquoi elle est discutée, et parfois âprement contestée. La légitimation de ces formes expressives ne va pas de soi, et requiert une série de médiations dont l'impact semble mesuré. En particulier, les productions culturelles récentes, qu'elles soient jugées légitimes ou profanes, prennent appui sur des repères qui bousculent les codifications passées. Ici, la normativité qui structure l'adhésion à l'expression personnelle offre matière à une mise à distance des codes qui structurent les répertoires d'action situés autour d'elle, à commencer par les règles de l'esthétique. Cette perspective, lorsqu'elle acquiert en radicalité, finit par tenir les hiérarchies culturelles pour des conventions de pure forme, au risque d'entretenir une déconstruction permanente de toute valeur.

*
* *

La domination, par l'inculcation des formes nobles de l'expression, paraît en ce sens de moins en moins capable de se structurer par l'imposition. La raison individuelle contribue d'une certaine manière à en dévoiler les mécanismes et les limites, dans le domaine de la légitimité artistique en particulier. Toutefois, les études que j'ai menées dans ce domaine se sont d'abord fondées sur une approche structurelle et organisationnelle du phénomène culturel. Au cours de ces recherches, l'expression personnelle, ses formes et ses débouchés ont plutôt été appréhendés de manière indirecte plus qu'ils n'ont été analysés en tant que tels. Il convenait donc de bâtir une démarche susceptible de mettre en lumière les revendications expressives, notamment des jeunes, dans la perspective de rendre compte cette fois de leur impact sur la scène publique et l'organisation sociale. L'analyse de la récidive chez les mineurs délinquants m'a offert la possibilité de mettre en place cette démarche. Au détour, cette analyse donne à voir de nouvelles formes de domination qui, loin d'être structurées par le contrôle ou l'imposition, plongeraient plutôt l'acteur et l'action dans un univers d'illisibilité. C'est du moins ce que suggère la dynamique des formes de déviance que j'aborde maintenant.

⁵⁵ Cf. Martuccelli D., « Figures de la domination », *art. cit.*

⁵⁶ Cf. Menger P.-M., « L'oreille spéculative. Consommation et perception de la musique contemporaine », *Revue Française de Sociologie*, 27, 1986, pp. 445-479.

2. Mineurs multirécidivistes : la justice à l'épreuve de la question individuelle

Au début des années 1990, on a vu apparaître une nouvelle figure de la marginalité : « l'exclu ». Dans ce contexte de pensée, il ne s'agit plus vraiment de protéger des groupes, comme dans la perspective classique des politiques sociales héritées de l'État Providence, mais de réintégrer littéralement les individus qui, par leur pauvreté ou leur conduite, seraient (ou se seraient) « exclus » du « lien social. ». Il y a une forme d'individualisation de la question sociale à laquelle a fait pendant l'hypothèse d'une « désocialisation » de certains territoires français. Les « exclus » devaient ainsi constituer la cible des politiques de la ville et ont servi de fait à désigner les bases d'une géographie prioritaire, adressée à des espaces censés cumuler les carences : chômage, non-imposition, monoparentalité, perte du sentiment d'appartenance, absence de réseaux de solidarité, faible vie associative, retard scolaire, logement vétuste, etc.

Cette nouvelle pensée de l'indignité sociale a suscité l'organisation de nouveaux états statistiques : le diagnostic local⁵⁷. Ce dénombrement, bâti sous la forme d'un catalogue d'indices, a cherché à produire l'évidence d'un dérèglement social et territorial, structuré par la juxtaposition des handicaps et l'écart à la moyenne. Ces échelles du dysfonctionnement ont conduit à distinguer des « quartiers carencés », en les opposant à leur environnement géographique, lui-même élu en norme et jugé, implicitement, positif, homogène et déhiérarchisé.

De telles connotations empruntent à un discours de domination, fondé en particulier sur le misérabilisme. Elles sont à l'origine d'actions visant à favoriser « le retour à la moyenne » des quartiers, par la mobilisation et la participation sociale de leurs habitants, les enjoignant par exemple à « prendre soin d'eux-mêmes » pour accroître leurs chances d'insertion professionnelle⁵⁸. La pensée de l'exclusion a contribué ainsi à diviser le regard porté sur les populations en leur attribuant deux attitudes⁵⁹. La première, passive et subie, résulterait de la pauvreté et resterait perméable à l'action. En revanche, la seconde, imprévisible et active, incarnée par la délinquance, pourrait se révéler non seulement

⁵⁷ Pour une analyse de ce genre statistique, voir mon article : Le Moigne Ph., Legrand C., De Ridder G., « Le récit statistique de l'exclusion », *Lien Social et Politiques*, 34, 1995, pp. 141-149.

⁵⁸ Cf. Donzelot J, Mével C., Wyvekens A., *Faire société. La politique de la ville aux États-Unis et en France*, Paris, Le Seuil, 2003.

⁵⁹ Cf. Le Moigne Ph., « Le traitement de l'identité : aux origines d'un nouveau pacte socio-culturel ? », *art. cit.*

dangereuse mais rétive à toute intervention. L'attitude, ainsi dépeinte, devait susciter l'invention et le succès d'une nouvelle qualification déviante, sous la bannière de la « multirécidive »⁶⁰.

2.1. Classement délinquant ou déclassé de l'institution judiciaire ?

L'expression *multirécidiviste*, dont l'emploi a été encouragé par les médias, appartient à l'origine au lexique des services de police. Elle figure sur les *notices individuelles de renseignements* que le commissariat transmet au juge après enquête. Cette pièce de procédure doit permettre au magistrat d'évaluer la situation du mineur avant comparution. La mention de multirécidive indique que le jeune mis en cause a déjà été impliqué dans de nombreuses affaires ou, à tout le moins, qu'il n'est pas méconnu des services de police. Cette désignation est différente de la notion de *récidive pénale* employée par le droit : les textes réservent son usage aux circonstances où le prévenu, déjà déféré par le passé, comparaît de nouveau pour *la même faute*. Les magistrats utilisent plus volontiers le terme de *réitération* lorsqu'il est question de marquer la succession des mises en cause sans présager de la nature des infractions commises ou des poursuites qu'elles ont occasionnées.

La définition de multirécidive est, comparée aux autres expressions en vigueur, à la fois plus lâche et plus outrée. Ces deux particularités ne sont pas sans implications : i) la première appelle une série de fautes qui n'est pas nécessairement circonscrite par le droit (incivilité, prestance, fugues, etc.), en quoi l'énoncé de multirécidive croise *le jugement moral* ; ii) par la dimension de multiplicité, la terminologie ajoute à la notion de récidive, pourtant déjà fondée sur la répétition, un caractère aggravant. Ce redoublement a pour objet tout à la fois de souligner *la radicalité* du positionnement déviant, et les incapacités de la justice face à une telle résolution. Autant, la notion exprime-t-elle dans le premier cas un rapport à la transgression qui n'est pas ou plus soumis à la sanction du droit, autant, dans le second, elle souligne les déficiences de la condamnation judiciaire devant le cumul répété des délits⁶¹. Le succès de la notion n'est donc pas tout à fait hasardeux. La formule

⁶⁰ Ce chapitre se fonde en particulier sur la synthèse de deux de mes publications ; à savoir, d'abord, Le Moigne Ph., « Sanction, individuation, déviance. L'organisation sociale de la récidive chez les jeunes », *Revue Suisse de Sociologie*, 24 (3), 1998, pp. 405-429. L'analyse, amorcée dans ce texte, a donné lieu à un livre, paru deux ans plus tard, dont je reprends ici de nombreux éléments. Cf. Le Moigne Ph., *Le traitement des intraitables. L'organisation sociale de la récidive chez les jeunes*, Bruxelles – Ottawa, De Boeck Université / Les Presses Universitaires d'Ottawa, Coll. Perspectives criminologiques, 2000.

⁶¹ À propos de l'extension qui a été appliquée à la notion de récidive, voir Faugeron C., Le Boulaire J.-M., « Quelques remarques à propos de la récidive », *Bulletin de Criminologie*, 1, 1993, pp. 12-31.

cerne au plus près les termes par lesquels le débat public cherche aujourd'hui à caractériser la délinquance juvénile : irrespect, choix délibéré et durable de l'irrégularité, d'un côté ; mansuétude de la justice, insensibilité à la sanction, de l'autre⁶².

La catégorisation pose néanmoins problème. 1) D'abord l'audience acquise par le phénomène dépasse de loin sa réalité numérique : les mineurs repérés par l'institution judiciaire pour de multiples infractions représenteraient en effet à peine 10% des effectifs pris en charge, soit 2.000 jeunes environ⁶³. 2) Par ailleurs, les formes d'explication avancées dans le débat afin de rendre compte des comportements juvéniles pèchent à la fois par leur manque de plausibilité et leurs contradictions. Soit, la discussion porte sur « le manque de repères » des mineurs, c'est-à-dire sur l'effet d'un déficit de socialisation ; soit, l'argument met en cause l'impunité judiciaire, en considérant que l'absence de sanction constitue une forme d'incitation à la récidive. Qu'en penser?

D'une part, il paraît difficile de concevoir qu'une conduite, y compris marginale, puisse être fondée sur une absence de repères. Comme l'a souligné depuis longtemps la sociologie de la déviance, toute action est étayée par des règles même lorsqu'elle emprunte les voies du délit ou de la violence⁶⁴. Ensuite, la trajectoire des multirécidivistes n'est pas caractérisée par l'absence de condamnations, c'est même tout le contraire⁶⁵. Cette caractéristique se comprend aisément si on rappelle que le constat de multirécidive se déduit du travail d'enquête des services de police, de la multiplication des comparutions et, au final, de l'étendue du casier judiciaire des mineurs. Des jeunes, mieux protégés des mesures d'investigation par leur famille ou des organisations criminelles, se rendent sans doute coupables d'un nombre parfois important d'infractions, mais la délinquance de ceux-là n'est pas rendue visible par la procédure. Enfin, globalement, l'explication paraît prise dans une tension contradictoire. D'un côté, elle invoque une clause d'irresponsabilité ou d'incapacité (défaut d'apprentissage, méconnaissance des règles, etc.). De l'autre, elle prête au mineur une rationalité de calcul exemplaire en supposant de sa part un jugement éclairé sur l'effet que l'impunité judiciaire est censée exercer sur le coût de l'infraction.

⁶² Cette description répond à des critères qui ne sont pas tout à fait infondés puisque, en effet, le constat de délinquance ne peut se concevoir sans la répétition d'infractions, et la formation d'une identité au moins pour partie acquise à la transgression. Cf. Ogien A., *Sociologie de la déviance*, Paris, A. Colin, 1995.

⁶³ Cf. Fiacre P., *Suivi des trajectoires judiciaires des jeunes délinquants réitérants*, Paris, IHESI, 1997.

⁶⁴ On pense à la notion d'« intégration déviante » qui fait dépendre la transgression des règles officielles de collectifs organisés et structurés par des « normes alternatives », notion initiée par E. Sutherland et D. Cressey in *Principes de criminologie*, Paris, Cujas, 1966 [1960]. On pense également au principe des « valeurs souterraines », développé par D. Matza, qui cherche précisément à manifester l'idée que les conduites de délinquance prennent appui sur des règles sous-jacentes, par quoi l'auteur entend faire admettre que l'univers social comprend nécessairement la marginalité au même titre que des normes légitimes ou légales. Cf. Matza D., Sykes G., « Juvenile delinquency and subterranean values », *American Sociological Review*, 26, 1961.

⁶⁵ Cf. P. Fiacre, *op. cit.*

Écartelée entre ces deux figures, la représentation de la délinquance contemporaine paraît située hors d'atteinte⁶⁶.

Mais, au-delà des divergences relatives au caractère intentionnel ou pathologique de la délinquance, la multirécidive paraît porteuse d'une interrogation plus fondamentale, celui de *la catégorisation* : a-t-on affaire à une population homogène, soudée par des conduites similaires ? La multirécidive ne saurait être confondue avec un indicateur de l'intensité déviante puisque le phénomène est loin d'être généralisé et qu'il comporte des marques de transgressions qui ne sont pas sanctionnées par le droit. Ce constat pourrait inviter à une lecture classique du phénomène sous les auspices de la théorie de la désignation : est multirécidiviste le mineur reconnu comme tel par l'appareil judiciaire⁶⁷. Le travail institutionnel est bel et bien à l'origine de ce classement, mais il ne peut être jugé tout à fait décisif dans le cas présent, sauf à dire que le monde judiciaire construit en totalité la carrière déviante des mineurs. Ceux-ci reproduisent des comportements, issus tout également des sous-cultures de la marginalité. Pour autant, leur conduite ne se comprend pas en dehors de leur profonde implication dans l'univers de la procédure. J'ai pensé que cette particularité pouvait offrir une voie possible à la construction de la multirécidive comme objet : derrière l'étiquette, et la diversité des manifestations délictueuses, se dissimulerait en réalité *une spécificité déviante fondée sur la réplique au droit et à la justice*⁶⁸.

Cette perspective implique de renoncer tant à une sociologie de la jeunesse délinquante qu'à une analyse des effets pervers de l'organisation judiciaire. L'approche défendue ici se situerait plutôt à l'intersection de ces deux démarches. Elle vise à montrer que la conduite réprimée ici constitue : 1) l'effet émergent de *la suite d'interactions* engagées, soit par la justice, soit en sa direction, en vue de statuer sur le sort jeune, 2) lorsque de tels échanges ne sont plus guidés par *un principe unique et une autorité centrale*. En quoi la multirécidive exprime moins une forme de délinquance qu'une crise de régulation collective : elle souligne la désorganisation actuelle des relations que l'institution judiciaire entretient à l'égard de son environnement⁶⁹.

Quelle est l'origine de cette désorganisation ? La montée en puissance de la question sécuritaire souligne *la légitimité qui est accordée aujourd'hui au statut de*

⁶⁶ Ces formes d'explications reflètent d'ailleurs point par point les hésitations contemporaines de la criminologie, entre les théories du passage à l'acte et celles de la réaction sociale. Voir Digne F., *Éthique et délinquance. La délinquance comme gestion de sa vie*, Genève, Éditions Médecine et Hygiène – Méridiens Klincksieck, 1989.

⁶⁷ Cf. Becker H., *Outsiders, Étude de sociologie de la déviance*, Paris, A-M. Métailié, 1984, [1963] ; Cicourel A., *The Social Organization of Juvenile Justice*, New York, J. Wiley, 1968.

⁶⁸ Cf. Le Moigne P., «Sanction, individuation et déviance : l'organisation sociale de la récidive chez les jeunes », *art. cit.*

⁶⁹ Cf. Le Moigne P., «Les mineurs multirécidivistes : un regard sur l'organisation de la décision judiciaire», *Esprit*, décembre 1998, pp. 169-188.

victime. Il y est question d'une défense de la personne, portant pour ce motif condamnation de toute violence qu'elle pourrait avoir à subir de la part d'autrui. Cette légitimité rejoint celle qui entoure la protection de l'enfance en danger, mais elle peut lui être opposée lorsque le mineur se rend coupable lui-même d'agression : elle accroît la résonance de la maltraitance, de la même manière qu'elle appuie une plus grande répression de la délinquance. Un tel mouvement place naturellement la décision judiciaire devant des impératifs contradictoires

Cette nouvelle donne a également favorisé l'émergence de nouvelles expertises (élus, journalistes, enseignants, etc.), dans les domaines du diagnostic et de la réforme⁷⁰. Cette intrusion souligne la porosité actuelle, sinon *le relatif déclassement de l'institution judiciaire*. L'attention prêtée à l'accélération de la procédure, l'exigence de poursuite ou de réparation, ne se comprennent pas autrement. Les tentatives de reprise en main, ou de reclassement de l'appareil de justice, initiées par les Parquets à travers notamment la figure du procureur dans le domaine de la violence urbaine, font également écho à cette nouvelle donne⁷¹. Le nouveau positionnement du système judiciaire n'est pas sans impact. *Le traitement de la jeunesse en difficulté, par son ouverture grandissante au monde profane (familles, collatéraux, tiers, amis, élus, enseignants, etc.), oblige en effet les professionnels (magistrats, éducateurs) à concilier un nombre d'attentes toujours plus grand et, par conséquent, à des décisions et des mesures de plus en plus erratiques. Cette difficulté suspend la trajectoire de certains mineurs à des motifs et des revirements peu contrôlables, c'est-à-dire à une forme de sujétion à laquelle certains d'entre eux peuvent chercher à s'opposer en tentant d'exercer, par la répétition des délits, une plus grande influence sur la procédure.*

Afin de mettre à l'épreuve cette hypothèse, l'investigation s'est d'abord appuyée sur une étude d'archives. Après un entretien auprès des magistrats et des éducateurs de quatre Tribunaux pour Enfants, et après avoir sondé les bases de données détenues par ces institutions, j'ai tenté de réunir les dossiers pénaux et éducatifs des mineurs les plus significativement engagés dans la multirécidive au regard de la procédure : ces mineurs ont en moyenne plus de 50 affaires à leur actif. Des dossiers comprenant moins d'affaires ont également été étudiés à des fins de comparaison. Ce corpus, environ 100 pièces par dossier, a ensuite été ordonné et découpé en vue de satisfaire à la reconstitution d'une vingtaine de biographies éducatives et judiciaires. Pour chacune d'elles, j'ai cherché à établir la chronologie des faits d'assistance et de traitement pénal, en veillant à restituer à chaque fois la configuration des acteurs mêlés à leur déroulement. Enfin, chaque fois que

⁷⁰ Sur la montée du statut de victime, voir entre autres Garapon A., « Une société de victimes », *art. cit.*.

⁷¹ Cf. Wyvekens A., *L'insertion locale de la justice pénale. Aux origines de la justice de proximité*, Paris, L'Harmattan, 1997.

l'autorisation m'en a été donnée, j'ai interviewé les principaux acteurs de ces différentes biographies, à commencer par les jeunes et leurs éducateurs.

2.2. *La Protection Judiciaire de la Jeunesse : la fin d'un pacte*

La prise en charge judiciaire des jeunes manifeste dans son histoire une intention particulière, héritée des principes du droit qui fixent le statut de l'enfance et de l'adolescence ; elle trahit une sorte d'amendement au régime commun, injonction lui étant faite d'assurer à la fois la sauvegarde de l'enfance en danger et l'évitement de l'incarcération par des mesures de substitution. La question juvénile, telle qu'elle est travaillée par les textes juridiques, projette ainsi les institutions de prise en charge face à une mission globale de *placement* qui n'est pas nécessairement cohérente : 1) assurer *la protection* des jeunes victimes des mauvais traitements de leur entourage, 2) socialiser l'adolescent coupable au régime de la loi qu'il a transgressé par des mesures d'*éducation*⁷². Ces deux orientations font écho aux différents statuts accordés aux publics pris en charge selon la nature des faits (victime ou auteur) mais peuvent néanmoins fonder une politique de travail unifiée au motif qu'il n'est pas rare que les événements traumatiques de la pré-adolescence conditionnent chez l'enfant l'entrée dans une carrière de déviance. Dans cette optique, agir sur les causes directes, dès les premières manifestations biographiques d'une contravention à la loi laisse présager une rupture dans la plus ordinaire chronologie du parcours délinquant. Tel est le socle dur sur lequel reposent tout à la fois l'histoire et la philosophie de la *Protection Judiciaire de la Jeunesse* qui, quoique récemment dénommée comme telle (1992), s'inscrit dans le droit fil des principes juridiques édictés par l'ordonnance de 1945.

Ces principes, incarnés par des dispositifs complexes (Action Éducative en Milieu Ouvert, secteur habilité, lieu de vie, etc.) et des dispositions originales (Travail d'Intérêt Général, réparation), ont à un moment donné structuré une relative communauté de vues : *un pacte socio-judiciaire*⁷³. En retour, les acteurs de la prise en charge ont pu fonder leur identité professionnelle sur cette sorte d'évidence, de paradigme commun ; les éducateurs PJJ en particulier pour qui l'appartenance au milieu judiciaire a valu comme élément de distinction au sein d'une Éducation Spécialisée engagée dans de multiples missions et par conséquent en proie à une relative confusion statutaire. Les Juges pour Enfants ont su également tirer profit de leurs

⁷² Cf. Renucci J.-F., *Enfance délinquante et enfance en danger. La protection judiciaire de la jeunesse*, Paris, Éditions du CNRS.

⁷³ La notion de « pacte » pourrait très bien être remplacée par le terme de « programme institutionnel », au sens que lui donne Dubet. Cf. Dubet F., *Le déclin des institutions*, *op. cit.*

fonctions spécifiques en important sur le terrain du droit et de la procédure une éthique assez éloignée de l'engagement moral habituellement défendu par tout ou partie de la magistrature.

L'histoire de la PJJ, des appareils et des acteurs mobilisés en amont ou en aval de sa pratique, fait ainsi écho à la création puis à la stabilisation d'un domaine réservé, d'une *catégorie spécifique de l'intervention sociale*. Par là, il faut entendre une manière bien balisée de comprendre et de traiter une question qui a d'abord convoqué l'expertise du droit et qui a été ensuite portée sur *l'agenda du travail judiciaire*. Par-là, il faut entendre également la constitution, sinon d'un corps, d'un *monde professionnel* comprenant des agents, institutionnels ou associatifs, dont la compétence particulière justifie la participation au traitement socio-éducatif de la question juvénile.

Aujourd'hui sous les feux de l'actualité, le monde de la protection judiciaire de la jeunesse est confronté à une large remise en cause où paraît sourdre une critique directe d'un de ses éléments fondateurs : *l'évitement de l'incarcération*. En effet, la protection judiciaire de la jeunesse, à travers sa définition institutionnelle (la PJJ) ou ses objectifs généraux (éducation, protection), s'est constituée en France par opposition au modèle carcéral qui prévalait au moins jusqu'en 1939, date à laquelle les maisons de correction ont été fermées. Des modèles pédagogiques et psychologiques ont ainsi permis à l'éducation spéciale d'établir une alternative à l'incarcération, de constituer un espace d'accueil relativement autonome, de fonder une catégorie d'action judiciaire en soi, distincts tout à la fois de l'appareil pénitentiaire et des réponses juridiques classiques. Ce caractère d'exception a été depuis remis en cause : c'est du moins ce qu'on peut déduire du débat suscité en son temps par la création des Unités d'Encadrement Éducatif Renforcé (UEER), et plus récemment, par la mise en œuvre des Centres Éducatifs Fermés (CEF) puis des Établissements Pénitentiaires pour Mineurs (EPM).

En situant les raisons de la crise du côté d'une évolution carencielle du rapport qu'entretient la jeunesse à l'égard de la loi, la critique opère logiquement et à contrecoup sur le terrain des institutions à qui elle reproche leur incapacité à faire apprécier la contrainte normalement associée à la transgression des règles. L'ancien pacte plaidait plutôt pour une politique de « sensibilisation » ou de « socialisation » aux codes en vigueur, par le rappel pédagogique des règles, laissant une grande part « d'autonomie » aux jeunes ; sa critique tire son argument d'un tout autre registre en faisant valoir les vertus éducatives de la sanction, non pas telle qu'elle est représentée mais directement vécue dans la privation de liberté.

Toutefois, si moins de 10% des adolescents pris en charge sont inscrits dans une trajectoire itérative, c'est-à-dire dans un parcours où les entrées dans le dispositif et les sorties temporaires se succèdent indéfiniment, comment un phénomène minoritaire a-t-il pu accéder au rang de matrice, d'élément organisateur du débat sur la protection juvénile ? Moins qu'un indice permettant de conclure à la présence d'un syndrome de déficience normative (la perte de la loi), *la question de la multirécidive paraît plutôt symptomatique des changements intervenus aux*

marges et au centre du monde socio-judiciaire. Ces changements sont de trois ordres : le premier a trait à *la transformation de la politique d'hébergement* ; le second concerne *l'évolution morphologique des professionnels* de la protection judiciaire ; le troisième s'applique à la qualité des acteurs mêlés de près ou de loin au *diagnostic délinquant*.

1) La politique conduite par l'Éducation Surveillée, renommée PJJ depuis lors, a dû évoluer en raison de la crise qui a affecté tant l'hébergement que l'action éducative. En misant sur la création d'Instituts Professionnels d'Éducation Spécialisée (IPES), l'Éducation Surveillée cherchait à opter pour un hébergement institutionnel d'où seraient exclues les notions d'enfermement, et les références aux modèles asilaires ou pénitentiaires. Cette stratégie, conforme au pacte, a révélé les limites d'une alternative institutionnelle à la solution carcérale : fugues des usagers, conflits incessants, violences institutionnelles, récidives, etc. Déstabilisé dans sa représentation de lui-même et de son action, l'univers de la protection judiciaire s'est alors tourné vers le milieu ouvert, le secteur habilité, en recourant massivement au tissu associatif. Cette politique d'externalisation est à l'origine d'un héritage lourd d'implications : comment le secteur institutionnel peut-il peser aujourd'hui d'un même poids sur les évaluations et les décisions d'orientation élaborées en matière de prise en charge dès lors qu'il n'est plus totalement maître de sa mise en œuvre ?

2) Le second changement a trait à l'évolution du recrutement. On a pu observer que l'âge moyen des professionnels avait augmenté, et que les compétences évaluées par le diplôme n'avaient cessé de croître, dépassant de loin les exigences déductibles des critères officiels d'embauche : en 1995, le DEUG requis à l'entrée dans la profession était détenu par environ un tiers des personnels, autrement dit, la majorité d'entre eux possédait un diplôme supérieur au niveau exigé⁷⁴. Ce changement morphologique a eu un réel impact sur les choix et les préférences manifestés par le milieu professionnel. Comment en effet ne pas déduire de la socialisation accrue des agents professionnels aux sciences psycho-éducatives, les orientations privilégiées aujourd'hui par les structures d'accueil ? Très récemment encore, le public accueilli en institution était composé en grande partie d'adolescents ; il n'est pas rare actuellement que les structures publiques prennent en charge des enfants beaucoup plus jeunes ou qu'elles essaient d'en contrôler le destin par une tendance accrue à la judiciarisation de l'enfance en danger. De ce fait, la pratique professionnelle a elle-même évolué, intégrant massivement des activités de puériculture et de pédagogie infantile⁷⁵. Cette orientation a accentué le rejet aux marges de la prise en charge institutionnalisée des populations délinquantes et, ce n'est pas le moindre de ses avantages, elle a renforcé la prévention des professionnels contre l'exécution directe des

⁷⁴ Cf. Rufin M., *Protection de la jeunesse et délinquance juvénile. Rapport au Premier Ministre*, Paris, La Documentation Française, 1997.

⁷⁵ Cf. Rufin M., *Protection de la jeunesse et délinquance juvénile*, op. cit.

mesures d'éducation, cette exécution signant pour eux leur instrumentalisation en agents de probation, c'est-à-dire en simples relais des décisions judiciaires.

Ces évolutions internes ont concouru à une nouvelle division du travail, fortement indexée sur *la qualité pénale* du public. La cohérence chronologique, que cherchait à établir le monde de la protection judiciaire en accueillant tout à la fois l'enfant en danger et le jeune délinquant, n'est pas remise en cause mais paraît s'incarner dans une différenciation plus marquée des modes de prises en charge, des personnels, des publics et des structures⁷⁶. Cette orientation fragilise la maîtrise globale de la politique socio-judiciaire par le milieu professionnel. Celui-ci cesse dans une certaine mesure d'être l'agent directeur de la philosophie, de la pratique, voire même de la conception de la protection et des publics censés en dépendre. Le discours professionnel, qui cherche à masquer pareil constat, ne peut manquer néanmoins d'en dévoiler toute l'étendue lorsqu'il est « sommé » par l'actualité de se positionner sur des questions relatives au diagnostic, à la méthodologie, à la mise en oeuvre, ou bien encore à la recherche d'alternatives. Dans la mesure où l'actualité est plus que jamais travaillée par la question de la sécurité et de la délinquance, « l'absence » des professionnels - tout à fait patente par exemple lors de l'élaboration des schémas directeurs de la politique de la ville - leur est d'autant plus préjudiciable qu'elle laisse à d'autres le soin d'en opérer l'orchestration, le récit et la critique.

3) De fait, la thématique du « désordre social », à laquelle fait écho le débat sur la question urbaine, exige des différents acteurs, mobilisés par elle ou fortement conviés à la rejoindre, un positionnement clair, une promesse de décision, et plus encore un diagnostic de situation. Des différents responsables convoqués à pareille tâche, l' élu est certainement plus que tout autre sommé d'indiquer la voie. Il a maille à partir avec les fractions de la population locale (commerçants, représentants associatifs, etc.) qui sont à la fois les plus sensibles à la thématique de l'insécurité et les plus à même de faire entendre leur position. Premier magistrat de la ville, il est également l'interlocuteur direct à qui on rend visite lorsqu'on veut se porter en témoin de troubles à l'ordre public. Enfin, en tant qu'agent décisionnel de proximité, il incarne l'espoir d'une autonomie d'action, donc d'une efficacité réelle, qu'il ne possède sans doute pas entièrement mais dont il a à faire la preuve. La contribution du maire devait ainsi entrer directement dans la série des notes et arguments qui composent la fabrication du diagnostic délinquant, de ses causes et de ses remèdes⁷⁷.

⁷⁶ La décentralisation a d'ailleurs accentué le trait en favorisant une répartition assez formelle des tâches : le département assure le financement et l'exécution d'une partie importante de la politique de placement, tandis que l'État continue d'assumer un rôle directeur dans l'élaboration et la mise en oeuvre tant de l'investigation pénale que de la décision judiciaire.

⁷⁷ Pour une illustration du tribut politique, voir entre autres Picard P., *Mantes-La-Jolie (1977-1995). Carnet de route d'un maire de banlieue*, Paris, Syros, 1995.

Mais, la porosité nouvelle de l'institution judiciaire ne se mesure pas seulement à l'impact que peut avoir sur elle le jugement d'un élu ou le commentaire d'un journaliste. Elle s'observe également à l'influence qu'exercent familles, collatéraux, tiers, amis, enseignants, etc., sur sa décision. Lorsque cette mobilisation devient trop importante, elle prend un caractère désordonné qui n'est pas sans susciter à terme l'enfermement des jeunes dans une posture délictueuse, comme le montre le plus clairement la trajectoire des multirécidivistes.

2.3. *Mobilisation éducative et sanction pénale : de l'emprise à la participation*

L'analyse des dossiers de multirécidive et des témoignages réunis au cours de l'enquête permet d'associer cet itinéraire délinquant à 4 caractéristiques. 1) La multirécidive concerne une jeunesse issue d'un milieu marqué à la fois par *le déclassement et l'isolement social*. Pour autant, la pauvreté et la désaffiliation ne suffisent pas à expliquer la trajectoire primaire des mineurs. Celle-ci se déduit d'une configuration familiale morcelée, conflictuelle, où la distribution des rôles est sans cesse renouvelée par *un jeu d'oppositions instables*. 2) La précarité du cercle familial commande l'intervention éducative mais finit, en raison de luttes internes, par déboucher sur *la création d'une configuration sociale tierce*, ni privée ni institutionnelle, commandée contradictoirement par l'injonction et le recours, où se côtoient pêle-mêle les professionnels, les collatéraux et leurs tiers. 3) En l'absence de régulation, le collectif ainsi formé alterne entre mesures et contre-mesures. Cette gestion finit par exercer un phénomène d'emprise, c'est-à-dire *une forme de domination marquée par l'incertitude et la contradiction*. Ce processus bâtit une politique de placement qui devient à terme chaotique, au point d'inciter le jeune à l'errance et à un ancrage cette fois plus massif dans la délinquance. 4) Parvenu à ce point, le traitement éducatif cède le pas à un traitement pénal qui tend à responsabiliser le mineur, c'est-à-dire à le rendre responsable de ses actes, et de ses fautes en particulier. À partir de quoi, celui-ci découvre dans le délit et sa sanction un mode d'action qui le restitue comme acteur, d'où, passé un cap, la constitution chez le jeune d'une conduite totalement acquise à la délinquance.

1) *Le conflit pour la garde ou les vicissitudes de la filiation*. Chaque dossier s'ouvre par un récit inaugural. Il y est question d'un portrait de famille où sont établis avec récurrence les constats suivants : un père absent, une mère indigne, une nourrice dévouée, etc. Ce récit, qui tiendra lieu par la suite de fil rouge à l'action éducative, motive les

premières décisions de placement. Mais, il contribue également à la constitution d'une scène collective où les protagonistes (parents, enfants) se voient attribuer une image, puis une position, enfin des possibilités d'action inégales selon que le jugement leur est favorable ou non.

On pourrait faire dépendre ici la problématique judiciaire des effets de décomposition du tissu familial (séparation conjugale, mono-parentalité, absence de l'autorité paternelle, etc.). En réalité, il paraît plus sage de s'interdire ce raisonnement : la trajectoire des jeunes et de leurs ascendants ne se déduit pas de la particularité (d'ailleurs largement partagée) de l'organisation familiale, mais plutôt des difficultés que la lignée rencontre ici dans sa charge de transmission. Les parents, pour la plupart enfants de manoeuvres, n'ont pas d'emploi. Certains d'entre eux ont connu l'Aide Sociale à l'Enfance. Héritiers des familles ouvrières, de souche française ou bien issues de l'immigration, ils ne sont pas en capacité ni de faire valoir ni de transmettre cet héritage. Sans travail mais également souvent sans logement, ces parents sont à la fois déclassés et en rupture avec leur communauté d'origine. L'isolement, et par conséquent la privation des liens de solidarité, les contraignent dans de nombreux cas à des logiques de subsistance bâties en marge des univers réguliers de production et de consommation, par l'errance, le trafic ou la prostitution.

Ces contraintes obligent les mères à confier leurs enfants à des voisines ou des parents, c'est-à-dire à des placements provisoires, puis à des décisions de recueil temporaire, enfin à renoncer à la garde. Pour autant, rien n'est plus éloigné d'elles que le désir d'abandon. À cela une raison simple : le maintien de la filiation, dans un contexte de désaffiliation et de pauvreté, nourrit des logiques d'investissement massif, la descendance tenant lieu le plus souvent d'unique vecteur patrimonial. De cette exigence se déduisent également certaines formes de recomposition familiale, faisant apparaître des alliances souvent chaotiques mais intégratrices. Le choix d'un nouveau conjoint, doté d'un travail, contribue souvent en effet à redéfinir la situation sociale des familles auprès du magistrat ou des éducateurs. Mais, il reste que ce recours soude l'amélioration de condition du collectif familial à l'adoption d'un nouveau tiers, en la personne du beau-père. Or la position de celui-ci est souvent soumise à un pari intenable : contribuer à l'éducation des enfants, donc à la transmission patrimoniale, tout en étant exclu de la lignée. Au terme de quoi, l'enfant, qui incarne le centre des préoccupations de la famille naturelle, ne lui appartient pas ou plus : ou bien il est déjà placé, ou bien il doit composer avec la bienveillance d'un père adoptif.

Dans ce contexte, les investissements que nourrit la garde pleine et entière de l'enfant finissent par déboucher sur une situation extrêmement conflictuelle entre les acteurs familiaux, d'une part, et les tuteurs nourriciers, d'autre part. Il ne s'agit pas pour

autant d'un conflit frontal tel qu'il est possible de l'observer entre la justice et des acteurs familiaux soudés à une logique de groupe ou de défense communautaire. Ici, l'organisation relationnelle n'admet pas de coalitions durables : chacun des protagonistes (mère, nourrice, soeur, collatéraux, etc.) paraît agir pour son propre compte, et susciter une forme d'impossibilité décisionnelle.

On peut citer, à titre d'exemple, le cas de deux enfants placés en bas âge chez une nourrice par leur mère. Celle-ci, qui s'est résolue à cette décision par manque d'alternative, n'est pas satisfaite de la situation. Elle aimerait bénéficier de nouveau de la garde mais les services sociaux la soupçonnent de prostitution. Quant au père, il paraît définitivement disqualifié par la procédure éducative en vertu de sa marginalité : il serait proche de la clochardisation. Les enfants, de leur côté, ne souhaitent pas quitter le foyer de la nourrice. Un événement vient brouiller les cartes. La fille, victime d'une agression sexuelle, est placée. Les faits s'étant déroulés à proximité de son domicile, la nourrice est à son tour disqualifiée : elle aurait manqué à son devoir de protection. La fille demande la remise à sa mère et l'obtient. Celle-ci tire profit de la situation en « chargeant » à son tour la nourrice ; le magistrat lui accorde également la garde de son fils. L'enfant s'y oppose ; sa soeur prend fait et cause pour lui et décide de retourner vivre chez la nourrice. Son frère lui emboîte le pas. La mère porte plainte pour détournement de mineurs, etc. À ce stade, plus rien ne paraît pouvoir s'opposer à la relance perpétuelle de l'action éducative : la justice est saisie et dessaisie tour à tour.

2) *L'introduction des tiers : mesure et démesure de la politique de placement.* Dans la mesure où les décisions du juge ne satisfont jamais qu'une partie de la configuration familiale, les marques de tension essaient rapidement au-delà des premiers protagonistes du dossier. La partie, déboutée par la décision judiciaire, cherche à acquérir de nouveaux appuis au-delà du cercle de la famille et des professionnels de justice. Elle convoque l'opinion d'un avocat, d'un enseignant, d'une assistance sociale, d'un animateur, d'un élu, d'un médecin, etc. Ce processus, qu'on peut qualifier de *mobilisation des tiers*, suscite des témoignages tantôt à charge, tantôt à décharge, selon qu'il s'agit d'appuyer la requête du demandeur ou de dénoncer ses opposants. Le procédé fonctionne d'autant mieux qu'il aiguise l'engagement professionnel ou moral des témoins. Un enseignant se préoccupe de l'échec scolaire de l'enfant, celui-ci lui fait part de ses difficultés familiales : il témoignera.

Ainsi, dans l'exemple présenté plus haut, la fille, après avoir réintégré le domicile familial, demande à un professeur, sans doute acquis à sa cause, de l'héberger durant certains week-ends, au motif qu'elle ne supporte plus « la présence de son beau-père à la maison ». L'enseignant écrit au juge et obtient un droit d'hébergement. Cette décision disqualifie le beau-père, et à travers lui, la mère. Celle-ci voit bien que cette initiative

pourrait faire tâche d'huile et menacer le droit de garde qu'elle a obtenu pour son fils : elle charge sa fille en faisant valoir que celle-ci se soustrait par tous les moyens à l'observation psychologique commandée par le juge. L'enfant réplique en demandant au magistrat d'être appuyé par un défenseur. À quoi la mère oppose le témoignage d'amis de la famille : sa fille aurait de mauvaises relations, etc.

La multiplication des initiatives et des volontés de recours suggère assez rapidement la création d'un *espace social tiers*, centré sur le sort du mineur, mais recrutant bien au-delà du monde judiciaire et du milieu familial. Cette production collective renseigne sur le devoir de réponse auquel les professionnels de justice paraissent confrontés dès lors qu'une requête leur est soumise. Partant, le jeu collectif s'étend à un ensemble toujours plus vaste et plus hétéroclite d'acteurs, échappant à toute régulation. Ses membres, qui peuvent très bien ne se mobiliser qu'une seule fois, concourent à faire et défaire les positions et à relancer continûment l'espace relationnel établi autour du jeune. Décisions et contre décisions s'enchaînent, au point qu'il paraît possible de parler d'un jeu de dominos, c'est-à-dire d'une logique d'interaction sans cesse soumise à la teneur d'un coup futur, d'un appui à venir, d'une «bonne pioche».

L'espace social ainsi construit retentit à la fois sur l'énoncé diagnostique et sur les solutions envisagées à l'endroit du mineur. Les conséquences de ce phénomène sont particulièrement criantes dans le domaine du placement. Les contraintes à l'accueil, que constitue l'inélasticité de l'offre ou bien la spécialisation relative des établissements, livrent dans bien des cas une explication suffisante au caractère chaotique de l'hébergement. Mais, la recherche d'un lieu de placement s'agrément d'une difficulté supplémentaire : celui de sa définition. La somme des interventions, leur réception par le droit, innervent en effet l'ensemble des attendus généralement associés à la politique d'accueil. On peut en distinguer quatre au moins : 1) *la clause de déficience* qui rapporte le comportement du mineur à une carence d'ordre psychologique, donc individuelle, et qui réclame un soutien spécialisé ; 2) *la clause d'asocialité* (ou de «sociopathie») qui impute l'origine des problèmes vécus par le mineur aux dysfonctionnements de son milieu familial, et qui suggère un renforcement du principe de socialisation, notamment à la vie collective ; 3) *la clause d'éloignement*, fondée sur une présomption de mauvaise influence, qui invite l'institution à séparer le jeune du quartier ou du groupe qu'il côtoie ; 4) enfin, *la clause affective* qui fait dépendre le changement de comportement de l'adolescent d'une réponse familiale, et qui motive à ce titre le maintien de la relation avec ses proches.

Ces définitions diagnostiques et prescriptives, on le voit bien, ne sont pas nécessairement congruentes. Le soupçon « mésologique » (influence du milieu) n'est pas nécessairement compatible avec une recherche de solution misant sur le maintien des liens affectifs. Dans ce cas, comment éloigner sans séparer ? Si on ajoute à cela que *la*

responsabilité du mineur, souvent reconnue par expertise psychologique, le contraint à répondre de ses actes mais qu'elle l'autorise également à réclamer des mesures respectueuses de son *individualité* (préférences professionnelles, demande affective, liens d'amitié, etc.), on aura idée de la complexité sur laquelle bute la politique de placement⁷⁸.

Cette difficulté croît nécessairement lorsque l'énoncé diagnostique doit concilier une multiplicité de jugements, et que l'offre d'hébergement dépend de l'engagement évolutif de tiers, disposés initialement à recevoir le mineur mais qui se rétractent dès lors que leur intérêt et leur réputation sont menacés par la partie adverse. Dans ce contexte, la conciliation des attentes réclame une mesure d'hébergement extrêmement spécifique, en un mot, *personnalisée*. Naturellement, l'offre est rarement capable d'y répondre. Procédant par essais et erreurs, la décision de placement finit par épouser les contours d'une politique du coup par coup. À défaut d'un principe fédérateur, l'institution doit en effet se résoudre tôt ou tard à ne plus gérer que l'urgence par des mesures d'accueil temporaire. L'incidence en est simple : l'itinéraire de vie du mineur paraît de plus en plus hésitant, soudé à des placements successifs et aléatoires qui finissent tôt ou tard par l'installer dans une situation proche du nomadisme.

“J’ai dit que je ne voulais pas retourner chez ma mère. J’avais pas le choix, ça s’est fait quand j’étais pas là, c’est vous dire que c’est des traîtres. Enfant, je rêvais d’être policier, maintenant, je les déteste, je suis un voyou. J’étais un enfant sage, j’allais à l’école, je faisais mes devoirs. Là, je suis en taule. À dix ans, j’étais un ange. J’ai jamais pensé que je deviendrai un voyou. Maintenant, le voyou, c’est moi. Le policier, il est mort. [...] Mais, ma vie, elle appartient à qui ?”. [Extrait d’une expertise psychologique]

3) *Errance et prédation : la sortie du jeu*. Passé un cap, le mineur, qui cumule les placements et les mesures, entre en réaction. *Il ne peut en effet rien opposer à la domination du collectif qui s’est emparé de son cas, bien qu’il en soit le motif*. Ses ressources sont rares. Il ne peut prendre appui sur les formes d’intégration et d’entraide qui se déduisent généralement de l’appartenance à un groupe social, marginal ou conventionnel. *Se soustraire à la dynamique décisionnelle oblige dans ce contexte à « une mise hors-jeu », entre espace privé et espace institutionnel*. Cette solution de fortune, le mineur apprend à la découvrir lors des fugues. L’expérience le contraint à ménager des lieux de survie, et à définir par lui-même ses moyens de subsistance. De ce processus se déduit un premier glissement vers la marge. C’est d’abord l’errance et son lot de lieux improbables (cave, cage d’escalier, place publique, etc.), puis la délinquance de nécessité (vol à l’étalage, vol avec violence, etc.).

Cette première phase, initiatique, bâtie à la faveur de l’errance ou d’une équipée hors établissement entre «enfants placés», constitue un jalon important de la trajectoire des

⁷⁸ Cf. Le Moigne Ph. « Mineurs multirécidivistes : la justice à l’épreuve de la question personnelle », *Actes du Congrès du Groupe Suisse de Criminologie*, Interlaken, 2008, à paraître.

jeunes. Ils y apprennent une possibilité de riposte ou de contrôle sur le collectif réuni autour de la procédure : on les recherche, on craint qu'ils soient en danger. Le mineur peut également centrer son attention sur le groupe des pairs, plus ou moins organisé et solidaire, qu'il intègre ou rejoint à cette occasion : il y découvre une communauté de conditions qui renforce son jugement et son opposition à l'égard du monde judiciaire. D'autres règles y prévalent, notamment les normes de la culture déviante. Il acquiert d'autres apprentissages qui l'engagent cette fois vers une carrière délinquante assumée.

Cette carrière dépend de l'ancrage territorial du jeune. Lorsque les mesures de placement n'ont pas défait ses affiliations résidentielles, il intègre le trafic local où il joue le rôle de «petites mains» (recel, deal, etc.), ou bien il se distingue par des troubles répétés à l'ordre public sur ce périmètre (violence à agents, rodéo, etc.). Lorsque le jeune ne bénéficie pas de cette assise, soit que son enfance a été marquée par une forte mobilité géographique, soit que le placement a compromis toute chance d'ancrage, il ne peut user du même ressort délinquant. La vie d'établissement compromet l'organisation d'un trafic durable : les mineurs ne peuvent y installer de base arrière où stocker le produit de leurs vols ; ils sont souvent déplacés et donc dans l'impossibilité de former des réseaux qui résistent au temps ; enfin leur relatif confinement ne leur permet pas de nouer de relations avec les organisations locales qui gèrent le recel. Ces contraintes nourrissent des formes de transgression souvent plus agressives, acquises à la violence de rue, aux équipées entre pairs, et aux dégradations.

Cette seconde phase se solde assez rapidement par un nombre important d'interpellations. Les mineurs, qui restent somme toute peu avertis des modes opératoires les plus efficaces, sont en effet souvent arrêtés en flagrant délit. Leur culture déviante demeure imparfaite, leur statut et leur condition de vie leur interdisant une intégration aboutie aux organisations criminelles. Mais, leur irrégularité étant connue et sanctionnée, on pourrait s'attendre à ce qu'ils renoncent puisque leurs méfaits les confrontent plus encore que par le passé au monde judiciaire. En réalité, le traitement du mineur, en s'appliquant aux faits de déviance, change de nature. *En prenant une coloration pénale, la justice condamne le jeune mais tend également à le restituer comme auteur. Les mineurs doivent répondre de leurs actes*, opportunité qu'ils saisissent très vite pour revendiquer une forme de participation sociale.

“Ben le juge, il y a celui qui va aider celui qui a des problèmes familiaux, donc eux ils vont l'apprécier, c'est sûr. Mais nous, on est considérés en tant que délinquants. Nous, ce qu'on n'admet pas, c'est qu'un juge, il dit : «Tu fais ça, tu vas là'». Mais, il me demande pas mon avis, ni rien. Donc là, comme il a vu que partout où il me mettait, c'était le bordel, bien peut-être qu'il me demande ce qu'il peut faire”.

[Extrait de l'interview journalistique d'un mineur]

4) *La sanction, vecteur de polarisation. La sanction rétablit le mineur comme acteur. Elle agit à la manière d'une médiation sociale qui lui permet de faire entendre sa voix devant la collectivité, et au premier chef devant le juge. Ce processus est renforcé par les termes du traitement pénal. Celui-ci tend à individualiser la procédure et le jugement des actes. Par ailleurs, devant la répétition des fautes, l'examen de culpabilité finit par rejeter les clauses atténuantes qui permettaient de faire porter la faute sur le milieu familial ou le contexte de vie du mineur. La condamnation considère dès lors et strictement la nature de l'infraction et son mobile. Autrement dit, le cercle forgé initialement autour du traitement éducatif se retrouve placé en marge par le droit. Ses membres tendent d'ailleurs eux-mêmes à s'écarter du destin de l'adolescent, et font consensus contre son comportement. L'interaction se polarise alors autour d'un face-à-face entre la justice et le jeune. En quoi il y a lieu de considérer la récidive et sa condamnation pénale comme un processus de mise en ordre. Elles construisent une cohérence collective fondée sur un rapport social contradictoire : *c'est en portant condamnation du mineur que l'arène judiciaire lui octroie, paradoxalement, les voies d'une identification tant personnelle que sociale.**

Cette forme de participation est contre-productive à plus d'un égard : elle conduit inexorablement à l'incarcération, et oblige le jeune à une constance délictueuse. Autre manière de dire que les moyens mobilisés par la justice pour freiner le processus délinquant (sanction, emprisonnement) paraissent ici particulièrement dévoyés : pour le mineur, ils finissent par tenir lieu, sinon de but, du moins de mode opératoire. On observe en effet, passé un cap, des formes de prestance qui n'étaient pas présentes initialement dans les premiers actes de délinquance : le jeune se présente lui-même au juge ou aux forces de l'ordre, oeuvre à son arrestation lorsque les policiers sont sur le point de perdre sa trace, s'accuse d'une faute qu'il n'a pas commise, ou bien s'avère particulièrement démonstratif au moment où il commet un vol ou une agression, etc. À ce stade, le jeune paraît acquis à la confrontation judiciaire : celle-ci s'est dès lors figée en terrain d'expression⁷⁹. Reste une dernière étape, celle de l'incarcération, qui précède généralement de quelques années au plus l'accès des jeunes à la majorité.

⁷⁹ Cf. Le Moigne Ph., «Délinquance contre justice : les principes de la multirécidive chez les jeunes», *Les Cahiers de l'Actif*, janvier-mars, 2000, pp. 35-49.

2.4. *Individualité, responsabilité et sanction : une contribution à la sociologie de la déviance*

Comprendre le processus de la récidive invite à une lecture critique des grilles d'analyse proposées par la sociologie de la déviance, en particulier, des schémas explicatifs axés sur l'incidence des logiques institutionnelles⁸⁰. Cette sociologie, à travers la théorie de la désignation formulée par Howard Becker ou plus indirectement par Aaron Cicourel, s'est attachée à montrer comment l'identité délinquante est pour grande part construite par l'appareil judiciaire lui-même : le signalement, l'enquête, l'application de stéréotypes, etc., concourent à la production d'indices de culpabilité, qu'ils soient ou non fondés, qui surdéterminent la probabilité d'une accusation directe et d'une stigmatisation durable⁸¹. Étiqueté comme déviant, le jeune finit par endosser l'habit qu'on lui tend et devient effectivement délinquant, dépassant même parfois par sa conduite les pronostics les plus pessimistes portés à son égard : il fait carrière en se glissant dans le rôle que l'institution a fixé pour lui. À première vue, la théorie de l'étiquetage, dans la mesure où elle déduit l'enclenchement d'une carrière délinquante de l'effet d'image que produit chez le jeune son contact avec les institutions, cette perspective donc décrit un processus dont le résultat s'apparente directement à la multirécidive. Peut-on pour autant l'appliquer à la situation décrite ici ?

La désignation, en dehors du fait qu'elle peut conduire par certains aspects à limiter la nature du phénomène délinquant à sa désignation comme tel, tout comme si les choses existaient seulement par leur commentaire, la désignation donc établit les jeunes contrevenants en « parents pauvres » du système judiciaire. Simples répétiteurs du récit qu'on fait d'eux, ils n'ont pas voix au chapitre : leurs actes se réduisent à l'intelligibilité que leur prête autrui. Becker prend bien soin d'indiquer toutefois que la pratique de délinquance reçoit ses particularités d'une culture alternative aux modèles proposés par le droit ou la morale commune, d'où son insistance sur le caractère appris des conduites déviantes. Mais, son analyse réduit par la suite, à certains endroits, le comportement culturel initial, par l'effet d'une sorte d'imprégnation écologique censée s'exercer dès lors qu'une interaction avec l'appareil légal est enclenchée, à la définition qu'en propose le verdict judiciaire. Le jeune devient délinquant, il ne le postule pas ni ne tente de s'en défendre en s'engageant par exemple dans un conflit portant sur le bien-fondé des mesures décidées à son encontre.

⁸⁰ J'ai développé cette analyse dans Le Moigne Ph., « Sanction, individuation, déviance », *art. cit.*

⁸¹ Cf. Becker H., *Outsiders, Étude de sociologie de la déviance*, *op. cit.* ; Cicourel A., *The Social Organization of Juvenile Justice*, *op. cit.*

Or, on peut très bien imaginer l'existence d'une rationalité délinquante motivée par l'appât du gain ou bien encore par exemple par la contestation de l'ordre établi. L'adaptation dite d'*innovation*, par laquelle Merton qualifie le mode de déviance qui fait dépendre la réalisation des buts légitimes de moyens illicites, décrit parfaitement cette rationalité⁸². Les cultures d'inversion et de négativisme, auxquelles Albert Cohen a peut-être abusivement réduit le phénomène délinquant, démontrent de leur côté que des pratiques répétées de transgression peuvent tout également se déduire d'une posture critique à l'égard des conventions, quand la démonstration de cette opposition ne fonde pas l'essentiel de leur particularité⁸³. Pour autant, la multirécidive à laquelle je fais allusion ici ne paraît correspondre, là encore, à aucun des modèles décrits. Elle n'est pas motivée par un but réellement extérieur à son principe, c'est pourquoi elle ne constitue pas l'élément d'une stratégie ou d'un calcul à verser au compte d'une finalité d'action qui lui serait étrangère, tel que l'enrichissement ou la contestation. Pour autant, la multirécidive situe tout également une posture déviante. L'infraction aux normes d'identité, modèle d'explication également issu de l'interactionnisme, livre-t-elle une description plus exacte de cette forme itérative de déviance?

Cette analyse, proposée par Goffman, offre l'avantage d'amputer l'argument d'une lecture trop exclusivement cognitiviste ou symbolique de la délinquance⁸⁴. Parce qu'elle maintient que la déviance repose sur une dimension objective que des indices factuels, matériels ou corporels permettent d'apprécier, la perspective goffmanienne rend compte de l'infraction sur un mode qui considère non plus simplement les représentations mais les conduites et leurs conséquences. Autrement dit, on peut déduire de ce principe que l'acte délinquant préexiste à sa sanction par l'appareil judiciaire, donc que le jeune qui transgresse la règle, avant d'être témoin du jugement que cet appareil portera sur lui, mesure effectivement dans bien des cas la gravité de son geste⁸⁵. Il sait que son action comporte un risque et, dans l'hypothèse d'une arrestation, il n'ignore pas qu'il devra assumer la responsabilité de son acte face aux juges, ou bien concevoir un stratagème propre à le disculper. Il sait également que la lecture proprement juridique de sa personnalité et de son acte peuvent finir par se constituer en images et irriguer l'ensemble de son identité. Selon la terminologie utilisée par Goffman, la mise en relief du délit par la justice comprend la probabilité de réduire « l'identité réelle » du prévenu aux seuls aspects de délinquance, au point que ces éléments peuvent finir par former les contours d'une « identité virtuelle » ayant acquis valeur d'identité sociale.

⁸² Cf. Merton R. K., *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Plon, 1965 [1949]

⁸³ Cf. Cohen A., *Delinquent Boys. The Culture of the Gang*, Glencoe, The Free Press, 1955.

⁸⁴ Cf. Goffman E., *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Éditions de Minuit, 1975 [1963].

⁸⁵ À l'instar des adolescents décrits par Cloward et Ohlin dès les années 1960. Cf. Cloward R., Ohlin L., *Delinquency and Opportunity. A Theory of Delinquent Gangs*, New York, The Free Press, 1960

Cette interprétation décrirait parfaitement le processus de la multirécidive si elle ne donnait moins d'importance à la stigmatisation. À l'instar de la théorie de l'étiquetage, l'analyse tend, bien qu'elle ait démontré un souci évident pour l'objectivité de l'acte et pour les stratégies de dissimulation de la déviance, à ramener son verdict à un événement subi. Par ailleurs, Goffman présume peut-être un peu trop du caractère abouti de « l'identité réelle » que la sanction du droit viendrait recouvrir et transformer. Cette identité est chez lui davantage postulée que réellement décrite. Or, la question qu'on est en droit de se poser, dans le cas de la multirécidive, est bien de savoir précisément si l'identité sociale des jeunes préexiste à leur entrée dans le dispositif socio-judiciaire, ou si elle ne s'affirme pas au contraire à travers leur parcours de prise en charge.

On comprend mieux en effet l'acharnement délictueux de ces délinquants, mais également leurs vœux d'une sanction judiciaire, si on privilégie l'influence exercée durant leur enfance par un milieu familial où les divisions sont erratiques, et les changements d'affiliation et de coalition sont permanents. Cet espace d'interactions a contribué à distiller un désaveu continu de leur prétention à l'individualité. Le placement en institution a eu pour effet de les éconduire ensuite d'une intégration en milieu scolaire ordinaire, sans qu'ils puissent par ailleurs investir les modes conventionnels d'accès à l'emploi. *Leur trajectoire paraît ainsi toujours laisser la part congrue à une définition et une maîtrise de situations qui pourraient leur être imputées.* Ils sont, pourrait-on dire, des « individus incertains » placés dans un contexte lui-même soumis à l'incertitude⁸⁶. C'est pourquoi dans leur cas la confrontation aux juges peut prendre la valeur d'une mise en ordre. *Le jugement implique une décision motivée, donc une causalité même sommaire ; il lève en partie l'opacité qui entoure plus couramment la prise en charge ou la lisibilité de la conduite des jeunes ; en outre, la prise de décision requiert leurs témoignages, en quoi elle les restitue comme individus capables d'action et de jugement.*

L'effet de responsabilisation lié à la sanction donne accès à une lecture plus « active » du travail de désignation. Ici, le jeune participe à sa qualification. S'il est souvent dépossédé de ses actes, il peut néanmoins chercher à intervenir sur le diagnostic délictueux, voire le solliciter. Par ailleurs, le processus de désignation n'est pas nécessairement défavorable au jeune : l'acquisition d'une constante d'image stabilise sa relation à autrui et, partant, l'individualise. Mais il y a plus encore : la récidive oblige à concevoir la désignation sous l'angle *des fonctions individuelles* qu'elle remplit. En effet, l'action du délinquant est rendue publique afin, selon les objectifs qui guident le travail institutionnel, qu'elle cesse de troubler l'ordre ou le cas échéant de demeurer secrète. Dans l'hypothèse où le jeune se plie à cette injonction, il perd tout espoir de bénéficier de la publicité offerte par l'institution judiciaire et par la série des tiers qui gravitent à sa périphérie. Pareille éventualité condamne le délinquant, dont l'identification sociale ne se

⁸⁶ Pour reprendre l'expression forgée par Ehrenberg. Cf Ehrenberg A., *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995.

nourrit plus que du jugement public de « ses juges », à exécuter un nouveau méfait afin de rouvrir le débat sur son compte. *Le choix de la conformité (au regard des règles que la délinquance transgresse) implique donc pour le jeune de renoncer à la manière particulière avec laquelle il a réussi par ailleurs, c'est-à-dire par la condamnation, à s'acquitter des obligations associées en propre à la normativité individuelle (et à la démonstration d'intégration qu'elle est capable d'incarner de son côté).* C'est au bout du compte sur le fond de cette équation que la récidive s'édifie et entraîne à son tour chacun des protagonistes dans une relation circulaire.

2.5. Crise institutionnelle et quête d'individualité au point-limite de l'individuation contemporaine

La multirécidive souligne un phénomène qui n'est pas toujours entrevu : la souscription aux normes de l'individualité, et sa démonstration en autrui, exigent des ratifications sociales ou, si on veut, un processus collectif d'identification. Autrement dit, le fait d'honorer ce type d'obligations ne dépend pas seulement de moyens matériels mais également d'une organisation collective capable d'en sanctionner les mérites. L'imputation à autrui d'une singularité, d'une capacité d'action ou encore d'une valeur particulière dépend donc d'une médiation collective. Ainsi donc, l'individualité est suspendue à des formes sociales dont la régulation, l'organisation et la coordination ne sont jamais acquises, en particulier, dans le contexte d'une crise des institutions.

Dans le cas de la PJJ, la crise qui frappe l'institution judiciaire laisse apercevoir deux phénomènes. D'abord, son origine paraît liée pour bonne part à l'impact qu'exerce sur elle, depuis son organisation comme à son endroit, la cause personnelle elle-même. La protection de l'enfance maltraitée comme la sanction qui frappe le mineur délinquant marquent une souscription commune à la défense de l'individu, mais elles trahissent également *des prescriptions pour le moins contradictoires selon que l'individu visé est constitué en victime ou en auteur* : pour reprendre la terminologie de Dubet, l'exigence de « socialisation » à la règle et celle liée à la défense de l'« autonomie » des personnes finissent ici par se faire face⁸⁷. Cette promotion généralisée de la personne, responsable et autonome, a fini par déborder du terrain judiciaire au point d'accroître sensiblement la porosité de l'institution aux dynamiques de son environnement et des autres institutions, qu'elles soient politiques, familiales ou encore éducatives. Ce mouvement est à l'origine d'un second phénomène : la multiplication des intervenants et des demandes adressées à la

⁸⁷ Cf. Dubet F., *Le déclin des institutions*, op. cit.

justice des mineurs a contribué à complexifier la décision judiciaire au point de la rendre, dans certains cas, totalement illisible, opaque, aléatoire. Cette dérégulation constitue une forme d'imposition fondée sur l'instabilité qui peut être comprise par le jeune comme une forme d'indifférence à l'égard de son cas. *Il subit là une domination non pas par le moyen d'une contrainte qui exigerait le consentement du mineur : celui-ci est devenu l'objet d'un espace collectif, dévolu au traitement de son cas mais qui, par sa dérégulation, a fini par le projeter dans une forme « d'invisibilité » ou de « négation personnelle », pour reprendre le vocabulaire de la normativité individuelle⁸⁸.*

En effet, parler de domination, comme d'un effet émergent de la désorganisation judiciaire, n'a aucun sens si on ne voit pas que l'institution et les mineurs sont pris dans la même relation de sens. *Il y est question de part et d'autre d'une défense de l'individualité, même si cette défense, devant les difficultés que rencontre sa mise en oeuvre, finit par déboucher sur une inversion de principe.* En particulier, le dogme de l'individualité intègre une injonction à la responsabilisation, c'est-à-dire une causalité personnelle qui entend rendre l'individu responsable de tout ou partie de ses actes⁸⁹. Cette injonction, qui se nourrit ici de la sanction du droit, semble aboutir à une forme d'impossibilité ou de dévoiement. En effet *la démonstration de l'individualité passe, dans le cas de la multirécidive, par une tentative de personnalisation de l'action qui, dans la violence, conduit à la négation voire à l'abus de l'autre, et dans la condamnation, au dégagement de la responsabilité de son auteur par la sanction, puis l'incarcération.* Autrement dit, dans ce contexte, le mineur finit par démontrer *une aliénation quasi-totale au cadre normatif*, allant jusqu'à épouser une conduite qui, *in fine*, le pousse à nier aussi bien la capacité d'action d'autrui que la sienne.

À ce titre, *la multirécidive marque l'un des points limites de l'individuation contemporaine : elle décrit un type d'individus, structuré bel et bien par la démonstration de « qualités personnelles » mais qui, faute d'une médiation capable de donner corps à cette souscription, en vient à rechercher confirmation de sa qualité d'individu par d'autres moyens, jusqu'à la contradiction⁹⁰.* Il y a là une autre manière de dire que l'adhésion à la

⁸⁸ J'ai développé cette réflexion dans Le Moigne Ph., « Au nom de l'individualité. Les formes contemporaines de la récidive », in Kaminski D., Kokoreff M., *Sociologie pénale : système et expérience*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2004, pp. 151-169. La domination s'exerce ici non pas par la force ou la menace, bien qu'elle n'en soit pas exempte naturellement, mais procède plutôt en creux : elle se mesure au caractère indéchiffrable et incontrôlable des situations auxquelles elle confronte l'individu. Ce principe rappelle la manière avec laquelle Berthelot a pu décrire l'orientation scolaire en la comparant à un dédale à la fois tortueux et transparent. Cf. Berthelot J.-M., *École, orientation, société*, Paris, Presses Universitaires de France, 1993.

⁸⁹ Cf. Martuccelli D., « Figures de la domination », *art. cit.*

⁹⁰ Sur la question de l'individuation, voir en particulier Martuccelli D., *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France Contemporaine*, *op. cit.*, ou encore Martuccelli D. « Pour une sociologie de l'individuation », *art. cit.*

normativité individuelle, comme toute adhésion sociale, requiert sa confirmation en autrui. Lorsque cette approbation, souvent dépeinte dans le cadre de cette normativité sous les traits de la « reconnaissance », fait défaut, elle peut signifier immédiatement une forme de marginalisation que l'individu peut logiquement vouloir combattre, en cherchant comme ici à obtenir coûte que coûte la sanction collective de ses actes.

Il n'en est pas différemment de « l'usage morbide » des drogues. Dans un article où je cherchais, à partir d'une synthèse de littérature, à caractériser certaines des formes contemporaines de la toxicomanie, j'évoquais par cette formule un type de consommation différent des recours marqués par une forte dimension festive, participative ou rituelle. Ce type d'usage est dévolu d'abord à une forme de probation personnelle⁹¹. Ici, la consommation des substances permet de se jauger, d'évaluer ses limites ou de s'imposer un défi en vue de mesurer sa puissance. Dans ce cadre symbolique, l'usage s'apparente à une technique, mise au service d'un procès probatoire qui est bien éloignée de « la découverte de soi » acquise au moyen de « l'expansion psychique », prônée en son temps par le psychédélisme. La consommation des psychostimulants en particulier est le lieu d'une démonstration personnelle qui se mesure à la performance, à la résistance ou encore à l'endurance acquises dans la démultiplication de certaines facultés physiologiques⁹². L'usage sert l'affirmation d'une « capacité personnelle » : l'individu semble se mettre à l'épreuve, mesurer son « pouvoir de contrôle » et de domination sur le contexte immédiat, dans le but d'acquérir des preuves de soi.

Un tel usage entretient l'illusion de l'auto-détermination, et s'avère, paradoxalement, destructeur et contre-productif à l'égard des normes de l'individualité elles-mêmes⁹³. En ce sens, il est doublement morbide ou contre-productif : d'une part, il s'accompagne d'une série de complications physiologiques et mentales, et se paie en dépendance ; d'autre part, il se fonde sur la croyance qu'une probation personnelle peut être établie (ou ne peut être établie autrement que) par l'épreuve d'une substance et de ses effets, comme si la mesure de l'individualité devait, pour atteindre son point culminant, exclure toute probation collective et ne plus emprunter qu'à la médiation d'un produit. Autrement dit, *comme dans la multirécidive, il y a là la manifestation d'une même aliénation au cadre normatif : ces modes de consommation des drogues marquent une*

⁹¹ J'ai développé cet argument dans Le Moigne Ph., « L'usage morbide des drogues : raison personnelle et culture du risque dans les sociétés contemporaines », *Sciences Sociales et Santé*, 21 (3), 2003, pp. 115-124.

⁹² Comme dans la plupart des épreuves entourant la prise volontaire de risques. Pour une illustration de ce principe, se reporter à Lyng S., « Edgework: a social psychological analysis of voluntary risk taking », *American Journal of Sociology*, 95, 1990, pp. 851-886.

⁹³ Sur les contradictions qu'on peut associer à la consommation contemporaine des psychostimulants, voir Goffette J., « Psychostimulants : au-delà de l'usage médical, l'usage anthropotechnique », *Drogues, Santé et Société*, 7 (1), 2008, pp. 91-126.

pratique guidée par la démonstration sinon l'ostentation d'une capacité d'action proprement individuelle qui, dans son organisation et ses conséquences, finit par entrer en contradiction avec les principes qui l'animent.

*

* *

La multirécidive s'apparente par bien des aspects à un cas limite : elle donne à voir de manière exemplaire, « grossie », un condensé des exigences et des obligations induites par la souscription à la normativité individuelle. Toutefois, cette exemplarité ne permet pas de préjuger de la diffusion d'une telle normativité dans le corps social. Répondre à cette question exige d'étendre l'analyse à un terrain plus commun ou, pour le dire plus précisément encore, plus représentatif de la pratique sociale. Pour que l'analyse puisse bénéficier de cette montée en charge, j'ai entrepris d'étudier par une série de recherches la prescription et la consommation des médicaments psychotropes sur la base d'échantillons représentatifs des assurés sociaux. Ces recherches ont fait apparaître, au détour, d'autres postures individuelles. Par la démesure de son engagement, la multirécidive peut être située, comme je l'ai dit, aux frontières du territoire couvert par l'individuation contemporaine. À l'inverse, certains des modes de consommation des médicaments psychotropes tendraient plutôt à en désigner le point d'inertie ou de blocage. C'est là l'une des conclusions issues en propre des travaux que j'aborde maintenant.

3. Médecine, maladie et mal-être : les données du recours aux médicaments psychotropes

Les attentes dont l'individu fait aujourd'hui l'objet peuvent être observées dans leurs représentations les plus positives. Et on s'attachera alors à étudier les cadres logiques et normatifs du bien-être, de l'accomplissement ou de la réalisation de soi, ainsi que les techniques qui sont censées s'appliquer à ces questions, telles que les thérapies du développement ou bien encore le coaching personnel. Une autre manière de donner à voir ces attentes consiste à en observer les approximations et les échecs, c'est-à-dire la face inversée. Cette perspective permet de dégager une vision sans doute plus juste des individus réellement construits par la société contemporaine : la place occupée aujourd'hui par la psychiatrie et la psychologie du traumatisme, d'une part, la diffusion des psychothérapies et le renouvellement de leurs modèles, d'autre part, abondent en effet dans ce sens⁹⁴.

Dans ce domaine, j'ai eu l'idée d'étudier en propre la consommation des médicaments psychotropes. En effet, celle-ci incarne ici l'offre de prise en charge la plus diffuse si on en juge au nombre de personnes ayant chaque année recours à ces produits. Il s'est d'abord agi d'étudier les publics consommateurs. À qui ces médicaments sont-ils prescrits ? Existe-t-il un profil particulier de consommateurs, ou bien ce recours est-il généralisé ? Cette première série de questions en ouvrait immédiatement une autre. En effet, la médecine, et la médecine générale en particulier, ont affaire ici à une prescription dédiée à la question psychique mais susceptible de couvrir bien d'autres problématiques, liées notamment aux incidents qui jalonnent les trajectoires individuelles. Comment la médecine s'est-elle emparée de cette thérapeutique ? Quelles indications et quelles plaintes ont reçu son aval et sa légitimité ? Autrement dit, quelles problématiques ont été accompagnées ici ?

Ainsi, à travers l'étude de cette prescription, mon intention était d'essayer de saisir, *au regard des contraintes que l'application de la normativité individuelle fait peser sur les individus eux-mêmes, les formes de médiation que la médecine générale pouvait produire*

⁹⁴ Sur l'analyse des fondements et des développements de cette clinique du traumatisme, se reporter en particulier à Fassin D., Rechtman R., *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2009. Pour un bilan d'évolution de l'offre psychothérapeutique et de ses publics, se reporter à Champion F. (dir.), *Psychothérapie et société*, Paris, A. Colin, 2008.

*en propre dans ce domaine*⁹⁵. Pour le dire autrement, peut-on considérer que la médecine générale a su créer ici, pour reprendre les termes d'Ehrenberg, les formes d'une « institution du soi », ou bien la délivrance des médicaments psychotropes a-t-elle été guidée par d'autres principes qu'un soutien direct à l'individualité ?⁹⁶

Avant de répondre à ces questions, il m'a fallu résoudre une série de problèmes. 1) D'abord, j'ai dû chercher à mieux caractériser l'objet, en m'écartant notamment de la *doxa* psychopharmacologique qui tend à réduire l'usage des produits à l'indication qui leur a été donnée à l'issue des essais cliniques. 2) Il m'a fallu ensuite tenter d'évaluer cette consommation. Avec le concours de géographes et d'anthropologues, j'ai mis en place une série de recherches en partant des demandes adressées à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Rouen pour le remboursement d'un ou de plusieurs médicaments psychotropes. La démarche a consisté à échantillonner ces données puis à les ventiler dans l'espace à partir de l'adresse des ayants-droits associés à chaque ordonnance. Le principe m'a permis de dégager une cartographie de la consommation, puis des typologies de quartiers à l'échelle des 31 communes de l'agglomération rouennaise, selon le volume et la fréquence des remboursements constatés pour chacun d'eux. Cette cartographie a permis ensuite de sélectionner des terrains d'enquête suffisamment différenciés, puis d'interroger sur ces sites des médecins et des patients, soit au moyen de questionnaires, soit par voie d'entretiens⁹⁷. 3) Les résultats obtenus à l'issue de ces investigations ont été ensuite confrontés aux données de la littérature nationale et internationale. Cette confrontation m'a permis de dégager une série de recouvrements puis d'en faire la synthèse dans deux domaines en particulier ; à savoir *le profil des consommateurs* et le motif de leur plainte, d'une part, *les normes de prescription* bâties par la médecine générale dans le domaine de

⁹⁵ Pour une exposition détaillée de cette problématique, voir Le Moigne Ph., « De la médiation médicale : les conventions d'usage des médicaments psychotropes », *Sciences sociales et santé*, vol.20, n°1, mars 2002, pp. 13-33.

⁹⁶ L'échec relatif des dispositifs d'écoute destinés aux « populations exclues » offre une illustration directe de cette éventualité : par certains aspects, l'activité initiale de soutien s'est transformée dans ces lieux, pour des raisons aussi bien d'organisation que de prévention des populations à l'égard du « psychologique », en une forme d'animation socio-culturelle. Cf. Fassin D., *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, Éditions de la Découverte, 2004.

⁹⁷ Cette série de recherches a démarré en 1993. Cf. De Ridder G., Legrand C., Le Moigne Ph., *Carte noire pour nuits blanches. La consommation de médicaments psychotropes dans l'agglomération rouennaise*, Rouen, LERS/MTG-CNRS-URA 1123, PIR-Environnement, 1993. Ce premier travail s'est appliqué au dépouillement, à l'analyse puis à l'adressage géographique de 7.000 ordonnances. Elle s'est poursuivie par une enquête par questionnaires, effectuée dans des quartiers sélectionnés au moyen de la cartographie. Cf. Le Moigne Ph., *Territoires en déclin et consommation des médicaments psychotropes: une gestion ouvrière du désarroi urbain?*, Rouen, LERS/PIR-Villes, 1996. Cette enquête, qui s'est adressée à plus de 500 répondants, a ensuite été élargie aux prescripteurs des quartiers sélectionnés, soit auprès d'une soixantaine de praticiens. Cf. Le Moigne Ph., Colin I., *Lieux et milieux de désarroi. Observation territorialisée des prescripteurs et des consommateurs de médicaments psychotropes*, Rouen, LERS-INSERM- MTG-CNRS-URA 1123, 1997.

la délivrance des médicaments psychotropes, d'autre part⁹⁸. 4) Ces résultats soulignaient notamment que *la durée des traitements* pouvait être considérée comme l'une des variables permettant de différencier le plus fortement les consommateurs. J'ai donc orienté mes dernières recherches sur les usages chroniques en tentant d'élaborer une typologie des consommateurs en vertu de la durée de leur recours⁹⁹. J'évoque maintenant, tour à tour et de manière plus détaillée, les questions que je viens de lister.

3.1. De l'indication à la prescription : une définition d'objet

Les médicaments psychotropes peuvent être définis, de la façon la plus large, comme des substances naturelles ou de synthèse, créées à titre thérapeutique, dont l'objet est d'atteindre le système nerveux central – le cerveau – afin d'y susciter des modifications de fonctionnement. Les médicaments inclus sous ce label ne constituent pas une catégorie pure dans la mesure où des produits à visée somatique contiennent le cas échéant des substances psychotropes. Par ailleurs, le système nerveux central décrit une cible thérapeutique que les psychotropes partagent entre autres avec les analgésiques, l'aspirine en particulier. C'est pourquoi il convient d'ajouter que les molécules composant les produits psychoactifs ont plus spécifiquement pour objet de modifier (d'accroître ou de réduire) les transmissions cérébrales opérées par les neuromédiateurs (dopamine, sérotonine, noradrénaline, etc.) dont la dérégulation serait à l'origine des troubles du sommeil, de l'anxiété ou encore de la dépression. Enfin, en dépit de controverses répétées, il est possible de tenir pour acquise la classification de ces substances en 4 groupes : anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et neuroleptiques. Ainsi, chacune de ces classes couvre un champ thérapeutique qui pourrait être ramené de manière purement formelle aux correspondances suivantes, si les schémas de diagnostic et de prescription n'étaient dans les faits aussi diversifiés : anxiété pour les anxiolytiques, troubles du sommeil pour les hypnotiques, états dépressifs pour les antidépresseurs et traitement des psychoses pour les neuroleptiques¹⁰⁰.

⁹⁸ J'ai publié une première synthèse des travaux issus de la recherche internationale dans Le Moigne Ph. «Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours», *Revue Suisse de Sociologie*, vol. 26, 2000, pp. 71-109.

⁹⁹ Ces dernières recherches ont été conduites en 2004 et 2005 à partir de la même base de données, à savoir : l'étude rétrospective des demandes de remboursement adressées, durant deux ans, à la CPAM de Rouen par un échantillon de 10.000 patients, ces demandes devant s'appliquer au remboursement d'au moins un médicament psychotrope. Ici, ce ne sont pas moins de 170.000 ordonnances qui ont été ventilées dans l'espace. En vertu de la concentration des durées de recours, des quartiers ont été sélectionnés, puis des entretiens ont été menés sur ces zones, d'abord auprès de patients, par voie de porte-à-porte, puis des praticiens. Cf. Le Moigne Ph. (sous la direction de), *L'usage au long cours des antidépresseurs. Enquête sociologique* (dir.), Paris, CESAMES/DGS, 2005 ; Le Moigne Ph. (sous la direction de), *La dépendance aux médicaments psychotropes, Approches, données, expériences*, Paris, CESAMES/MILDT, 2004.

¹⁰⁰ Cf. Costentin J., *Les médicaments du cerveau*, Paris, Odile Jacob, 1993.

Selon la mesure de comptage retenue (vente à l'unité, chiffre d'affaires, prescription), les produits psychotropes, toutes substances confondues, se placent entre le deuxième et le dixième rang des médicaments les plus consommés dans les nations occidentales. En France, chaque année, près de 25% des assurés sociaux demandent le remboursement d'au moins une ordonnance comprenant cette spécialité. Autrement dit, *l'usage de ces molécules est pour le moins diffus puisqu'il concerne plus de 10 millions de Français chaque année*¹⁰¹. Cette diffusion n'a d'ailleurs cessé de croître, les prescriptions ayant augmenté de plus de 20% entre 1995 et 2005¹⁰².

Au titre des médicaments les plus souvent prescrits, les anxiolytiques et les hypnotiques se partageaient l'essentiel du marché des psychotropes (80% des ordonnances) au début des années 1990. Le développement des prescriptions d'antidépresseurs a légèrement modifié la donne. Aujourd'hui, les prescriptions de médicaments psychotropes se répartissent comme suit : en moyenne, 33% d'entre elles concernent des anxiolytiques, 32% des hypnotiques, 24% des antidépresseurs, et 6% des neuroleptiques¹⁰³. La progression des antidépresseurs est due à de multiples facteurs : ils comportent moins d'effets secondaires ; leur délivrance trahit une attention plus grande de la médecine à l'égard de la clinique mentale, et à l'égard de la dépression en particulier, mais elle marque également la substitution de ces substances aux benzodiazépines (aux anxiolytiques en particulier), pour des indications qui dépassent de très loin le cadre d'une thérapeutique antidépressive¹⁰⁴.

Dans plus de 80% des cas, les médicaments sont prescrits par un médecin généraliste¹⁰⁵. Du côté des consommateurs, on estime que, parmi les personnes adultes, 1 individu sur 2 a déjà consommé au moins une fois l'une de ces substances et que, selon l'échelle de temps considérée (3 mois, 6 mois, 1 an et plus de recours consécutif), 10 à 20% d'entre elles en font un usage régulier¹⁰⁶. Ces durées sont sans rapport avec celles préconisées par l'administration sanitaire. Elles sont abusivement longues pour les anxiolytiques et les benzodiazépines : pour ces spécialités, le traitement est censé ne pas dépasser 12 semaines, alors que la prescription excède

¹⁰¹ Lecadet J., Vidal P., Baris B., Vallier N., Fender P., « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales 2000 ». *Revue Médicale de l'Assurance maladie*, 2003, 34, pp. 75-79. Je ne traite pas ici la question de savoir si la France détient la prévalence de consommation la plus forte dans ce domaine : les disparités observables dans l'organisation du soin de chaque pays rendent de fait extrêmement difficiles les comparaisons internationales. À ce sujet, voir Le Moigne Ph. «Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours», *Revue Suisse de Sociologie*, art. cit.

¹⁰² Cf. AFSSAPS. *Les ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France. Chiffres-clés 2006*. Paris, AFSSAPS, 2007.

¹⁰³ Cf. Lecadet J., Vidal P., Baris B., Vallier N., Fender P., « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine », art. cit.

¹⁰⁴ Cf. Le Moigne Ph. (dir.), *L'usage au long cours des antidépresseurs*, op. cit.

¹⁰⁵ Cf. Zarifian E., *Le prix du bien-être. Psychotropes et société*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1996.

¹⁰⁶ Cf. Guignon N., Mormiche P., Sermet C., « La consommation régulière de psychotropes », *INSEE-Première*, n° 310, 1994.

dans 50% des cas l'année, et peut atteindre plus de 10 ans dans plus de 10% des cas. À l'inverse, l'efficacité des antidépresseurs est dite patente pour un traitement d'une durée au moins égale à 6 mois : or, dans la moitié des cas environ, cette condition n'est pas remplie¹⁰⁷.

De la même manière, l'idée selon laquelle la prescription des médicaments psychotropes répondrait à une indication bien circonscrite, c'est-à-dire à une thérapie du psychisme, doit être corrigée. Mélancolie, détresse, anxiété, insomnie alternent ici avec l'accompagnement et le soulagement des maladies invalidantes ou du risque vital, le traitement de l'obésité, des douleurs menstruelles, la prévention du risque cardiovasculaire, la lutte contre les effets secondaires d'une première médication, etc. L'éventail des indications n'a cessé de s'élargir depuis les années 1970 à travers l'apparition d'entités cliniques mal définies - dépression, stress - et l'influence croissante de la psychopharmacologie, sans que par ailleurs les propriétés des médicaments ne soient parfaitement connues ni démontrées¹⁰⁸. Ce constat oblige à défaire en pensée le lien souvent admis entre la consommation des psychotropes et la présence d'un trouble psychique. Le niveau de consommation est de loin supérieur à la distribution réelle du trouble dépressif ou des psychoses, pour ne considérer que l'aspect d'indication des antidépresseurs et des neuroleptiques¹⁰⁹. Au terme de quoi, l'idée d'une parfaite adéquation entre spécificité de produits et particularité de troubles appelle un véritable débat.

En dehors des problèmes de mesure et de contenu, l'étude de la consommation soulève une difficulté de caractérisation qu'on peut formuler de la manière suivante : l'usage des médicaments psychotropes décrit-il une catégorie spécifique de comportements à laquelle associer une population elle-même particulière? Près de 50% des personnes interrogées déclarent avoir consommé au moins une fois ces produits au cours de leur vie. Par son caractère extrêmement répandu, la consommation, évaluée à ce niveau de fréquence, ne permet pas de sélectionner réellement une population cible. Le débat, qu'on situe souvent entre recours et abstinence paraît donc tomber un peu à plat au regard de la diffusion des produits, de la diversité des motifs de recours, et de l'amplitude des durées de consommation. Tout à l'heure, j'évoquais l'absence d'unité entre la vocation initiale des produits et le faisceau pathologique pour lequel ils sont prescrits. Ce constat doit être agrémenté d'une donnée supplémentaire : il n'existe pas non plus de rapports *a priori*, que la psychopharmacologie pourrait fonder, entre les substances et un public particulier de consommateurs.

¹⁰⁷ Observatoire National des Prescriptions et Consommations des Médicaments. *Étude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire*, Paris, Agence du Médicament, 1998.

¹⁰⁸ Cohen D., *Promotion, prescription et consommation des médicaments psychotropes : inventaire des recherches en sciences humaines (1988-1993)*, Paris-Montréal, MIRE, 1994.

¹⁰⁹ Bouhassira M.1; Allicar M.P.; Blachier C.; Nouveau A.; Rouillon F., « Which patients receive antidepressants? A 'real world' telephone study. », *Journal of Affective Disorders*, 49 (1), 1998, pp. 19-26.

En résumé, l'analyse de la consommation de médicaments psychotropes requiert d'abandonner l'idée : 1) que les propriétés des produits sont explicatives de la décision de recours et des caractéristiques de la population consommatrice, 2) que leur usage correspondrait à des normes d'indication et de comportement stabilisées. *L'adéquation entre trouble, prescription et usage médicamenteux n'existe pas.* Comprendre ce phénomène exige de décrire les facteurs qui, au-delà de l'argument nosologique et pharmacologique, organisent dans les faits la profusion et la diversité d'usage des produits. Ces facteurs sont de nature sanitaire (morbidity, normes de prescription), mais ils dépassent de loin le cadre étroit du laboratoire et des codifications médicales. Le propre de l'analyse sociologique est de tenter ici de comprendre comment, au-delà des catégories de la biologie, de la chimie et de la médecine, *patients et médecins ont fini par imposer au recours leurs propres logiques d'action.*

3.2. Éléments de méthode : l'adressage géographique des données de remboursement de la CPAM de Rouen

Pour tenter de donner corps à cette grille de lecture, il convenait encore de pouvoir conduire l'étude de la consommation à partir de données fiables. L'étude des usages à partir des déclarations reste toujours approximative, quand elle ne se réduit pas à une pure analyse de représentations voire de réponses convenues. Dans ces conditions, comment obtenir des données relativement représentatives de la consommation ?

Avec les chercheurs du laboratoire de *Modélisation, Techniques Graphiques en Géographie* (MTG – UMR CNRS 6266), j'ai eu l'idée de partir des demandes de remboursement adressées à la CPAM de Rouen. La procédure permettait de fonder une approche étayée de la prescription, abstraction faite des questions relatives à la non-observance qui n'a jamais pu être réellement évaluée¹¹⁰. Le traitement statistique puis géographique de cette base de données comportait trois avantages. 1) D'abord, l'étude des ordonnances permettait d'accéder à une certaine représentativité, et donnait l'occasion d'établir dans quelle mesure la prescription était sensible aux facteurs enregistrés par les ordonnances, essentiellement démographiques et thérapeutiques (âge, sexe, couverture maladie, co-prescriptions). 2) Ensuite, la ventilation de ces données dans l'espace permettait de constituer une cartographie de la prescription, selon la fréquence des ordonnances délivrées aux patients, la spécialité prescrite, le profil démographique des consommateurs, etc. Cette cartographie de la prescription pouvait dans un second temps

¹¹⁰ Sur ce point, se reporter à Cooperstock R., Parnell P., "Research on psychotropic drugs use : a review of findings and methods", *Social Science and Medicine*, 16, 1982, pp. 1179-1196.

être rapprochée d'une série de « fonds de carte » déjà constitués, notamment à partir des données produites par l'INSEE. *En confrontant ainsi, par la statistique, la distribution spatiale des demandes de remboursement à celle des variables sociodémographiques les plus usuelles (catégorie socio-professionnelles, niveau d'activité, de chômage, d'imposition, type d'habitat, etc.), il devenait possible de contextualiser la prescription, c'est-à-dire de la restituer dans une configuration urbaine, celle du Grand Rouen en l'espèce*¹¹¹. 3) Enfin, la spatialisation offrait matière à la sélection raisonnée des terrains d'enquête. La passation des questionnaires ou des entretiens auprès des médecins et d'une partie de leur clientèle pouvait en effet être réalisée directement à partir des disparités territoriales mises au jour par la cartographie en matière de demandes de remboursement¹¹².

La première enquête conduite selon ce schéma a mis en lumière des faits largement constatés par ailleurs, à savoir : la prescription prépondérante des benzodiazépines (anxiolytiques et hypnotiques), la surreprésentation des femmes et des personnes âgées au sein de la population consommatrice. La contextualisation des ordonnances, par son rapprochement avec la cartographie des données sociales de l'INSEE, a fait apparaître en revanche des résultats plus surprenants, au moins à première vue¹¹³.

En effet, les zones géographiques où la densité de consommateurs était la plus élevée pouvaient être caractérisées comme suit : il s'agissait de zones majoritairement ouvrières, comptant une forte population d'inactifs retraités, dominées par un habitat pavillonnaire, ancien et vétuste, mais néanmoins régi par l'accession à la propriété¹¹⁴. En revanche, les quartiers habités en majorité par les cadres et les professions libérales étaient beaucoup moins concernés par la prescription. Le même constat pouvait être établi pour les quartiers ciblés par la politique de la ville. Pour le dire autrement, les zones les plus concernées par la prescription des médicaments psychotropes se caractérisaient par des revenus et des taux de chômage d'un niveau médian.

¹¹¹ Je présente une illustration de cette technique aux pages suivantes. Elle est issue d'une extension, initiée en 2004 par mon équipe au CESAMES, du procédé imaginé en 1993 avec le MTG.

¹¹² Pour une présentation détaillée de cette approche, voir Le Moigne Ph. « L'usage chronique des médicaments psychotropes : problèmes d'analyse et de méthode » in Ehrenberg A., (dir.), *Drogues et médicaments psychotropes*, Paris, Editions Esprit, 1998, pp. 227-264.

¹¹³ Cf. Le Moigne Ph., *Territoires en déclin et consommation des médicaments psychotropes: une gestion ouvrière du désarroi urbain?*, *op. cit.*

¹¹⁴ Cf. Bussi M., De Ridder G., Legrand C., Le Moigne Ph., « Lieux et milieux de désarroi urbain : consommation de psychotropes et déclassement social », *Espaces-Temps*, 1997, pp. 59-62 ; Le Moigne Ph., « Psychotropic drug use: its social and geographical context », *Le Courrier du CNRS*, Habitat – II – Istanbul, Juin 1996, pp. 114-116.

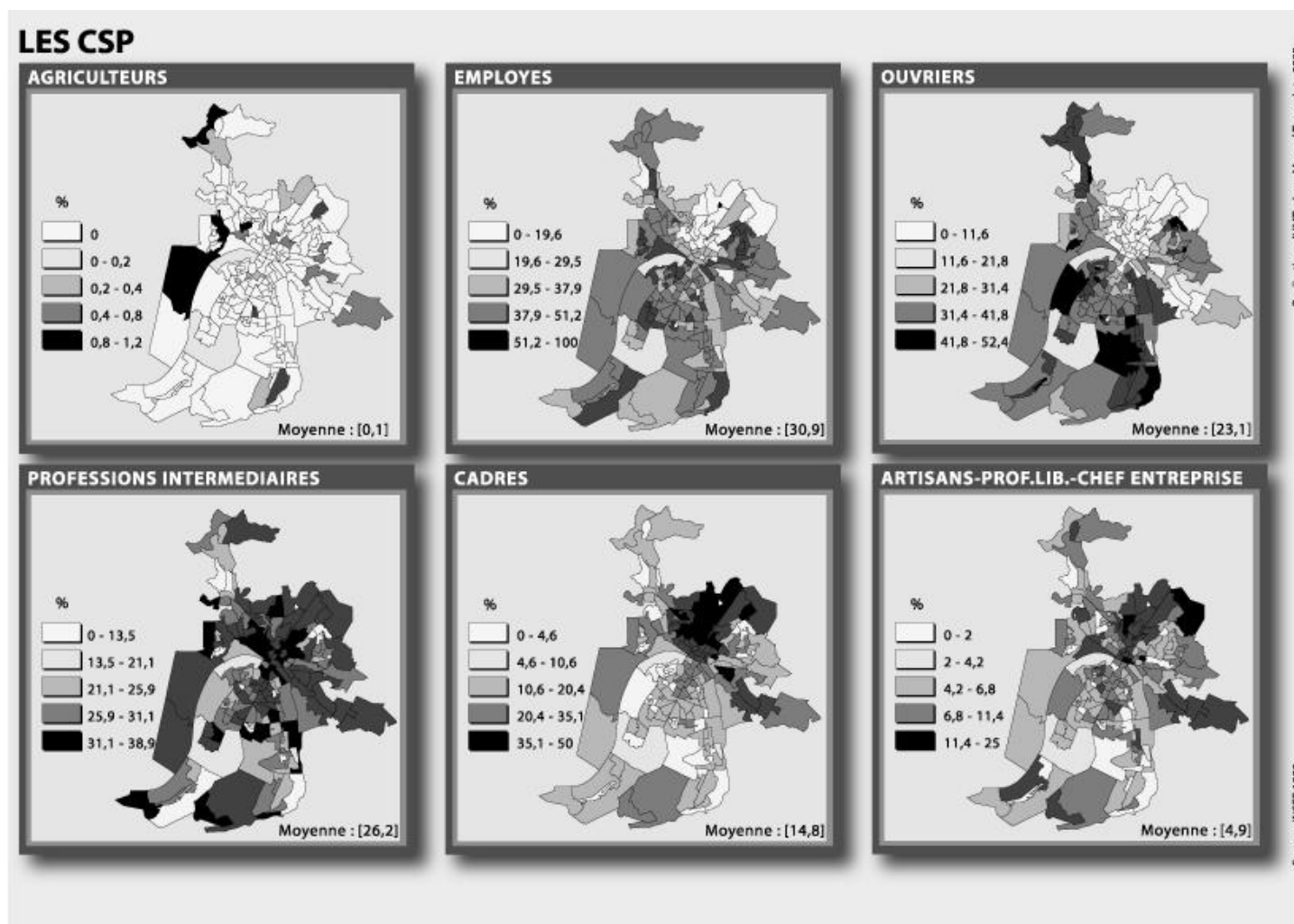
La spatialisation des données : des cartes aux corrélations

L'ensemble des 31 communes du Grand Rouen a été découpé par l'INSEE en 170 îlots IRIS - 2000 (Ilots Recoupés pour l'Information Statistique). Les données issues du Recensement de la population de 1999 ont été ventilées dans chacun de ces îlots : ainsi la série de cartes I donne à voir le résultat de cette spatialisation pour les Professions et Catégories Professionnelles. L'opération consiste donc à ventiler les données de la CPAM, à partir de l'adresse des assurés, sur la base du même découpage géographique. Il devient alors possible d'obtenir une cartographie de la consommation des médicaments psychotropes elle-même répartie par îlot IRIS (comme l'illustre la série de cartes II). L'analyse statistique vise ensuite à établir le niveau de corrélation des taux locaux de consommation ainsi obtenus avec les scores des variables INSEE relevés pour les mêmes îlots. On obtient alors une matrice de corrélations, comme celle reproduite ci-dessous.

	NB PAT	PSYCHO	NEURO	HYPNO	ANXIO	ANTID	25ANS	25_60ANS	60ANS	H_F	CHOM	LOG_5E	LOGSBD_OU	MEN_SSVOI	AGRI	ART_COM_C	CADRES	PROF_INTE	EMPLOYES	OUVRIERS
NB PAT	X	0,95	0,69	0,88	0,90	0,89	0,53	0,76	0,73	-0,24	0,43	0,27	0,43	0,11	0,05	0,48	0,29	0,61	0,70	0,51
PSYCHO		X	0,73	0,95	0,96	0,94	0,48	0,69	0,71	-0,26	0,46	0,35	0,40	0,19	0,01	0,39	0,19	0,50	0,69	0,532
NEURO			X	0,69	0,72	0,69	0,39	0,54	0,44	-0,17	0,39	0,31	0,35	0,19	0,01	0,34	0,23	0,45	0,48	0,33
HYPNO				X	0,88	0,88	0,46	0,65	0,65	-0,23	0,46	0,36	0,37	0,21	0,00	0,35	0,16	0,45	0,65	0,50
ANXIO					X	0,92	0,43	0,63	0,66	-0,27	0,45	0,38	0,35	0,22	0,02	0,33	0,13	0,43	0,65	0,52
ANTID						X	0,46	0,68	0,66	-0,27	0,37	0,34	0,39	0,14	0,01	0,43	0,27	0,55	0,65	0,45
25ANS							X	0,83	0,40	-0,19	0,66	0,28	0,41	0,31	0,20	0,45	0,41	0,59	0,62	0,43
25_60ANS								X	0,66	-0,22	0,61	0,31	0,55	0,11	0,16	0,62	0,50	0,82	0,84	0,54
60ANS									X	-0,37	0,22	0,22	0,38	0,00	0,07	0,55	0,39	0,59	0,60	0,31
H_F										X	-0,13	-0,37	-0,09	-0,12	0,02	-0,13	-0,18	-0,22	-0,26	-0,07
CHOM											X	0,45	0,29	0,59	-0,01	0,09	-0,07	0,20	0,54	0,62
LOG_5E												X	-0,01	0,48	-0,12	-0,03	-0,02	0,16	0,43	0,19
LOGSBD_OU													X	0,25	0,10	0,56	0,44	0,58	0,37	0,15
MEN_SSVOI														X	-0,17	-0,12	-0,12	-0,11	0,09	0,09
AGRI															X	0,11	0,13	0,14	0,10	0,08
ART_COM_C																X	0,73	0,71	0,33	-0,03
CADRES																	X	0,75	0,10	-0,37
PROF_INTE																		X	0,61	0,11
EMPLOYES																			X	0,69
OUVRIERS																				X

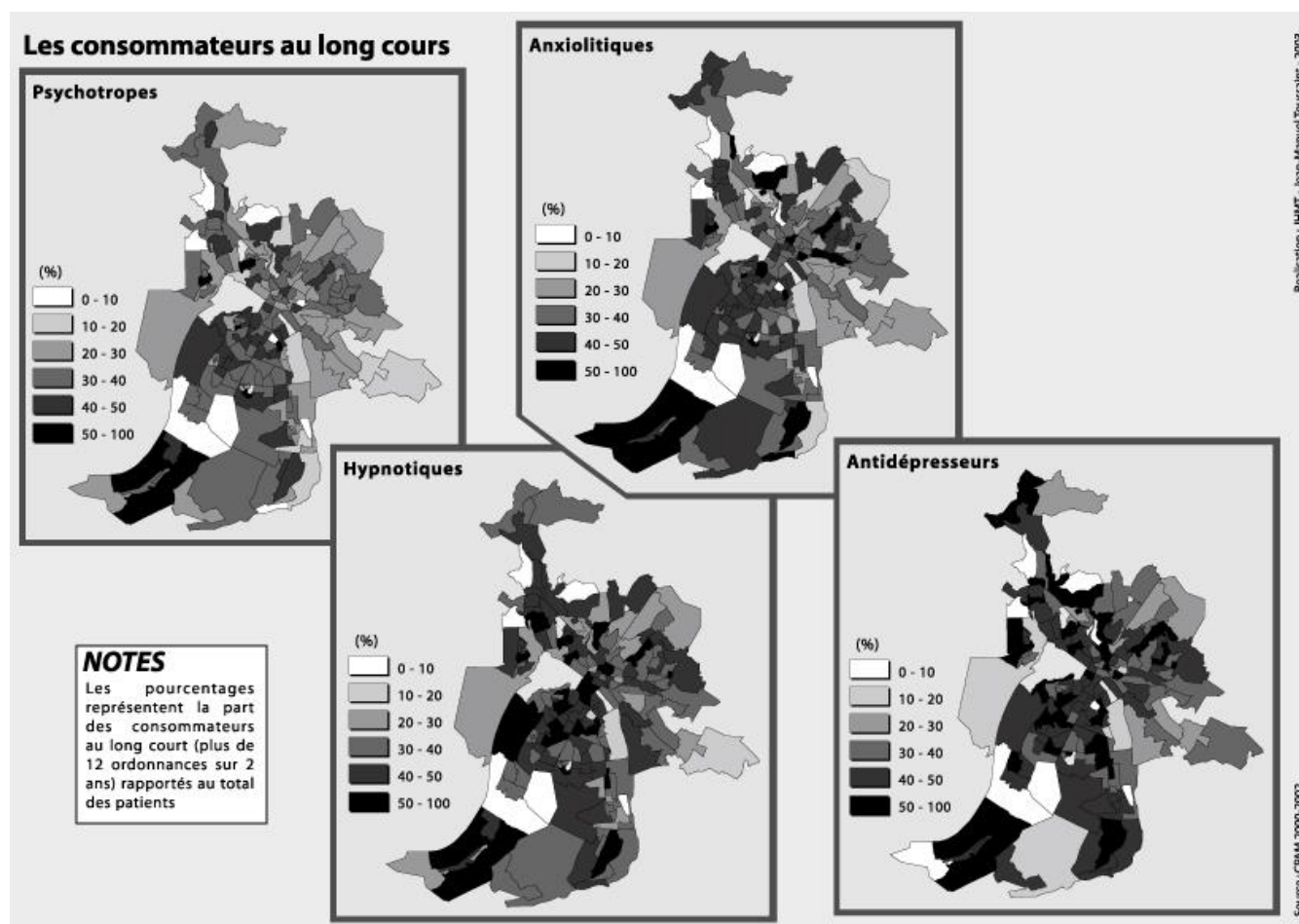
Matrice des corrélations entre indicateurs de prescription et données locales de population

(Source : Le Moigne Ph. (dir.), *La dépendance aux médicaments psychotropes. Approches, données expériences*, op. cit., p. 154)



Série de cartes I : Distribution spatiale des Professions et Catégories Socio-professionnelles –
Population générale du Grand Rouen (IRIS 2000)

(Source : Le Moigne Ph. (dir.), *La dépendance aux médicaments psychotropes. Approches, données expériences*, op. cit., p. 141)



Série de cartes II : Distribution spatiale des consommateurs réguliers de médicaments psychotropes – Grand Rouen (IRIS 2000)
(Toutes classes de médicaments confondues et par spécialité)

(Source : Le Moigne Ph. (dir.), *La dépendance aux médicaments psychotropes. Approches, données expériences, op. cit.*, p. 152)

La méthode utilisée, par sa part d'innovation, permettait d'enrichir la caractérisation de la population consommatrice. Celle-ci, souvent réduite à des éléments démographiques, pouvait bénéficier d'une caractérisation sociale bien étayée. À Rouen, on pouvait établir que la consommation était d'abord le fait des anciens faubourgs ouvriers, autrefois dominés par l'industrie textile, et soumis depuis quelques années à la rénovation urbaine. Ces quartiers faisaient donc l'objet non seulement d'un déclassement social, consécutif à la crise d'un secteur de l'industrie, mais également d'un déclassement urbain. On pouvait néanmoins penser que cette conjonction était propre à l'agglomération rouennaise. En revanche, le fait que la consommation soit d'abord associée à une population d'inactifs retraités, anciennement ouvriers ou employés, et aux revenus moyens, pouvait être considérée comme une donnée plus généralisable, et constituait en propre l'apport de la recherche¹¹⁵.

Il restait toutefois que la valeur des éléments livrés par l'approche cartographique devait être confirmée. En effet, *le propre de l'analyse écologique est d'être bâti sur la corrélation de variables estimées à partir de taux locaux. Cette méthode bute sur un problème que Boudon avait souligné il y a déjà de nombreuses années : elle infère un comportement individuel de données agrégées (ou collectives)*¹¹⁶. Autrement dit, que la consommation soit plus dense dans les quartiers majoritairement peuplés par les ouvriers et les employés est une chose, que ce soient les ouvriers et les employés de ces quartiers qui aient effectivement recours aux médicaments psychotropes en est une autre. Le problème de l'inférence du comportement individuel à partir de données collectives ne peut être résolu que par l'enquête de terrain. C'est pourquoi la plupart des recherches que j'ai pu conduire par la suite dans ce domaine ont eu pour objet d'affiner la caractérisation sociale de la population consommatrice. Les résultats de ces différentes investigations m'ont permis de produire une série de revues de synthèse dont je présente maintenant les éléments les plus saillants¹¹⁷.

¹¹⁵ Cf. Le Moigne Ph., « La faute au faubourg? La consommation de médicaments psychotropes en milieu urbain », *Annales de la Recherche Urbaine*, n°73, 1996, pp. 74-82.

¹¹⁶ Cf. Boudon R., « Propriétés individuelles et propriétés collectives : un problème d'analyse écologique », *Revue Française de Sociologie*, 4, 1965, pp. 275-299.

¹¹⁷ Cf. Le Moigne Ph. « Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours », *art. cit.* ; Le Moigne Ph., « Psychotropic drug use: Towards a medical treatment of isolation? », *The International Review Scope*, 9, 2002, pp. 69-99 ; Le Moigne Ph., « La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? », *Déviance et Société*, 27/3, 2003, pp. 285-296 ; Le Moigne Ph., « Entre maladie et mal-être : la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale », *Sociologie Santé*, 30, 2009, pp. 243-263 ; Le Moigne Ph., Velpy L., « Le regard des sciences sociales », in Begaud B., Verdoux H., *Le bon usage des médicaments psychotropes*, Paris, Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé (OPEPS), 2006, pp. 147-173.

3.3. *Le profil du consommateur : l'influence du genre et de l'âge*

La plupart des études concluent à une majoration de la prescription auprès des femmes, d'une part, et des personnes âgées, d'autre part. J'évoque les données réunies en la matière et les explications qu'il est possible de mobiliser en vue de rendre compte de l'impact des variables démographiques sur la consommation. Cette présentation s'appliquera d'abord au cas des femmes (1), puis à celui des personnes âgées (2).

1) *La surreprésentation des femmes : imputation d'inaptitude et isolement.* Les ordonnances des femmes, comparées à celles des hommes, comprennent entre 1,5 et 2,5 fois plus souvent des médicaments psychotropes (voir l'encart 1 page suivante). Par ailleurs, leur recours est plus fréquent, plus durable et plus important en volume. Comment rendre compte de ce phénomène ?

Le premier type d'explication remet en cause l'idée selon laquelle la consommation féminine serait liée au fait que « les femmes sont plus malades que les hommes ». Leurs affections sont, au contraire, moins souvent génératrices de mortalité. Certes, il est possible d'admettre que les femmes, surtout les plus jeunes d'entre elles, ont un taux de morbidité psychiatrique supérieur à celui des hommes, notamment dans le domaine de la dépression. Mais, on n'a pas pu rapporter cette différence, ni à des facteurs endocriniens, ni à la surexposition des femmes à des événements pénibles¹¹⁸. Autrement dit, le nombre excédentaire de consommatrices ne peut être expliqué en totalité par l'hypothèse d'une plus grande concentration de difficultés, organiques ou psychiques, chez les femmes.

L'explication la plus probable impute le phénomène, non pas à un fait de santé, biologique ou psychique, mais à une pratique héritée de la division sociale des rôles sexuels, laquelle confère par exemple aux femmes un devoir d'implication plus grand dans la gestion de la morbidité, et de sa prise en charge sanitaire. Cette compétence leur assigne de prêter une attention particulière aux problèmes de santé, d'une part, et de demander au médecin d'en répondre, d'autre part¹¹⁹. Toutefois, si les femmes bénéficient d'un meilleur accès au système de soins, cette proximité n'est pas décisive : elle ne suffit pas à expliquer pourquoi elles recevraient en propre davantage de médicaments psychotropes.

¹¹⁸ Cf. Lovell A., Fuhrer R., « Troubles de la santé mentale : la plus grande "fragilité" des femmes remise en cause », In Savrel-Cubizolles M.-J., Blondel B., *La santé des femmes*, Paris, Flammarion, 1996, pp. 252-283.

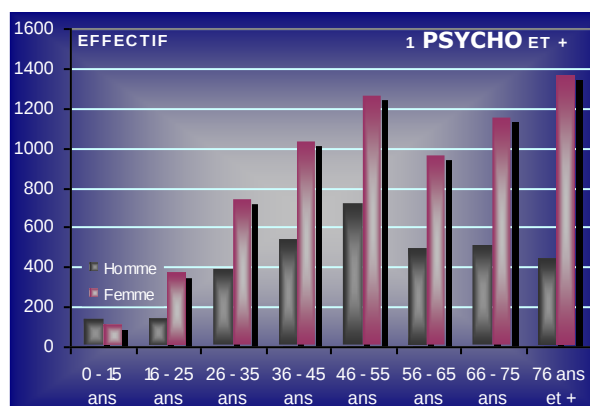
¹¹⁹ Tamblyn R. M., Laprise R., Schnarch B., Monette J., McLeod P. J., « Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes », In Cohen D., Pérodeau G., *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, 22, 1996, pp. 239-262.

1. La distribution de la consommation selon l'âge et le sexe (Données du Grand-Rouen - 2000-2002)

On retrouve ici une donnée constante de la consommation des médicaments psychotropes : celle-ci est dominée par la prescription des personnes âgées (1 fois sur 2 le patient a plus de 50 ans) et par les femmes (elles composent ici plus de 67% de l'échantillon).

Patients		
0 - 15 ans	228	2,21%
16 - 25 ans	508	4,93%
26 - 35 ans	1122	10,90%
36 - 45 ans	1569	15,24%
46 - 55 ans	1983	19,26%
56 - 65 ans	1441	14,00%
66 - 75 ans	1644	15,97%
76 ans et +	1799	17,47%

SEXE		
HOMME	3321	32,36%
FEMME	6943	67,64%



(Source : Le Moigne Ph. *La dépendance aux médicaments psychotropes*, op. cit., p. 85)

Le pic de la consommation se situe dans la classe d'âge des 46-55 ans (19%). La prescription des moins de 25 ans est de loin la plus faible (7% environ), tandis que celle des personnes âgées décroît légèrement après 55 ans (14%) pour regagner après 65 ans un niveau comparable à celui atteint autour de 40 ans.

Dispensatrices de soins profanes, les femmes sont également appelées à investir plus tôt et plus fréquemment le rôle de patient. Cette disposition culturelle facilite (ou exige) l'expression de leurs problèmes émotionnels auprès du praticien. Dans la mesure où cette attitude est reconnue, et anticipée à la fois par le médecin, celui-ci a tendance à délivrer plus facilement des médicaments psychotropes aux femmes. Ce qui revient à dire que ni le faisceau pathologique ni la proximité au système de soins évaluée aux fréquences de la consultation, ne constituent des facteurs suffisamment explicatifs de la surprescription féminine : *il convient d'intégrer à cette disposition l'effet de renforcement exercé par le contenu de la plainte féminine et par l'attention que lui réserve le prescripteur.*

On peut avancer ici une hypothèse complémentaire, liée à l'influence que les stéréotypes sexuels exercent en propre auprès du praticien, en reprenant les conclusions de l'étude conduite par Baumann à propos de « la norme d'internalité »¹²⁰. Que faut-il comprendre ici? En vue de résoudre leurs difficultés, les individus mobilisent *des aptitudes personnelles*, le cas échéant, ils recourent à *la contribution d'un tiers*. Le choix entre l'une et l'autre de ces voies de recours dépend de nombreux facteurs : la nature du problème, les ressources détenues par les individus, celles de leur entourage, etc. La norme d'internalité n'en a cure. Héritée des stéréotypes sociaux, elle fixe *par avance* les caractéristiques des populations susceptibles, pour les unes, de s'en sortir seules (« de manière interne »), pour les autres, de « nécessiter » une aide (« externe »). Dans la mesure où l'autonomie féminine est peu plébiscitée par cette norme, dans la mesure également où le praticien tend à partager ce point de vue, il s'en déduit logiquement une majoration du concours médical et de la prescription pharmaceutique auprès des femmes.

Quel que soit le trouble considéré, c'est-à-dire y compris pour des affections organiques, les femmes ont toujours deux fois plus de chances de recevoir des produits pharmaceutiques que les hommes. Sans doute, la détresse psychologique est-elle plus répandue chez les femmes, mais cette caractéristique ne connaît pas nécessairement un débouché thérapeutique approprié : la prescription de psychotropes n'obéit qu'occasionnellement au dépistage de difficultés psychiques. En fait, *la prescription des produits psychotropes auprès des femmes n'est pas spécifique : leur ordonnance en pharmacie est toujours supérieure à celle des hommes, quel que soit le médicament considéré. Si spécificité il y a, elle serait plutôt à rechercher dans le fait que de nombreux*

¹²⁰ Cf. Baumann M., Pommier J., Deschamps J-P., « Prescription médicale et consommation de psychotropes : quelques interrogations sur les différences entre hommes et femmes », *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicale*, 36, 1996, pp. 63-78.

désordres physiques (douleurs menstruelles, obésité, etc.) sont diagnostiqués chez elles comme étant de nature psychologique.

Ainsi donc, l'argument d'une surexposition des femmes au stress paraît difficilement tenable. D'ailleurs, cet argument a partie liée avec le raisonnement auquel emprunte aujourd'hui la pratique médicale. Dans le corps professionnel, cette catégorie tend à « recycler » du côté du psychique et des problèmes individuels une somme indéterminée d'éléments de factures fort disparates (anxiété face à la maladie, problèmes liés à l'activité professionnelle, difficultés de la relation conjugale, etc.). Autre manière de dire que le « règne » du psychique et d'une attribution individuelle aux raisons du mal être paraît d'abord mettre en cause les femmes¹²¹.

Cette imputation exerce un effet d'autant plus grand dans le cas des femmes, non pas nécessairement seules, mais isolées. L'isolement joue ici le rôle d'un effet de renforcement, notamment chez les femmes au foyer¹²². Ce statut n'est pas explicatif en soi, bien qu'il soit toujours mis en lumière par les enquêtes¹²³. En effet, une partie importante des abstinences se recrutent précisément parmi les femmes sans profession. En vérité, *cette situation s'avère difficile à vivre lorsqu'elle n'est pas choisie ou que les espérances qu'elle laissait imaginer ont été déçues*. Ainsi, l'usage fait souvent suite à des tensions engendrées par l'incapacité de ces femmes à se plier au rôle traditionnel qu'on attend d'elles. De la même manière, comme l'ont montré Gabe et Thoroughood pour les femmes de la classe ouvrière anglaise, la probabilité d'un recours aux psychotropes est d'autant plus grande qu'elles estiment bénéficier d'un soutien trop faible de la part de leur conjoint et de leurs enfants, et qu'elles avouent ne disposer d'aucune ressource alternative en vue de faire face aux obligations que leur entourage exige d'elles¹²⁴. Ainsi compris, le statut de mère au foyer peut se révéler en effet fort problématique dans l'hypothèse où la situation qu'il décrit n'est pas conforme aux attentes ou aux aspirations des femmes et que, par ailleurs, celles-ci ne disposent pas d'une « porte de sortie ». Comme l'ont montré mes études de terrain, à l'instar des travaux conduits par Gabe en Angleterre, cette remarque permet de rendre compte en propre de la surreprésentation des femmes inactives de la classe ouvrière parmi les consommateurs réguliers de psychotropes¹²⁵.

¹²¹ Cf. Le Moigne Ph., « La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? », *Déviance et Société*, art. cit.

¹²² Cf. Le Moigne Ph., « Psychotropic drug use: Towards a medical treatment of isolation? », art. cit.

¹²³ Cf. Guignon N., Mormiche P., Sermet C., « La consommation régulière de psychotropes », art. cit.

¹²⁴ Cf. Gabe J., Thoroughood M., Prescribed drug use and the management of everyday life : the experiences of black and white working class women, *Sociological Review*, 34, 1986, p. 737-772.

¹²⁵ Le Moigne Ph., *Territoires en déclin et consommation des médicaments psychotropes : une gestion ouvrière du désarroi urbain?*, op. cit.

La prépondérance de la consommation féminine, dont les explications ont été abondamment discutées, finit souvent par éclipser le recours masculin. De fait, l'usage des médicaments psychotropes demeure chez les hommes assez marginal jusqu'à l'âge de 60 ans. Avant le départ en retraite, il est largement concurrencé par la consommation d'alcool au point qu'il est possible de conclure dans de nombreux cas à un rapport d'exclusion entre les deux produits. Cela ne veut pas dire que le recours médical soit inexistant chez les hommes actifs : il est le plus souvent épisodique, c'est-à-dire inférieur à 6 mois consécutifs de traitement. Pour ces recours occasionnels, il n'est d'ailleurs pas possible d'établir une différence significative entre les sexes : pour la population en âge de travailler, la surreprésentation des femmes ne peut être démontrée que pour la part des recours les plus durables. Enfin, l'observation des usages chroniques indique un aplanissement des différences entre les sexes à partir de 60 ans, et une relative égalité à partir de 75 ans. *Pour le dire autrement, la « surconsommation » féminine décrit un phénomène redevable, pour l'essentiel, au poids exercé par l'usage chronique des femmes de 40 à 60 ans.*

L'intérêt de la consommation masculine obéit au registre des causes invoquées. En effet, ici, les entretiens soulignent généralement, pour les hommes de 30 à 60 ans, l'incidence de la dégradation du niveau de vie, due en particulier au chômage. Elle mentionne également l'effet des difficultés physiques et psychiques produites par l'activité de travail. Pour les plus âgés, il est souvent fait mention des désordres imputés à l'inactivité, notamment au passage à la retraite, ou à l'apparition d'une maladie invalidante¹²⁶.

Là encore, il importe de mentionner le rôle joué par le filtre de la formulation médicale des difficultés de vie. Autrement dit, le fait que les médicaments psychotropes soient plutôt ordonnés aux hommes en situation de chômage, ou rencontrant des problèmes au travail, ne signifie pas que le rapport à l'activité soit pour eux l'unique motif de souffrance ou que les relations professionnelles leur réservent davantage de contraintes : cette forme d'indication souligne simplement que la plainte masculine peut être exprimée et reçue à la fois en médecine lorsqu'il est question des difficultés de l'emploi. À l'inverse, de nombreux désordres sont évacués de la scène thérapeutique par les hommes et les praticiens à la fois. Par exemple, on a pu noter que le recours masculin aux psychotropes n'est pas sensible au statut matrimonial : le fait que les hommes soient célibataires, mariés, divorcés ou veufs, n'agit pas sur leur propension à consommer¹²⁷. Cela ne veut pas dire que les difficultés liées à la séparation conjugale ou à la décomposition de la cellule familiale ne les atteignent pas, mais cela signifierait plutôt qu'exposer ce genre d'affliction au médecin ne va pas de soi pour eux.

¹²⁶ Cf. Rösch D., Hauesler L., Facy F., *La consommation de produits psychotropes dans la population française : alcool, tabac, café, thé, médicaments psychotropes*, Paris, CREDOC, 1989.

¹²⁷ *Ibid.*

Au détour, on observera que les indications les plus souvent mentionnées pour les hommes (difficultés au travail, cessation d'activité, maladie), ménagent toujours *une part de causes collectives* (les relations professionnelles, le syndrome de la retraite) ou *organiques* (les dysfonctionnements du corps), c'est-à-dire une causalité pour partie indépendante de la responsabilité du consommateur. Ainsi donc, *les catégories de la prescription dédouaneraient plutôt le patient alors qu'elles contribuent à personnaliser le sort de la patiente et, parfois, à la mettre en cause* : incapacité à s'en sortir seule, difficulté à assumer le rôle attendu de la femme au sein de la famille, hypocondrie féminine, etc.¹²⁸. Pour résumer et conclure à la fois sur l'incidence du genre, il paraît possible d'avancer le diagnostic suivant : *on peut analyser la « sur-consommation » des femmes, qui survient entre 40 et 60 ans et surtout dans les milieux populaires, sous la forme d'une rencontre entre les frustrations et les tensions inhérentes à leur « maintien » dans la sphère privée, d'une part, et le comportement d'une médecine généraliste largement acquise à l'idée de leur inaptitude, d'autre part*¹²⁹.

2) *Le rôle de l'âge : entre maladie et maintien de l'intégration.* L'influence de l'âge sur le niveau de consommation est également patente. Environ 30% des femmes et 20% des hommes de plus de 60 ans consomment régulièrement des médicaments psychotropes ; cette proportion s'élevant à 70% de la population âgée lorsqu'on considère uniquement les personnes résidant en institution. La consommation des « aînés », pour reprendre une expression québécoise, représente un niveau de recours de 2 à 3 fois supérieur à celui des plus jeunes. C'est ainsi, par exemple, que 40% des benzodiazépines sont délivrées aux personnes de plus de 60 ans¹³⁰. En outre, la relation entre l'âge et la durée des consommations est linéaire : autrement dit, ce sont parmi les personnes âgées que la présence des consommations chroniques est la plus grande (voir encadré 2).

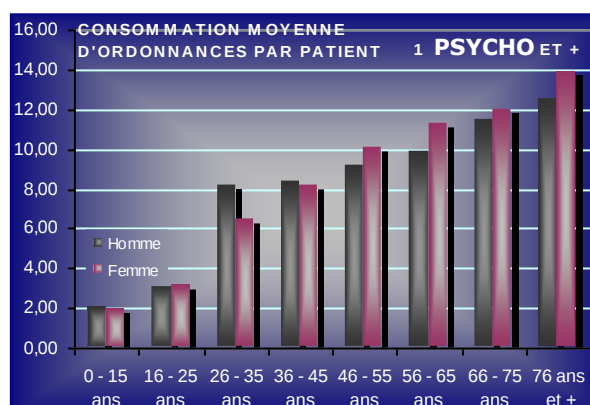
La déclaration d'un problème de santé, en particulier de facture organique, reste, toujours un des meilleurs prédicteurs de la consommation de médicaments psychotropes, et la relation est particulièrement marquée pour la population âgée. En effet, une relation directe relie la consommation au nombre d'affections déclarées ainsi qu'au nombre de prescriptions ordonnées (voir l'encadré 3). De la même manière, un lien étroit

¹²⁸ Cf. Ashton H., "Psychotropic-drug prescribing for women", *British Journal of Psychiatry*, 158, 1991, pp. 30-35.

¹²⁹ Pour plus de détails sur ce point se reporter à Le Moigne Ph., « La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? », *Déviance et Société*, art. cit.

¹³⁰ Closser M. H., "Benzodiazepines and the elderly: a review of potential problems", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 1991, pp. 35-41.

2. La consommation au long cours – Variables démographiques (Données du Grand Rouen - 2000-2002)

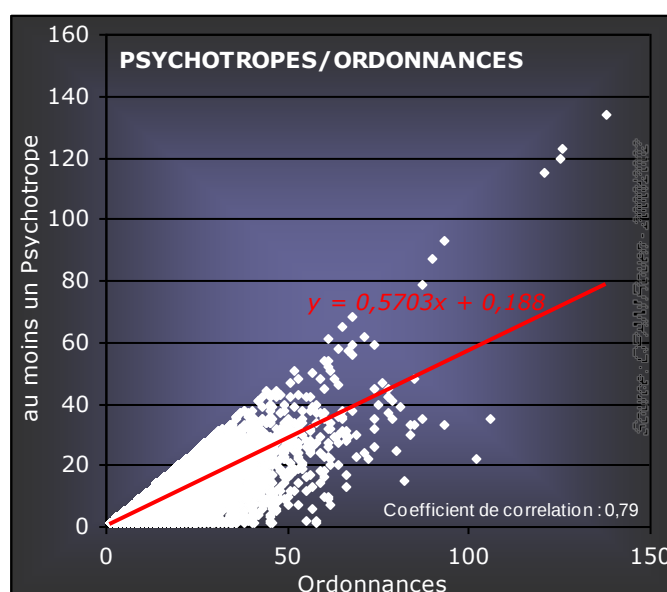


Nombre moyen de prescriptions en médicaments psychotropes par classe d'âge et selon le sexe

(Source : Le Moigne Ph. *La dépendance aux médicaments psychotropes*, op. cit., p. 93)

La progression avec l'âge du nombre de prescriptions en médicaments psychotropes est linéaire. Dans cet échantillon, les moins de 25 ans ont reçu entre 1 et 4 prescriptions entre 2000 et 2002 dans plus de 80% des cas. En revanche, les plus de 65 ans ont été ordonnés plus de 20 fois, durant la même période, dans 20 à 25 % des cas. On notera néanmoins que la fréquence des prescriptions des classes d'âge allant de 36 à 55 ans (l'essentiel des patients prescrits) est très clivée : le renouvellement de la prescription est soit relativement rare (40% de cette population est prescrite moins de 4 fois sur la période considérée), soit plutôt fréquent (15% de l'effectif des 46-55 ans ayant été prescrit plus de 20 fois). On a donc, pour ces tranches d'âge, la conjugaison de traitements épisodiques et de recours chroniques.

3. La part des médicaments psychotropes dans la consommation médicale des assurés (Données du Grand Rouen - 2000-2002)



Nombre de prescriptions en médicaments psychotropes
rapporté au nombre des prescriptions pharmaceutiques
(Source : Le Moigne Ph., *La dépendance aux médicaments psychotropes*, op. cit., p. 85)

Ce graphe de corrélation illustre la relation qu'il est possible d'établir entre le nombre total de prescriptions délivrées aux patients (toutes spécialités confondues à l'exception des médicaments psychotropes) et le nombre de leurs prescriptions en médicaments psychotropes. La relation est forte dans la mesure où le taux de corrélation (r) est égal à 0,79. Autrement dit, le nombre de prescriptions en psychotropes croît à mesure que le nombre de prescriptions médicales croît lui-même. Pour le dire encore autrement, la probabilité de recevoir fréquemment des psychotropes est d'autant plus grande que l'assuré est déjà (ou par ailleurs) abondamment ordonné en médicaments.

lie la médication de psychotropes à l'invalidité et au risque vital¹³¹. Parmi les affections les plus souvent associées au recours, on peut distinguer les pathologies cardio-vasculaires et les problèmes articulaires et digestifs¹³². Autrement dit, le médicament psychotrope vient appuyer dans ce contexte une politique de soin qui paraît osciller entre *l'action préventive*, *la médication de confort et le soin palliatif*¹³³.

Néanmoins, la question qu'on peut se poser, compte tenu de « l'habillage » somatique que revêt après 60 ans la pratique médicale, est de savoir en quoi le recours aux psychotropes décrit chez la personne âgée une *réelle spécificité de consommation*. En effet, 70% des personnes âgées consomment de manière journalière un médicament au moins, quel qu'il soit, ce qui représente un niveau de recours 7 fois supérieur à la moyenne. Dans ces conditions, pourquoi ne pas attribuer la consommation de psychotropes des aînés au simple fait d'abondance de leur médication ? En outre, par leur proximité au système de soins, et par la fréquence de leur consultation, les personnes âgées rencontrent une probabilité exceptionnelle de prescription qui pourrait suffire à expliquer pourquoi le recours aux psychotropes est plus fréquent chez elles.

En réalité, les faits sont plus complexes. Pour les femmes, la présence d'une antécédence de traitement surdétermine la probabilité d'une consommation après 60 ans. L'effet d'âge masquerait-il, sous une nouvelle forme, une continuité de l'influence du genre ? Plus étonnant encore, au premier abord : l'effet d'âge semble tempéré par le fait qu'une diminution de la consommation est observée le plus souvent après 75 ans¹³⁴.

Néanmoins, la critique de l'effet de l'âge doit être relativisée. D'abord, il y a effet d'âge dans la mesure où le recours des aînés concentre bel et bien une part essentielle de la consommation effectuée dans *l'ensemble de la population*. Ensuite, la tentation de renoncer à l'idée d'un effet d'âge, au motif que la proximité des plus de 60 ans au système de soins est décuplée, revient à prêter un rôle surdéterminant à l'accès aux soins. Or, la consultation médicale est une condition nécessaire à la croissance significative de la consommation, mais elle n'est pas suffisante. Autrement dit, il y a plus d'un pas entre le fait de fréquenter les cabinets médicaux et le fait de se voir prescrire un médicament psychotrope. À cet égard, l'élément somatique joue ici un rôle important : plus exactement, la probabilité d'une médication psychotrope dépend largement de la pathologie déclarée. En effet, la morbidité n'est pas également distribuée parmi les plus de 60 ans : elle dépend

¹³¹ Cf. Sermet C., *Les spécificités de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques. Enquête sur la santé et les soins médicaux* (1991-1992), Paris, CREDES, 1995.

¹³² Cf. Le Moigne P., Colin I., (1997), *Lieux et milieux de désarroi. Observation territorialisée des prescripteurs et consommateurs de psychotropes*, op. cit.

¹³³ Cf. Le Moigne Ph., « Vieillir sous influence ? La consommation des médicaments psychotropes chez la personne âgée », *Gérontologie Pratique*, janvier 2001.

¹³⁴ Cf. Pérodeau G., King S., Ostoj M., "Stress and psychotropic drug use among the elderly: an exploratory model", *Canadian Journal on Aging*, 11, 1992, pp. 347-369.

pour beaucoup des modes de vie - tabac, alcool – mais également des conditions de travail qui ont précédé le passage à la retraite¹³⁵. Ainsi, l'usage des hypnotiques chez les personnes âgées, par exemple, est souvent lié à une période antérieure d'activité marquée par le travail alterné en équipe et les « trois huit », c'est-à-dire pour l'essentiel par le travail industriel. Ces conditions d'emploi exercent d'ailleurs leurs effets le plus souvent après que la personne ait cessé d'être active, moins, sinon pratiquement pas au moment où elle est en activité¹³⁶.

Comme pour le genre, l'effet de l'âge ne doit pas être considéré comme monolithique : il doit être, pour être compris, inséré dans le contexte social dont dépend la personne. En particulier, l'organisation familiale et les conditions de travail décrivent des seuils de vulnérabilité fort différenciés selon les milieux sociaux. Ainsi compris, maladie et isolement peuvent expliquer en effet l'abondance de consommation des femmes et des personnes âgées, et compte tenu des difficultés qu'elles rencontrent en propre dans ces domaines, la surreprésentation des femmes et des personnes âgées issues des milieux ouvriers en particulier.

Car, comme pour les femmes, l'isolement constitue sans doute un des éléments les plus spécifiques de la consommation des personnes âgées¹³⁷. En effet, le risque de perdre en contacts avec le milieu de vie décrit une issue souvent rencontrée lors du passage à la retraite. Cette particularité ne peut être généralisée sans prudence, mais elle est d'autant plus marquée que le cercle de sociabilité de la personne a longtemps ménagé, comme dans les milieux ouvriers, une sorte de confusion entre le groupe des amis et celui des collègues.

À cet égard, le fait de vivre seul, ou de ne plus entretenir de relations avec la parenté, ne suffit pas à expliquer le taux de recours des plus de 60 ans. C'est moins l'isolement à proprement parler, ou la raréfaction des liens affectifs, qui semble devoir être incriminé ici que le sentiment (ou le ressentiment) occasionné par *la menace d'une privation de rôle social*. De ce point de vue la consultation, la prescription puis la consommation de médicaments paraissent servir dans certains cas, chez les personnes âgées, une tentative de *reprise d'influence*. La maladie ou l'hypocondrie, l'agitation, l'agressivité, etc., peuvent alors être utilisées à des fins de recomposition sociale ou de réintégration¹³⁸. La personne âgée peut réussir ainsi à motiver pour son propre compte la mobilisation des proches et du médecin, dès lors qu'elle les convainc par une

¹³⁵ Cf. Nizard A., Monoz-Perez F., « Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950 : essai d'évaluation du nombre des décès dus à la consommation d'alcool et de tabac en 1986 », *Population*, 3, 1993, pp. 571-608.

¹³⁶ Cf. Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000 ; Touranchet A., « Santé, travail et âge. Résultats de l'enquête Estev 1990 », *Actualité et dossier en santé publique*, n°15, 1996, pp. 18-24.

¹³⁷ Cf. Le Moigne Ph., « Psychotropic drug use: Towards a medical treatment of isolation? », *art. cit.*

¹³⁸ Ce que Dupré-Lévêque nomme « l'effet tertiaire » des médicaments psychotropes. Cf. Dupré-Lévêque D., « Les "effets tertiaires" du médicament psychotrope. Bilan d'une recherche anthropologique menée dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateurs âgés », In Cohen D., Pérodeau G., *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, 22, 1996, pp. 183-199.

« démonstration de caractère » (mauvaise humeur, acrimonie, etc.) de la nécessité d'une médication psychotrope. Les enfants déménagent, se rapprochent du parent souffrant, font pression sur le médecin qui, lui-même, recommande une surveillance étroite de la posologie, si bien que la substance finit par occuper la place d'un agent (ré)organisateur de la relation sociale de la personne âgée. Cette vertu n'est pas spécifique à ces médicaments, mais elle traduit néanmoins leur particularité d'usage. Le recours aux produits psychotropes permet à la personne âgée de mobiliser l'entourage, familial ou amical, autour de l'éventualité de sa déviance à l'égard des normes de comportement : la médication souligne ou anticipe des difficultés qui ont trait à *la relation à l'autre*, en quoi elle permet d'exiger un soutien sur ce terrain en particulier.

Derrière l'âge et la maladie, il paraît donc possible de pointer en amont l'effet des modes de sociabilité et des conditions de travail, propres à chaque groupe social. Autrement dit, ce déplacement de l'interrogation invite à considérer plutôt l'effet du *vieillesse*, dans l'ensemble de ses dimensions. C'est là, pourrait-on dire, que s'inscrit en propre *la spécificité de la consommation des plus âgés : le recours aux psychotropes offre aux personnes âgées une forme de réponse aux difficultés qu'inaugurent et répercutent à la fois la cessation d'activité, l'isolement et la maladie. Autrement dit, le recours témoigne, d'une manière plus générale, des changements que suggèrent aux personnes âgées l'entrée dans un nouveau cycle de vie, et pour certaines d'entre elles en particulier, la menace d'une complète marginalisation sociale.*

3.4. Une consommation des milieux populaires

Les dimensions sociales du recours aux médicaments psychotropes décrivent des particularités qui s'opposent, du moins à première vue, aux caractéristiques ordinaires de la consommation pharmaceutique. En effet, généralement, le recours médical croît avec le niveau des diplômes, le revenu et la position occupée dans la hiérarchie sociale. Pour les psychotropes, chacune de ces relations est inversée, en France comme à l'étranger : l'absence de diplôme implique une consommation de 10 points plus élevée que la moyenne; la probabilité d'usage des employés et des ouvriers est de 7 à 13% supérieure à celle des autres actifs ; les bas revenus concentrent également les plus forts indices de recours. Ces particularités paraissent plus appuyées encore lorsqu'on considère la précarité d'emploi. Alors que le chômage engage généralement une baisse de la fréquentation

médicale, il suggère, chez les hommes en particulier, une probabilité de consommation de 57% supérieure à celle observée chez les actifs employés¹³⁹.

Ces résultats paraissent aller dans le sens d'une médicalisation de la précarité et de la pauvreté. Plus encore, ils semblent venir à l'appui de la thèse d'un contrôle social d'origine médicale. Koumjian est l'auteur qui, certainement, a le plus directement développé cet argumentaire. Selon lui, cette médication parvient d'autant mieux à légitimer la structure de classe 1) que les médecins contribuent à travers elle à réduire à une origine médicale et individuelle une part de plus en plus grande des problèmes sociaux ; 2) que leurs prescriptions sont adressées en particulier à ceux qui sont le plus directement confrontés aux jeux de la domination sociale (femmes, inactifs, chômeurs)¹⁴⁰. Quelle valeur accorder à cette interprétation?

D'abord, il faut faire remarquer que l'utilisation des bases de données du système de soins conduit souvent à sous-estimer certaines populations de consommateurs. En effet, souvent, la recherche inspecte les prescriptions ordonnées dans la population sur une période de 90 jours, ce qui contribue à la sous-évaluation des traitements associés aux maladies chroniques¹⁴¹. En somme, cette durée s'avère trop courte pour permettre une juste mesure des consommations régulières, par suite, elle réduit la prise en compte des usagers chroniques, et l'estimation de leurs profils et des facteurs explicatifs qui peuvent leur être associés. À l'inverse, l'étude de la consommation sur des périodes plus courtes tend à accroître, artificiellement, la relation qu'il est possible d'établir entre précarité d'emploi, revenu et taux de recours¹⁴².

En revanche, *si on étend la durée de référence à 6 ans au moins d'usage continu, on obtient une image assez différente de la consommation. Les femmes au foyer et les inactifs retraités, les anciens ouvriers en particulier, se dégagent alors très nettement de la population étudiée*¹⁴³. On retrouve ici le poids prédominant de l'isolement social, consécutif à la cessation d'activité, d'une part, de l'invalidité et du risque vital, d'autre part. En revanche, aucun lien tangible ne permet d'associer les consommations chroniques à la précarité d'emploi ou à la pauvreté. Dans la mesure où cet usage qualifie surtout la pratique de retraités ayant été actifs

¹³⁹ Sur cette question, voir entre autres. Guignon N., Mormiche P., Sermet C., « La consommation régulière de psychotropes », *art. cit.* ; Sermet C., *Les spécificités de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques. op. cit.* : Gabe J., Thorogood M., « Prescribed drug use and the management of everyday life: the experiences of black and white working class women », *art. cit.* ;

¹⁴⁰ Cf. Koumjian K., "The use of Valium as a form of social control", *Social Science and Medicine*, 15, 1981, pp. 245-249.

¹⁴¹ Sur ce point, voir Johnson R. E., Vollmer W. M., "Comparing sources of drug data about the elderly", *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 1991, pp. 1079-1084.

¹⁴² Cf. Sermet C., *Les spécificités de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques. op. cit.*

¹⁴³ Comme le révèle très nettement l'enquête par questionnaire que j'ai dirigée sur des quartiers de structures sociales nettement différenciées à l'intérieur du Grand Rouen. Cf. Le Moigne P., Colin I., *Lieux et milieux de désarroi. Observation territorialisée des prescripteurs et consommateurs de médicaments psychotropes, op. cit.*

durant la période protégée du salariat, il n'est pas rare en effet que ces consommations soient associées à la détention d'un patrimoine immobilier.

Le chômage et la rupture conjugale déterminent des recours moins durables. Par ailleurs, *la fréquence des consommations épisodiques croît avec la position occupée dans la hiérarchie sociale*. Autrement dit, et en France au moins, *les difficultés liées aux séparations ou à la perte de l'emploi paraissent motiver des usages plus conjoncturels, d'une part, et plus souvent attribuables aux membres des classes moyennes et supérieures, d'autre part*. Si des nuances d'ordre social existent selon les pays, la consommation chronique n'est en revanche jamais associée à l'extrême pauvreté¹⁴⁴. À cela une raison simple : le recours médical implique une proximité nécessaire à l'appareil de soins, et à la médecine générale en l'espèce ; or, cette proximité tend à décroître lorsque les personnes sont privées de ressources¹⁴⁵.

À l'image des médications chroniques, les recours les plus durables aux médicaments psychoactifs sont déterminés par la vulnérabilité des groupes sociaux face à la maladie, moins par la perte de l'emploi ou la pénurie de ressources. Les conditions de travail, l'inégalité des formes d'accès aux soins et l'usage d'autres psychotropes (tabac, alcool) conditionnent au premier chef les écarts de morbidité entre catégories sociales¹⁴⁶. Si donc l'inégalité face à la pathologie se développe au cours de la période d'activité, elle n'apparaît réellement qu'au moment du passage à la retraite. Ces conditions expliquent dans ce domaine, après 60 ans, la surreprésentation des anciens ouvriers, donc des personnes dotées de revenus modestes et dépourvues de diplômes. Pour autant, elles ne permettent pas de conclure ni à la médicalisation de la pauvreté ni à la diffusion d'une thérapeutique massive des effets de la crise de l'emploi.

La relation admise entre médication globale et médication psychotrope permet d'expliquer à l'inverse *la sous-prescription des classes supérieures* : l'état de santé des personnes, la précocité de leur suivi médical, enfin, leur niveau d'intégration sociale, jouent en leur faveur et rendent moins nécessaire l'intervention médicale, et la prescription de médicaments psychotropes en particulier¹⁴⁷. Après avoir largement initié l'usage par l'intermédiaire d'une plus grande proximité aux soins, la consommation des cadres paraît ne plus constituer qu'une part résiduelle du phénomène, même si, en effet, elle permet de caractériser les motifs de recours liés à la décomposition familiale ou à la rupture conjugale. Logiquement, le recours tend dans ce contexte à demeurer épisodique, même s'il peut être appelé à se renouveler assez fréquemment. L'incidence de la morbidité, de l'isolement et de la division des rôles sexuels conduit plutôt à rapporter les usages réguliers, voire chroniques, à une

¹⁴⁴ Cf. Gabe J., Lipshitz-Philipps S., « Tranquilisers as social control? », *Sociological Review*, 36, 1991, pp. 320-352.

¹⁴⁵ Cf. Peneff J., *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié, 2000.

¹⁴⁶ Cf. Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, op. cit.

¹⁴⁷ À la différence du recours aux psychothérapies qui demeure encore, pour beaucoup, une pratique des classes moyennes et supérieures. Cf. Champion (dir.), *Psychothérapie et société*, op. cit.

caractéristique de consommation des milieux populaires. Même lorsque des recours durables peuvent être imputés aux difficultés de la relation de travail, ils concernent surtout les fractions les plus modestes des classes moyennes, les employés en particulier¹⁴⁸. Là encore, chefs d'entreprise et cadres supérieurs ne paraissent intégrer la consommation qu'à la marge.

3.5. « *L'effet prescripteur* » : *normes d'exercice et gestion de la clientèle*

L'influence imputée au genre, à l'âge et à la position sociale du patient est importante mais n'est pas totalement explicative. En particulier, ni l'état de santé, ni la fréquence du recours au soin, ne suffisent à rendre compte en totalité des scores de consommation observés selon l'âge ou le genre. Ce constat a conduit la recherche à imputer aux médecins - à *l'effet prescripteur* - une partie des disparités de recours enregistrées à partir du profil des consommateurs. En effet, il est admis depuis longtemps que la prescription varie de façon très importante chez les praticiens, mais peu d'éléments permettaient encore au début des années 1990 de donner une explication à ce phénomène.

Dans ce domaine j'ai d'abord cherché à mieux typer « l'effet prescripteur »¹⁴⁹. Il s'est agi en particulier pour moi de répondre à la question suivante : les scores de prescription des médecins sont-ils le produit *des structures de clientèles*, ou *de pratiques professionnelles* indépendantes du profil des patients ? Dans le premier cas, l'effet prescripteur se réduirait par hypothèse à l'application de schémas de médication adaptés à des portraits-types de patients ou de symptômes ; dans le second cas, les normes d'exercice l'emporteraient sur les caractéristiques des publics et des pathologies. Que pouvons-nous dire dans ce domaine ?

Notons d'abord que la part des patients recevant une ordonnance de psychotropes, tous sexes confondus, varie, si on en croit certaines recherches, de 0,2% à 67,4% selon le médecin¹⁵⁰. Autrement dit, les différences de la structure par genre des clientèles ne suffisent pas, loin s'en faut, à expliquer la propension des différents médecins à prescrire. Si donc la prescription des médecins est pour partie indépendante des caractéristiques des publics qu'ils reçoivent, alors il faut imaginer que certains profils professionnels appuient en particulier la médication psychotrope. Deux facteurs jouent ici un rôle prépondérant :

¹⁴⁸ Piotet F., Lattès C., *Travail et relations de travail dans l'enquête sur la santé et les soins médicaux, 1991-1992*, Paris, Laboratoire Georges Friedmann/MIRE, 1998.

¹⁴⁹ C'était là une partie du projet que j'ai défendu dans Le Moigne P., Colin I., *Lieux et milieux de désarroi. Observation territorialisée des prescripteurs et consommateurs de médicaments psychotropes*, op. cit.

¹⁵⁰ Cf. Tamblin R. M., Laprise R., Schnarch B., Monette J., McLeod P. J., « Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes » art. cit.

l'âge du praticien et son affiliation universitaire, le genre du médecin n'intervenant qu'à la marge. La fréquence de la prescription est d'abord sensible à l'âge du praticien, et connaît un pic chez les médecins de plus de 60 ans¹⁵¹. En outre, les praticiens font part d'habitudes de prescription, inégalement ouvertes aux substances, selon l'université qui les a diplômés. Autrement dit, hormis l'effet de l'âge, on observe que l'attitude de prescription est elle-même marquée par l'apprentissage des indications, de la panoplie pharmaceutique et des normes de médication que chaque faculté organise en propre¹⁵².

L'ordonnance de médicaments psychotropes obéit aux cultures de métier du champ médical et à la construction des savoirs thérapeutiques qui en dépendent. Toutefois, les attitudes professionnelles ne peuvent être dissociées qu'en partie des caractéristiques de la clientèle. Ainsi, deux traits généraux fédèrent la prescription, quelles que soient les caractéristiques de profil des médecins : les patientes sont toujours davantage prescrites ; le nombre d'ordonnances fléchit chez les patients les plus âgés ou déjà hospitalisés à plusieurs reprises. Ce consensus médical est à mettre au compte *d'une norme professionnelle de prescription* qui, d'un côté, établit un lien de proximité entre pathologie féminine et médication psychotrope, et de l'autre, un rapport de prévention contre l'effet iatrogène des substances chez les publics dont la morbidité – ou le risque de morbidité – est décuplée. *Ces observations conduisent à rapporter la prescription à l'effet conjugué de deux facteurs : la définition médicale de populations-cibles ; une autonomie relative de l'exercice professionnel se mesurant, à clientèle égale, par des dispositions à prescrire relativement différentes*¹⁵³.

L'ordonnance de médicaments psychotropes appuie le constat d'une diversité de pratiques chez les médecins. Pour autant, cette prescription décrit-elle une ligne de partage entre les praticiens? La relation observée entre l'âge du médecin et la propension à prescrire permet d'offrir un début de réponse à cette question : l'augmentation significative de la médication chez les praticiens de plus de 60 ans doit être attribuée à *l'incidence exercée par l'ancienneté professionnelle*.

J'ai pu observer effectivement que la prescription pharmaceutique, toutes substances confondues, tend à croître chez les médecins après 10 ans d'exercice¹⁵⁴. Cette tendance inclut logiquement l'ordonnance de médicaments psychotropes, de sorte que *la propension générale à prescrire* constitue l'un des principaux facteurs d'explication de la

¹⁵¹ Cf. Le Moigne Ph. « Entre maladie et mal-être : la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale », *art. cit.*

¹⁵² Cf. Tamblyn R. M., Laprise R., Schnarch B., Monette J., McLeod P. J., « Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes » *art. cit.*

¹⁵³ Cf. Le Moigne P., Colin I., *Lieux et milieux de désarroi. Observation territorialisée des prescripteurs et consommateurs de médicaments psychotropes*, *op. cit.*

¹⁵⁴ *Ibid.*

délivrance des produits psychotropes par les médecins. Dans le même ordre d'idées, il paraît possible d'établir un lien direct entre la durée d'exercice, l'ordonnance de services médicaux (examen biologique, radiographie, indication à un spécialiste), et la multiplication des actes ou des visites¹⁵⁵. Autrement dit, *la prescription adressée à chaque patient, qu'elle qu'en soit la nature, croît à mesure que croît la clientèle du médecin*. Ce phénomène requiert une antériorité professionnelle minimale – le temps que la clientèle se constitue –, c'est pourquoi les médecins âgés ordonnent plus souvent. Dans la mesure où l'augmentation de la prescription inclut logiquement l'ordonnance des médicaments psychotropes, il devient possible d'établir un lien entre cette médication et l'ancienneté professionnelle. Ainsi comprises, ces ordonnances qualifient moins une particularité d'exercice de certains omnipraticiens qu'elles ne soulignent chez la plupart d'entre eux le mouvement d'accélération de la prescription qui fait suite, avec le développement de leur activité, à la croissance de leur clientèle (voir l'encadré 4).

La prescription de médicaments psychotropes traverse plus qu'elle ne divise le corps médical. Pour autant, elle décrit bien un trait spécifique de l'exercice professionnel. En quoi? Cormack et Howells ont fait remarquer que les grands prescripteurs de benzodiazépines établissent souvent une relation directe entre cette médication et leur charge de travail. Ces médecins considèrent que ce type de prescriptions leur fait gagner du temps de consultation ; en un mot, ils estiment plus profitable de donner un second rendez-vous, après avoir ordonné un psychotrope, plutôt que de prolonger le premier¹⁵⁶. Les avantages bruts de ces médicaments seraient ainsi de deux ordres : *l'amélioration de la productivité quantitative de l'exercice, la fidélisation de la clientèle*. Ce type d'ordonnance offrirait un gain de temps dans la mesure où il permettrait au praticien d'afficher une position dite objective, ou scientifique, qui le dédouanerait d'avoir à s'ouvrir à la situation vécue par le patient. Quant à la fidélisation, celle-ci se déduirait du délai que la médication permet d'assigner à l'énoncé diagnostique : à défaut de pronostic ou d'un repérage bien balisé du trouble, l'ordonnance permet de temporiser et de reporter à plus tard

¹⁵⁵ Cf. Hadsall R. S., Freeman R. A., Norwood G. J., "Factors related to the prescribing of selected psychotropic drugs by primary care physicians", *Social Science and Medicine*, 16, 1986, pp. 1747-1756. ; Davidson W., Molloy W., Somers G., Bédard M., "Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people in New Brunswick", *Canadian Medical Association Journal*, 150, 1994, pp. 917-921.

¹⁵⁶ Cormack M. A., Howells E., "Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees, *Family Practice*, 9, 1992, pp. 466-471.

4. La propension à prescrire des médecins généralistes

Âge du Généraliste	Taille moyenne de la clientèle (n patients)	Nombre moyen de patients ordonnés en psychotropes	% moyen de patients prescrits en psychotropes	Nombre moyen de prescriptions en psychotropes par patient
35 ans et moins	1487	168	11,31	4,30
36-41 ans	1439	193	13,41	4,76
42-46 ans	1641	229	13,94	4,90
47-51 ans	1730	259	14,98	5,05
52 ans et plus	1544	245	15,87	5,17
Moyenne	1592	235	14,8	4,84

La prescription de médicaments psychotropes selon l'activité et l'âge du généraliste
 (Données annuelles 2001 portant sur les 450 généralistes du Grand Rouen)
 (Source : Le Moigne Ph., *La dépendance aux médicaments psychotropes, op. cit.*, p. 126)

L'organisation de la prescription des médecins avec l'âge reste sensible à la structure démographique de la clientèle. Mais, la tendance est tellement massive que j'ai pu montrer qu'à structures de clientèles égales (au regard du sexe, de l'âge et de la position sociale), les médecins plus âgés ordonnent, de façon significative, toujours plus leurs patients. On peut évoquer ici la conjugaison de deux phénomènes : un effet de seuil, un effet de fidélisation. L'effet de seuil s'applique à la gestion de la clientèle lorsque celle-ci atteint sa taille maximale, c'est-à-dire après une dizaine d'années d'exercice. La gestion d'un temps de plus en plus comprimé par patient oblige le praticien à des consultations rapides, mouvement particulièrement favorable au resserrement de l'acte médical sur la prescription pharmaceutique. Le deuxième mouvement a trait à la cristallisation de l'interaction sociale que constitue le colloque médical. Avec le temps, médecins et patients ont appris à fixer leur échange autour de quelques conventions, si bien que la consultation finit par revêtir des aspects plus routiniers, favorables au renouvellement plus mécanique des ordonnances, et des prescriptions de médicaments psychotropes en particulier.

l'identification du problème, lors d'une seconde entrevue¹⁵⁷. Compte tenu de l'étroite liaison qui unit le volume d'activité du médecin à son mode de prescription, il convient donc d'admettre que *la délivrance de médicaments psychotropes décrit bel et bien une particularité de l'exercice médical : elle n'accompagne pas seulement la croissance de l'activité professionnelle ; elle contribue à la produire*¹⁵⁸.

3.6. Une médiation structurante, sélective et normée

La consommation des médicaments psychotropes fait l'objet d'une structuration assez complexe. Celle-ci peut être réduite en partie si on tente d'organiser et de hiérarchiser à la fois l'ensemble des facteurs qui la détermine. Parmi les éléments d'explication les plus décisifs, on doit retenir en premier lieu *le risque vital et l'invalidité*. En somme, les médicaments sont davantage associés aux traitements des maladies organiques qu'ils ne sont directement liés aux thérapeutiques des troubles psychiques qualifiés, si toutefois leur différenciation est possible. Il reste néanmoins que les scores de consommation sont sans commune mesure avec la distribution des maladies invalidantes dans la population : l'usage essaime bien au-delà des dysfonctionnements du corps et de la morbidité psychique. Des facteurs de nature plus directement sociale fondent en vérité l'essentiel du recours aux médicaments psychotropes. C'est d'abord *la définition culturelle du mal être* et de *sa recevabilité par la médecine*. À ce titre, la consommation engage d'abord une proximité culturelle à l'appareil de soins, ensuite, l'énonciation d'une détresse légitime, enfin la traduction médicale de ce malaise sous la forme d'une thérapeutique appuyée par le médicament.

Au nombre des maux qui intègrent le plus aisément ce processus, le risque de marginalisation induit par *l'isolement* surpasse tous les autres parce qu'il dérive d'une demande recevable d'intégration et paraît solliciter à bon droit, en l'absence d'une solidarité sociale suffisante, l'alternative d'une solution médicale. Les événements de vie, les accidents qui émaillent la trajectoire conjugale, familiale ou professionnelle, exercent

¹⁵⁷ Les médicaments psychotropes composent également pour le médecin une manière de structurer et de hiérarchiser les éléments de complexité sur lesquels repose son jugement : il pressent ici que le trouble du patient est, d'un point de vue psychique ou somatique, assez frustré, mais qu'une prise en charge est néanmoins requise, quand elle n'est pas sollicitée par son client. À ce titre, la prescription d'un médicament psychotrope permet bien d'offrir une réponse médicale, sans pour autant s'apparenter à un acte thérapeutique, au sens plein du terme. La plainte est prise en compte mais n'est pas rapportée à un trouble : dans ce cas, la dimension relationnelle de l'exercice l'emporte sur sa dimension technique, si tant est qu'elles puissent être distinguées formellement. Sur la complexité du jugement médical, se reporter à Dodier N., *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.

¹⁵⁸ Cf. Le Moigne Ph. « Entre maladie et mal-être : la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale », *art. cit.*

également une influence sur le recours mais de manière plus conjoncturelle. Dans le domaine de l'exercice médical, *les contraintes de la productivité* augmentent chez les praticiens la probabilité de prescription en vertu de *la croissance de la clientèle dans le temps*. Les produits permettent au corps médical de construire une réponse qui reste située dans le champ sanitaire quand bien même il ne dispose souvent d'aucune prise sur l'origine des problèmes qu'il traite de la sorte.

De cette organisation du recours découle logiquement les caractéristiques sociodémographiques des populations consommatrices. Cet usage concerne d'abord *les inactifs*, c'est-à-dire les groupes qui tendent à associer maladie et isolement. Il concerne *les femmes*, d'une part, et *les personnes âgées*, d'autre part, pour qui le recours à la solution médicale dérive à la fois d'une plus grande proximité à l'appareil de soins et d'une incapacité, soit physique, soit imputée sous le terme d'une inaptitude « à s'en sortir seul ».

À l'inverse, l'absence de lien entre recours et pauvreté se comprend aisément dès lors qu'on rappelle que la condition de proximité au soin, et à la médecine générale en particulier, est moins présente dans les strates les moins élevées de la hiérarchie sociale. La même explication vaut pour les chômeurs dont on sait qu'ils tendent, faute de moyens ou de légitimité, à s'éloigner du système de soins. De la même manière, la consommation des cadres, qui a initié l'usage des médicaments, a fini par représenter un phénomène plus isolé à mesure que les normes de prescription se sont stabilisées : les modalités actuelles de l'indication (morbidité, isolement social, incapacité) décrivent autant de désordres que les classes supérieures présentent plus rarement, ou qui leur sont moins souvent attribués par le corps médical.

La prescription des médicaments reste, néanmoins, pour le moins diffuse, puisqu'elle ne concerne pas moins d'un quart des assurés sociaux chaque année. À ce titre, elle intègre l'accompagnement du vieillissement, la prise en charge de la douleur et s'acquitte du traitement d'une partie des troubles associés au mal-être individuel. Naturellement, cette perspective reste suspendue au crédit que la population accorde ici au soutien médical et à l'influence que l'interaction entre patients et médecins exerce en propre sur la décision de prescrire. Néanmoins, ces mécanismes, conditionnent un usage thérapeutique qui n'est pas fondamentalement structuré par la réglementation sanitaire, par les préconisations de la clinique psychiatrique ou bien encore par la prévention morale qui entoure les médicaments psychotropes, lorsqu'elle en associe l'usage à la « folie » ou à la « toxicomanie »¹⁵⁹. À ce titre, *la médecine générale est bien porteuse ici d'une médiation*

¹⁵⁹ Cf. Le Moigne Ph., « Médicaments psychotropes et pharmacodépendance : l'approche sociologique du phénomène en population générale », in Expertise Collective Inserm, *Médicaments psychotropes et pharmacodépendance*, Paris, INSERM ; 2011 (à paraître).

structurante et, en partie au moins, autonome¹⁶⁰. Elle construit une réponse et est capable, jusque dans une certaine mesure, de s'ériger en pivot ou rouage, en permettant aux individus de bénéficier d'un espace tiers (ou d'un « espace de rupture »), et de faire face aux difficultés qu'ils rencontrent dans les autres sphères de la vie sociale (famille, couple, travail, etc.). Cette médiation n'est pas à l'évidence seulement médicale mais à proprement parler interpersonnelle, comme si, dans un univers de sens dominé par la normativité individuelle, le recours devant l'échec ou le malheur tendait d'abord à prendre la forme d'une « relation de personne à personne »¹⁶¹.

Toutefois, si cette médiation est structurante, elle n'en demeure pas moins sélective et normée¹⁶². Autrement dit, s'il est bien question ici d'une « institution du soi », dédiée à la prise en charge de la « souffrance » ou du « mal-être individuel », cette institution est loin d'être généralisée et n'est pas sans se réclamer de classements et de hiérarchies, hérités pour la plupart des normes et des stéréotypes qui entourent la définition des identités sociales. À ce titre, la médiation offerte par la médecine générale est mobilisée dans les limites des contraintes qui fixent l'accès aux soins et requiert, en même temps, une vulnérabilité éligible au regard des critères, plus ou moins explicites, qui organisent la pratique de prescription dans le corps médical. Dans ce domaine, c'est d'abord le traitement de l'incapacité qui appuie la délivrance des médicaments psychotropes : la prescription reste ancrée dans le contexte d'une médecine somatique, plutôt que mentale, et s'adresse d'abord à un public d'inactifs. En revanche, la médecine générale continue de manifester une certaine prévention contre la médication durable de la précarité d'emploi ou du chômage. Ces recours, à l'instar des traitements délivrés dans le cadre de problèmes dits « relationnels » (professionnels, conjugaux, familiaux), sont abondants mais de courte durée. À ce titre, les prescriptions temporaires marquent les limites de la médiation médicale : pour les praticiens, elles permettent de borner l'intervention de la médecine dans la vie sociale, et pour les patients, d'échapper à la condamnation d'une insuffisance personnelle. Car une telle condamnation entoure nécessairement la consommation durable des médicaments psychotropes, du moins, si le patient ne peut être dédouané clairement de la responsabilité de sa situation.

C'est pourquoi les usages les plus chroniques expriment souvent une forme de dernier recours : ils marquent chez les patients une manière de maintenir leur intégration et de s'acquitter néanmoins des exigences de la normativité individuelle, en dépit de

¹⁶⁰ J'ai développé cet argument dans Le Moigne Ph., « De la médiation médicale. Les conventions d'usage des médicaments psychotropes », *art. cit.*

¹⁶¹ Sur le rôle que la psychologie du sujet, qu'elle soit intellectuelle ou profane, attribue à la relation de personne à personne (« de soi à soi ») dans le processus d'une émancipation généralisée de l'individu, voir Le Moigne Ph., « La santé mentale comme philosophie politique : la psychologie du soi et le progrès social », *Lien Social et Politiques*, 67, 2012, à paraître.

¹⁶² Le Moigne Ph., « De la médiation médicale », *art. cit.*

l'isolement ou de la maladie, c'est-à-dire d'une incapacité d'action objective. Lorsque cette clause n'est pas présente, le recours apparaît beaucoup plus disqualifiant. L'étude détaillée des consommations au long cours vient à l'appui de ce constat.

3.7. *Retrait, fatalisme, auto-centration : figures du recours chronique*

Les enquêtes de terrain que j'ai pu conduire sur l'usage m'ont offert matière à la construction d'une typologie des recours, bâtie autour de deux variables (voir le schéma 5). La première a trait au *sentiment d'amélioration* suscité par la thérapeutique : deux cas de figure sont distingués ici selon que le sentiment exprimé est celui d'un *gain* ou plutôt d'une *tension*. La seconde variable a trait à *la relation à la thérapeutique* : elle permet de distinguer les patients qui entretiennent *une relation distante* avec les produits de ceux qui font part d'une *proximité* voire d'un investissement massif à l'égard des médicaments¹⁶³. Je détaille les sous-types obtenus par le croisement de ces deux variables.

		<i>Sentiment d'amélioration</i>	
		<i>Gain</i>	<i>Tension</i>
<i>Relation à la thérapeutique</i>	<i>Distance</i>	Fatalisme	Protection
	<i>Proximité</i>	Retrait	Auto-centration

5. La raison pratique du recours aux médicaments psychotropes

¹⁶³ Cf. Le Moigne Ph. « Dépendre de soi. L'usage au long cours des médicaments psychotropes » in Collin J., Otero M., Monnais L., *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine*, Québec, Presses Universitaires du Québec, 2007, pp. 91-107 ; Le Moigne Ph. « La dépendance aux médicaments psychotropes : de la psychopharmacologie aux usages », *Drogues, Santé et Société*, 2008, vol.7, pp. 55-88 ; Le Moigne Ph. (dir.), *L'usage au long cours des antidépresseurs. Enquête sociologique*, op. cit. ; Le Moigne Ph. (dir.), *La dépendance aux médicaments psychotropes, Approches, données, expériences*, op. cit.

1) **Les recours de protection.** Le sentiment d'une amélioration induite par le médicament, au sens littéral du terme, sous la forme d'un gain net, d'une élévation de soi ou d'un bien-être inédit, reste extrêmement rare : aucune des personnes interrogées n'y fait référence. Il y a là une manière de comprendre pourquoi les recours demeurent conjoncturels dans la majorité des cas : ceux-là s'appuient sur l'idée d'une nécessité thérapeutique, face à des événements ponctuels en particulier, et sont marqués par le court terme en raison des effets secondaires des produits, de la prévention contre la dépendance et contre les stéréotypes qui entourent cette consommation. L'amélioration se lit plutôt ici dans les termes de *l'ajustement* (ou de la rémission).

Ces consommateurs se recrutent le plus souvent parmi les personnes âgées de 40 à 50 ans, et parmi les populations des classes moyennes. Le recours est structuré par une clause dite « relationnelle » ou « sociale », c'est-à-dire par la situation familiale ou la condition de vie de l'utilisateur : divorce, séparation, conflit au travail, chômage, etc. Dans la mesure où la médecine n'a pas prise sur ces circonstances, et où celles-ci peuvent être structurelles, la durée de la consommation peut le cas échéant s'élever à plusieurs années. Dans la mesure également où le motif de la consommation peut être rapporté à un facteur pour tout ou partie extérieur au patient, celui-ci n'étant pas en cause, le renouvellement du traitement bénéficie d'une certaine légitimité tant auprès du consommateur que du prescripteur. Ici, la consommation n'engage pas un rapport problématique aux médicaments : elle répond à l'attente d'un maintien de l'intégration – souvent désignée dans les termes d'une « préservation de soi », d'une « protection » - devant une situation jugée contraignante, voire dégradante. Et dans la mesure où l'amélioration de la condition des personnes n'est pas liée directement à la consommation des produits, celle-ci fait rarement l'objet d'un investissement massif de la part de l'utilisateur.

2) **Le retrait.** L'usage est ici peu différent du mode de consommation qui vient d'être décrit. Il puise d'ailleurs souvent aux mêmes motifs. Toutefois, le recours est généralement plus long et motive une proximité aux produits qui n'est pas présente dans le premier cas. Il y est d'abord question de problèmes plus structurels, c'est-à-dire d'un conflit de travail ou d'une opposition conjugale ou familiale dont la résolution est peu probable. Ensuite, la consommation, marquée par l'usage de benzodiazépines, est la plupart du temps tenue secrète par l'utilisateur : elle n'est pas connue de l'employeur, des collègues et parfois même de l'entourage. Enfin, l'utilisateur confère à ce recours le statut d'une « mise à l'écart » salutaire.

C'est ce dernier point qui appuie ici une posture de retrait. La consommation est pensée, dans le silence et le secret¹⁶⁴. Cette mise à distance d'autrui résonne pour l'utilisateur

¹⁶⁴ Pour une illustration détaillée de ce cas de figure, voir Haafkens, J., *Ritual of Silence. Long-term Tranquilizer Use by Women in the Netherlands. A Social Case Study*, Amsterdam, Het Spinhuis, 1997.

comme une manière de « se restaurer soi-même », c'est-à-dire de démontrer de nouveau son « indépendance », dans un contexte souvent caractérisé par la domination conjugale et son lot de dévalorisations. C'est souvent cette posture qui caractérise l'usage des médicaments chez les femmes au foyer des milieux populaires : pour elles, la gestion des médicaments leur appartient, d'une certaine manière, et conditionne la création d'un espace médian, entre elles et leur conjoint.

3) **Le fatalisme.** Le troisième groupe de consommateurs se rapporte également à l'univers des ouvriers et des employés. Il est dominé par le vieillissement, la maladie organique et plus rarement par les difficultés professionnelles. Ces consommateurs justifient leur durée de recours - aux benzodiazépines en particulier - en vertu d'une nécessité thérapeutique. Ils doivent faire face et le médicament contribue, au quotidien, au maintien d'un bien-être minimal face à la maladie ou à l'isolement. L'usage est fataliste. En effet, la chronicité, qui peut impliquer ici plus de vingt ans d'usage, est tolérée, y compris par les prescripteurs, dans la mesure où aucune perspective d'amélioration ne peut être escomptée. Le cas échéant, ces recours ont démarré avant la survenue de la maladie ou de la perte d'un proche. C'est particulièrement vrai du traitement de l'insomnie chronique. Dans ce cas, la légitimité du recours est souvent bâtie sur deux arguments : la nécessité impérieuse de dormir, et la « nature » du patient. Les discours des usagers et celui des prescripteurs rejoignent ici par certains aspects la pensée de la psychiatrie, et de la psychologie de la personnalité en particulier. Ces usagers au long cours se disent en effet porteur d'une disposition personnelle à l'insomnie, le cas échéant, d'une « personnalité anxieuse ». Dans la mesure où cette qualité ou ce trait distinctif est dit structurel, la prescription s'engage à devenir chronique.

Ce débouché est d'autant plus probable que la gestion des produits, par ses aléas, ajoute parfois au mal-être des personnes. En particulier, l'oubli du produit ou les tentatives d'abstinence les empêchent de dormir, et la perspective que cette expérience se renouvelle les rend anxieux. En un mot, la thérapeutique devient d'autant plus nécessaire qu'elle conforte le symptôme que les usagers s'attribuent et les explications qu'ils cherchent à lui donner. Néanmoins, si la proximité aux produits est grande, on ne peut évoquer l'idée d'un surinvestissement thérapeutique dans la mesure où, le plus souvent, aucune amélioration n'est visée à terme. Par ailleurs, à la différence d'une logique de retrait, l'usage ne cherche pas ici à créer une distance à l'autre qui justifierait un investissement massif dans la gestion des produits.

4) **L'auto-centration**

En revanche, le quatrième type d'usage s'avère plus problématique. Ces patients sont plus jeunes – âgés de 40 ans en moyenne –, et se recrutent généralement parmi les classes moyennes, notamment parmi les enseignants et les travailleurs sociaux. La

prescription est organisée par les antidépresseurs, parfois prescrits seuls, mais plus généralement associés à des anxiolytiques et des hypnotiques. Le symptôme est défini dans les termes de la dépression, ou de la dépressivité. Ce contexte de prescription reste ouvert à l'hypothèse de la rémission. Pour autant, l'origine du trouble, voire sa qualification en tant que pathologie, ne se laissent pas aisément deviner ici, c'est du moins ce que les usagers comme les prescripteurs tendent à rapporter. Dans ce cas, la légitimité du mal-être ne peut se prévaloir d'une cause événementielle ou organique. Elle laisse les patients penser qu'elle se situe à l'intérieur d'eux-mêmes, « en profondeur ».

Ainsi, certains enseignants déclarent par exemple ne pas être en mesure d'exercer ou d'incarner la moindre autorité devant leurs classes. Cette difficulté, qui pourrait être imputée à l'évolution du comportement des élèves, est ici totalement assignée à une carence personnelle, sans que celle-ci puisse être rapportée à son tour à une origine précise. Autrement dit, les usagers de ce type font part d'un rapport à soi dominé par l'attente d'une démonstration d'autonomie : *leur vision de l'individu est plus qu'ailleurs marquée par une forme d'auto-centration. C'est pourquoi, en écho à cette représentation, leur symptôme s'exprime d'abord dans les termes d'une dévalorisation de soi ou d'une incapacité personnelle.*

La trajectoire de consommation de ces usagers ajoute de fait à ce sentiment. L'attitude du médecin généraliste n'est pas en effet sans comporter une part de dépréciation. En effet, l'absence de rémission, la faible lisibilité du trouble, finissent tôt ou tard par mettre en cause le patient¹⁶⁵. En outre, l'usage n'acquiert jamais tout à fait ici la valeur d'une nécessité thérapeutique : le recours à la chimie apporte un effet stabilisateur, mais c'est l'abandon de toute thérapeutique qui incarne l'idéal de ces usagers. En effet, l'arrêt du traitement tendrait à signifier qu'ils vont mieux. Autrement dit, à leurs yeux, le renoncement à la thérapeutique marquerait la restauration de leur capacité d'autonomie et d'initiative. La chronicité, qui se mesure souvent à plus de 10 ans d'usage, résonne donc pour eux comme un désaveu personnel¹⁶⁶.

Devant l'absence de rémission, ces patients ont tendance, dans un premier temps, à mettre en cause le produit : ils s'informent, essaient de nouvelles molécules, et connaissent éventuellement une période de rémission plus ou moins durable. Les marques de rechute, voire de récurrence, sont néanmoins fréquentes. Autrement dit, l'adoption d'un nouveau

¹⁶⁵ Les médecins généralistes, peu formés à la clinique mentale, s'avèrent en effet particulièrement démunis face à ce type de patients. À ce sujet, voir également Bail Ph., Bodenez P., Dumitru-Lahaye C., Haxaire C., Richard E., Genest Ph., Walter M., *Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes (Bretagne occidentale)*, Paris, CESAMES, 2006.

¹⁶⁶ Cf. Le Moigne Ph. « Dépendre de soi. L'usage au long cours des médicaments psychotropes », *art. cit.*. Voir également sur ce point North D., Davis P., Powell A., "Patients responses to benzodiazepines medication: A typology of adaptive repertoires developed by long-term users", *Sociology of Health and Illness*, 17, 5, 1995, pp. 632-50.

médicament ou d'une nouvelle combinaison de produits n'est pas toujours à la hauteur des espoirs que l'usager peut placer en elle. Ce constat tend, dans un second temps, à renvoyer le patient à lui-même. Ces consommateurs considèrent en effet que l'efficacité de la thérapeutique est variable, et que cette variabilité dépend d'abord d'un facteur personnel. Autrement dit, si le nouveau traitement a échoué, c'est parce qu'il n'était pas adapté à leur individualité.

C'est pourquoi l'investissement dans le produit atteint chez ces patients un point culminant : ils sont à l'affût de toute nouveauté thérapeutique, et vont parfois jusqu'à construire des schémas d'usage complexes où les variations du dosage, les circonstances de la prise sont pensées dans leurs moindres détails, donnant lieu à des expérimentations et des ajustements incessants¹⁶⁷. Plus qu'ailleurs, la relation aux produits est marquée ici par une véritable tension. Le recours paraît à la fois « stabiliser » ces patients et induire un nouveau mal-être. Et c'est bien d'un paradoxe dont il s'agit puisque ces patients, par leur caractère au moins pour partie dépressif et anxieux, incarnent au plus près la cible visée par la thérapeutique.

Autrement dit, si la délivrance des médicaments psychotropes en médecine générale incarne bien une « institution du soi », dédiée au maintien de l'individualité, elle manque sinon marginalise par bien des aspects, à travers le traitement qu'elle applique aux états dépressifs, son « coeur de cible ». En vertu de l'organisation qui le caractérise, ce recours requiert l'entrée, soit d'une problématique somatique, soit d'une causalité collective et circonstanciée (professionnelle ou relationnelle). En revanche, la médiation médicale s'avère beaucoup plus ambivalente dans son abord des questions personnelles lorsque celles-ci s'appliquent en propre aux mentalisations de l'individu. *Souvent, la question psychique tend à être retraduite par les généralistes dans les termes d'un intérêt trop manifeste du patient pour lui-même. Pour le dire autrement, ce type de questions reste souvent associé à « une production improductive » qui ne devrait qu'au patient et qui, à ce titre, pourrait être aisément abandonnée si celui-ci en faisait l'effort. Il y a une borne que la médecine générale semble avoir fixée à la prise en charge des troubles associés à la normativité individuelle.*

¹⁶⁷ Cf. Le Moigne Ph., « Approche sociologique du phénomène de pharmacodépendance en population générale », in Expertise Collective INSERM, *Médicaments psychotropes. Mésusage et pharmacodépendance*, art. cit. ; Le Moigne Ph. « La dépendance aux médicaments psychotropes : de la psychopharmacologie aux usages », art. cit..

3.8. Une pratique défensive

Il y a là dans ce que j'ai nommé, faute de mieux, « l'auto-centration », et le rapport contradictoire que cette posture entretient avec les médicaments, la marque d'un affaissement sur soi. De son côté, la multirécidive décrite plus avant (comme certains types de toxicomanies) marque, dans le contexte de l'individuation contemporaine, une forme de point limite : ici, la démonstration sinon l'ostentation de l'individualité, devant les contraintes exercées par la configuration relationnelle des jeunes, finit par s'exercer sur le mode de la prédation, de l'abus de l'autre, et par n'être plus fondée que par la condamnation du droit. *Dans la dépendance à soi que manifestent certains des usagers des médicaments psychotropes, l'individuation contemporaine, telle qu'elle est soudée à la normativité individuelle, semble au contraire connaître son moment d'inertie, et demeurer au point mort : ici, plus aucune force externe ne semble affecter l'individu ; il est, littéralement, effondré sur lui-même*¹⁶⁸.

Dans pareil cas, la médiation médicale, bâtie dans l'entrecroisement d'une pratique professionnelle et d'une relation interpersonnelle, n'opère pas. Le médecin finit le plus souvent par se placer à distance du patient, si bien que celui-ci change de praticien, jusqu'à, peu ou prou, s'installer dans un certain nomadisme médical. « L'espace tiers », que cette médiation parvient par ailleurs à construire entre le patient et son contexte de vie, est ici sans cesse à rebâtir.

Toutefois, en dehors de ce cas de figure, c'est bien une médiation interpersonnelle que la consultation médicale parvient à réaliser à travers la délivrance des médicaments psychotropes. Ce processus s'entend fort bien dans le contexte normatif de l'individualité. D'abord, elle offre un substitut aux solidarités collectives, et locales, qui se sont particulièrement délitées, notamment dans le monde ouvrier. Ensuite, dans un contexte dominé par la question individuelle, qui mieux qu'une personne peut gager la « compétence » et « l'autonomie » d'une autre personne¹⁶⁹. C'est pourquoi le recours au médecin, quand bien même son exercice s'entoure d'un ascendant et d'un formalisme tout professionnels, enferme chez la plupart des patients l'espoir d'une compréhension immédiate de leur situation, gagée par une expérience partagée de la vie et de ses événements.

Cette médiation a contribué, sous la bannière du mal-être et de la souffrance, à étendre considérablement la juridiction de la santé. Celle-ci n'est plus entendue seulement comme l'absence de pathologie : dans ses aspects les plus positifs, elle incarne la marque

¹⁶⁸ C'est un « individu en panne », pour reprendre l'expression d'Ehrenberg. Cf. Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi*, op. cit.

¹⁶⁹ Le Moigne Ph., « La santé mentale comme philosophie politique : la psychologie du soi et le progrès social », art. cit.

d'une individualité assumée, sereine, entière, etc. La promotion de cette vitalité individuelle a suscité de nouvelles exigences, notamment en matière de prise en charge. La délivrance des médicaments psychotropes a consacré ici la légitimité d'un nouvel espace de soin, en dépit des écarts qu'elle manifeste à l'égard de la norme sanitaire, fondée précisément sur la pathologie psychiatrique. En ce sens, *l'autonomie de la médiation médicale est patente. Mais, il reste que son action est essentiellement défensive*. Il est vrai que la prescription des médicaments peut être à l'origine d'une reprise d'influence, notamment chez la personne âgée. Mais, le plus souvent, son propos prend la forme d'une « protection » de la personne à l'égard de son contexte de vie. Tantôt, elle maintient son intégration, tantôt, elle accompagne sa mise en retrait¹⁷⁰.

*

* *

La consommation des médicaments psychotropes donne à voir avec quelle ampleur la normativité individuelle a diffusé dans le corps social. À ce titre, elle montre combien cette représentation est partagée et fait, à la fois, l'objet de définitions et d'investissements assez différenciés. Ainsi, à une extrémité de ces représentations, l'individualité est saisie – comme dans le cas de l'insomnie – sous le terme d'une personnalité structurelle, inamovible, tandis qu'elle incarne, à l'autre extrémité, un soi, fortement investi, capable de productions autonomes mais également d'un effondrement sur lui-même, d'une inertie.

Ce terrain d'études offre également la possibilité de saisir cet objet à travers les dynamiques, les enjeux et les échanges qu'il suscite, et dont rend compte directement le colloque médical. On voit bien notamment combien la défense de l'individu est soumise au filtre des conventions qui légifèrent la possibilité d'un soutien médical dans ce domaine. Ici, c'est plutôt un préjugé d'inaptitude qui favorise la prescription des médicaments, en particulier en direction des femmes, tandis que la responsabilisation du patient tend plutôt à en limiter l'occurrence.

Toutefois, le prisme de la consommation des médicaments psychotropes suggère une vision de la défense de l'individu, et de son impact sur la vie sociale, qui peut s'avérer partielle pour trois raisons au moins. 1) D'abord, ce prisme peut laisser à penser que cette défense procède nécessairement par *l'échange direct et interpersonnel*. Or, sauf à se laisser happer par un tropisme psychothérapeutique, il n'y a pas de raisons de considérer que le soutien apporté à l'individualité doit nécessairement emprunter à un tel mode relationnel.

¹⁷⁰ De ce point de vue, il conviendrait d'établir quelles formes de soutien construit en propre le recours au coaching personnel, aux thérapies du développement ou à toute autre technique dédiée au bien-être.

2) Ensuite, *le soutien à la personne opère ici souvent en creux, de manière implicite* et, de fait, à distance des règles sanitaires censées encadrer la prescription. Or, à l'évidence, d'autres terrains, à commencer par celui du droit, soumettent la défense de l'individualité à des règles formelles et explicites. 3) Enfin, l'action conduite ici par la médecine suit *une voie essentiellement protectrice et défensive*. Or, il est évident que la promotion de l'individu a eu également un impact mobilisateur et transformateur sur la société.

Pour parfaire l'analyse de l'objet, il convenait donc de mettre en lumière l'ensemble des facettes que la prescription des médicaments psychotropes ne permet pas d'entrevoir. La perspective supposait de pouvoir mettre au jour *la diffusion de médiations proprement instrumentales et désincarnées, d'une part, formelles et uniformes, d'autre part, et mobilisatrices, enfin*. J'ai eu l'intuition qu'un tel processus pouvait être à l'œuvre lorsque j'ai entamé l'étude du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) – le standard nosographique de la psychiatrie contemporaine. En effet, lorsqu'on met en parallèle l'organisation logique du Manuel avec le contexte historique qui l'a vu naître, on aperçoit comment la standardisation peut effectivement offrir une réponse parfaitement adaptée à la diffusion d'un parti subjectiviste sur le monde. En effet, avec le DSM, il paraît possible de montrer que la standardisation ne se réduit pas à un processus de normalisation qui aurait été imposé aux publics de la psychiatrie : elle a été le lieu de conflits et a créé tout à la fois une scène propice à la négociation et, finalement, à *l'institution de nouvelles formes sociales*. À ce titre, la médiation qu'on aperçoit ici ne relève pas d'une action de défense devant le changement ou d'accompagnement du changement : elle contribuerait plutôt à le produire.

4. Le standard psychiatrique : l'individualité et ses règles

L'une des difficultés que l'individualité fait peser sur l'action, et en particulier sur la décision, est liée, au-delà des difficultés logiques qui entourent les questions relatives à l'autonomie et à l'indépendance individuelles, à sa part de subjectivisme. Celui-ci ne se réfère pas à une subjectivité d'action, c'est-à-dire à la manière dont le contexte social informe l'interprétation des individus et est à son tour produit par elle. Ce subjectivisme 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 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 une importance 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. 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 mentale¹⁷¹. 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 nosographique.

Le standard, qui a fourni le support à la production et à la propagation de cette nouvelle représentation de la santé, est le fameux *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – troisième version, publié en 1980. Ce manuel liste les critères diagnostiques des différents troubles mentaux et, comme un arbre décisionnel, doit

¹⁷¹ Cf. Le Moigne Ph., « Une nouvelle carte du normal et du pathologique : l'institutionnalisation de la santé mentale aux États-Unis », *Sciences Sociales et Santé*, 28 (1), 2010, pp. 81-108.

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.

Pour tenter de saisir les ressorts de cet apparent paradoxe, j'ai croisé deux séries d'informations. J'ai d'abord tenté de réunir des données de contexte, en effectuant une analyse secondaire des 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, j'ai associé un travail que j'ai conduit en propre sur le développement de l'instrumentation psychiatrique et, en particulier, sur l'organisation en cinq axes du DSM-III. Le décryptage de cette axiologie, que je présente en propre ici, a été enrichi par l'étude des manuels et des actes de colloque qui ont été consacrés au standard, avant et après sa sortie, et par l'analyse des témoignages laissés par ses concepteurs, sous forme d'articles ou d'interviews¹⁷².

4.1. *La psychiatrie américaine face à la psychologie du sujet : une problématique d'action contradictoire*

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 psychanalyse¹⁷³, le cas échéant, à la rivalité des professions psychiatriques et psychologiques¹⁷⁴. Une autre voie d'explication consiste à resituer ces tensions au coeur 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

¹⁷² . La synthèse de ce travail donnera lieu à la publication d'un ouvrage qui, au-delà du DSM-III, sera consacré plus globalement à une sociologie historique de l'instrumentation standardisée en psychiatrie. Cf. Le Moigne Ph., *La mesure du trouble mental. Psychiatrie, sciences et société*, à paraître en 2012. L'ensemble de ce projet a bénéficié du soutien d'un programme Appel à Projets Nouveaux du CNRS qui a été prolongé dans le cadre d'une Action Concertée Incitative. Cf. Le Moigne Ph. (dir.), *La mesure de la dépression. La psychométrie au carrefour des sciences*, Paris, APN-CNRS, 2003 ; et Shinn T., Ragouet P., Le Moigne Ph., Toubiana L., « Instruments, formation de savoirs transversaux et institutionnalisation des disciplines. Approche socio-historique et épistémologique comparée des sciences physiques, sciences biologiques et médicales, et des sciences sociales », *ACI Culture scientifique*, Paris, Ministère de la recherche, 2006

¹⁷³ Shorter E., *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley, 1997.

¹⁷⁴ Buchanan R.D., "Legislative warriors: American psychiatrists, psychologists and competing claims over psychotherapy in the 1950s", *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 39, 2003, pp. 225-249.

en appelle à une transformation de la société pour large part adossée aux principes d'une nouvelle caractérisation du pathos et de la normalité psychiques.

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 une des premières formalisations de cette Self Psychology à la fin du 19^{ème} siècle¹⁷⁵. 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 Maslow¹⁷⁶. 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 stigmatisme 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

¹⁷⁵ Taylor E.I., *William James on Consciousness beyond the Margin*, Princeton, Princeton University Press, 1996 ; Taylor E.I., *William James on Exceptional Mental States. The 1896 Lowell Lectures*, New York, Charles Scribner's Sons, 1992.

¹⁷⁶ Taylor E.I., "William James and the humanistic tradition, *Journal of Humanistic Psychology*", 31 (1), 1991, pp. 56-74.

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 affecte¹⁷⁷.

Les conséquences de la pathologie mentale étant relativisées, les troubles psychiques accèdent de la sorte à une certaine normalité¹⁷⁸. 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 entière¹⁷⁹. À l'inverse, l'incomplétude de soi ou l'insuffisance d'estime pour soi est assimilée à un motif de détresse, le cas échéant, à une morbidité à part entière, requérant une prise en charge psychothérapeutique, voire médicale¹⁸⁰.

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

¹⁷⁷ C'est là un argument constant de cette personnologie depuis James jusqu'à Rogers. Voir, entre autres, Rogers C.R., *On Becoming a Person*, Boston, Houghton Mifflin, 1961.

¹⁷⁸ Sur ce thème, voir Le Moigne Ph., « La régularisation du trouble mental : médecine, psychiatrie, bien-être », *Cahiers de Recherche Sociologique*, 2005, 41, pp. 91-114.

¹⁷⁹ 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. Cf Maslow A., *Personality and Motivation*, New York, Harper, 1954.

¹⁸⁰ 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. Cf. Jahoda M., *Current Concepts of Positive Mental Health*, Stratford, Ayer Company Publishers, 1999 [1958]. Cette relation se situe au cœur du champ d'études dédié depuis en psychiatrie à la « santé mentale positive ».

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.

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, comme je le montrerai ensuite, est au cœur du processus qui, plus ou moins paradoxalement, a favorisé le déclin de la clinique psychiatrique et a appuyé le retour d'autorité de la discipline dans le domaine du diagnostic. Je développe ces deux points avant d'aborder l'organisation du DSM III à proprement parler.

1) La santé au risque de la maladie : les deux visages de la désinstitutionnalisation.
En 1963, le Congrès américain vote la loi dite de « désinstitutionnalisation »¹⁸¹. 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 cinq¹⁸². 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 oeuvré pour beaucoup à la réduction de la politique asilaire. Mais, celle-ci fait également écho aux

¹⁸¹ Grob G.N., "The paradox of deinstitutionalization", *Social Science and Modern Society*, 32(5), 1995, pp. 51-59 ; Menninger, R.W, Nemiah, J.C. (eds), *American Psychiatry after World War II*, Washington, American Psychiatric Press., 2000..

¹⁸² Grob G.N., *The Mad among Us: A History of the Care of America's Mentally Ill*. New York, The Free Press, 1994.

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, 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 mentale¹⁸³. *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 la 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

¹⁸³ Pols, H., "Divergences in American psychiatry during the Depression: somatic psychiatry, community mental hygiene, and social reconstruction", *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 37, 2001, pp. 369-388.

la protection de l'individu contre les agressions de la vie sociale, au risque de déboucher sur une politique particulièrement inflationniste¹⁸⁴.

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 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.

2) *.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 coeur de l'intervention psychiatrique¹⁸⁵. 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 praticiens¹⁸⁶. Cette politique promeut un enseignement qui finit, au-delà du doctorat en médecine qui reste exigé, par signer la domination de la psychanalyse¹⁸⁷. 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.

¹⁸⁴ En 1980, le NIMH a conduit une étude épidémiologique auprès de 20.000 résidents américains (Cf. Robins, L.N., Regier, D.A., *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, New York, The Free Press, 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 précédente 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 plainte suffit à qualifier un trouble mental.

¹⁸⁵ En 1957, pas moins de 14% de la population américaine a déjà bénéficié de soins psychothérapeutiques. Cf. Buchanan R.D., "Legislative warriors: American psychiatrists, psychologists and competing claims over psychotherapy in the 1950s", *art. cit.*

¹⁸⁶ 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. Cf. Blashfield R.K., *The Classification of Psychopathology: Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches*, New York, Plenum, 1984.

¹⁸⁷ 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. Cf. Shorter E., *A History of Psychiatry*, *art. cit.*

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 préfèrent 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 ou Laing, le rôle pathogène des institutions et de l'économie de marché¹⁸⁸. 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 d'Eysenck, que la plupart des névroses relèvent d'une « pathologie de l'existence », c'est-à-dire d'une conduite normale 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, 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 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 psychiatrique¹⁸⁹.

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

¹⁸⁸ Pour le cas anglais, se reporter à Crossley, N., "R.D. Laing and the British Anti-Psychiatry Movement: A Socio-Historical Analysis", *Social Science and Medicine*, 47, 1998, pp. 877-889.

¹⁸⁹ 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. Cf. Capshaw J.H., *Psychologists on the March: Science, Practice and Professional Identity in America, 1929-1969*, Cambridge, Cambridge University Press, 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. Cf. Shorter E., *An History of Psychiatry*, op. cit.

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 thérapeutique¹⁹⁰. 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 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-t-elle 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 leur traitement¹⁹¹. 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

¹⁹⁰ J'ai étudié en particulier la manière avec laquelle la méthode dite des Essais Cliniques Randomisés (ECR) avait été appliquée à l'étude de l'efficacité des médicaments psychotropes puis des psychothérapies in Le Moigne Ph., "L'efficacité thérapeutique. La psychopathologie, de l'expérimentalisme à l'évaluation", in Champion F., *Psychothérapie et société*, op. cit., pp. 215-235.

¹⁹¹ 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 A., Keating P., Schlich T., Weisz G., "Biomedical conventions and regulatory objectivity: A few introductory remarks", *Social Studies of Science*, 39 (5), 2009, pp. 651-664.

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 et les stratégies des représentants des minorités et des associations de patients. De quelle manière ? 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.

4.2. Ni sain ni malade : déviance et normalité selon le 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 réelle¹⁹². 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 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 nouvelles¹⁹³. 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

¹⁹² Bowker, G. C. & Star, S. L. *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. Parts II and III, Cambridge, MIT Press, 1999.

¹⁹³ Cf. Le Moigne Ph., "Une nouvelle carte du normal et du pathologique", *art. cit.*

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* 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 douleur¹⁹⁴. 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 1973¹⁹⁵.

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 stigmat 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 par 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

¹⁹⁴ Cf. Bayer, R., *Homosexuality and American Psychiatry. The Politics of Diagnosis*. New York, Basic Books, 1981.

¹⁹⁵ 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 P.H., *La métamorphose impensable. Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*, Paris, Gallimard, 2000.

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. 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.

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 patient¹⁹⁶. 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 évoquées¹⁹⁷. 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 terme¹⁹⁸. 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

¹⁹⁶ Millon T., "The DSM-III: An insider's account", *American Psychologist*, 38, 1983, pp. 804-815.

¹⁹⁷ 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. Cf. Millon T., "The DSM-III: An insider's account", *art. cit.*

¹⁹⁸ 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.

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 naître¹⁹⁹. 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 :

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 »²⁰⁰.

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.

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

¹⁹⁹ Cf. Blashfield R.K., *The Classification of Psychopathology*, op. cit.

²⁰⁰ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition*, Washington, APA, 1980, p. 6.

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'individu²⁰¹. Ainsi les « personnalités antisociales » ou « dépendantes » peuvent faire l'objet d'une thérapie, motivée par l'attente d'une correction de comportement²⁰². 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 : *d'où un second décrochage entre l'affection mentale, d'une part, la personne, d'autre part, et la norme sociale, enfin*.

[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* »²⁰³.

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 pathologie²⁰⁴. 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 revendications des mouvements de patients. Mais, selon le Manuel, si cette détresse est

²⁰¹ 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* », American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition*, Washington, APA, 1994, p.633.

²⁰² 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..

²⁰³ American Psychiatric Association, *DSM-III*, op. cit., p. 6.

²⁰⁴ Je n'évoque pas ici l'axe III dédié plus spécifiquement au diagnostic somatique du patient.

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 surajoute²⁰⁵.

*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) ».*²⁰⁶

C'est la raison pour laquelle la caractérisation du syndrome dépressif a tenu un rôle si central dans la construction de la nomenclature²⁰⁷. 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. *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.*

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

²⁰⁵ La distinction introduite ici entre facteurs morbides et sociaux traduit le déclin de la psychiatrie sociale et de l'hypothèse réactionnelle. Cf. Schulman G.I., Hammer J., "Social characteristics, the diagnosis of mental disorders, and the change from DSM-II to DSM-III", *Sociology of Health and Illness*, 10, 1988, pp. 543-560. 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 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, A., *The Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder*. Princeton, Princeton University Press, 1995.

²⁰⁶ American Psychiatric Association, *DSM-III*, op. cit.; p.6.

²⁰⁷ Cf. Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi*, op. cit.

ou de prises d'otages, etc.²⁰⁸. 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. Si on ajoute à cela que 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*.

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 »²⁰⁹. 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 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

²⁰⁸ Cf. Fassin D., Rechtman R., *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, op. cit..

²⁰⁹ 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 F. (dir.), *Psychothérapie et société*, op. cit.

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 oeuvre 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.

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 ».

4.3. Les deux versants de la santé mentale

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, les essais cliniques, l'évaluation des produits pharmaceutiques et des psychothérapies, l'examen de la gestion hospitalière, l'estimation de la qualité des soins ou encore des pratiques professionnelles, etc. 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. 1) D'abord, le cadre logique qui structure le Manuel a contribué à modifier *le statut social de l'affection mentale* et a oeuvré, à ce titre, directement à la défense des patients. 2) Mais, dans le même temps, les revendications qui ont alimenté ce mouvement ont contribué à diffuser *une vision particulièrement désocialisée, et finalement élitiste, de l'existence et du progrès* sous l'égide du « bien-être individuel ».

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-Unis²¹⁰. De manière assez inattendue, ce processus oblige aujourd'hui la psychiatrie 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'intervention²¹¹.

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*²¹². La promotion de l'individu s'est constituée ici en support à une série de mouvements sociaux, et a été à l'origine d'une véritable production de société. La santé est pensée ici comme un bien commun, une figure du progrès ou encore comme une totalité, pour reprendre le langage tourainien. 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,

Aux États-Unis, cette défense de l'expression individuelle a ainsi permis, dès les années 1960, de reconnaître le patient comme acteur du soin. Cette reconnaissance a contribué à relativiser l'extériorité de l'aliéné. et a paradoxalement conduit un grand nombre des patients de l'asile vers l'errance. Mais, ce mouvement a également invité, sous l'égide de la « santé mentale positive », à placer le désordre psychique sous le signe d'un déficit expressif susceptible d'affecter chacun des membres de la collectivité. L'acceptation d'une telle vulnérabilité a réduit la portée normative de l'affection mentale et sa possible assimilation à la déviance, et a appelé un développement massif du soin.

²¹⁰ Cf. Menninger, R.W, Nemiah, J.C., *American Psychiatry after World War II*, op. cit.

²¹¹ Ainsi, entre le DSM-I, publié en 1952, et le DSM-IV, publié en 1994, le nombre des troubles mentaux répertoriés par le Manuel est passé de 60 à 410. Sur la question de la « prolifération » des pathologies recensées par la psychiatrie aujourd'hui, se reporter à Castel P.-H., *L'esprit malade. Cerveaux, folies, individus*, Paris, Éditions de l'Éthique, 2010. Sur la légitimité associée à l'affection mentale, ou revendiquée par les mouvements de patients, voir entre autres Dumit J., « Illnesses you have to fight to get. Facts as forces in uncertain, emergent illnesses », *Social Science and Medicine*, 62 (3), 2006, pp. 577-590 ; Chamak B., « Autism and social movements: French parents' associations and international autistic individuals' organizations », *Sociology of Health and Illness*, 30 (1), 2008, pp. 76-96.

²¹² À ce sujet, voir Crossley, N. *Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health*. London, Routledge, 2006.

Mais, la défense du sujet a également 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. 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 perspective²¹³. Cette évaluation, inaugurée pour large part par la psychopathologie quantitative, 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. 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-même²¹⁴.

2) 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 rend 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 –

²¹³ Bowling, A. *Measuring Health: a Review of Quality of Life Measurement Scales* (2nd ed),. Buckingham, Open University Press, 1997.

²¹⁴ Cf. Le Moigne Ph., « La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ? », *Sciences Sociales et Santé*, 28 (3), 2010, pp. 75-84.

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 ».

La notion de « qualité de vie » donne à voir une illustration immédiate d'un tel glissement. Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, cette évaluation se prévaut d'une définition subjective de la santé qui se surajouterait à celle assignée à la guérison ou à l'absence de maladie. Elle promet « une qualification personnelle » des faits, et crée à son propos de nouvelles obligations, opposables en probabilité au soin. Ce principe s'avère d'autant plus problématique que la notion de qualité de vie sert aujourd'hui à l'évaluation de nombreux domaines de la vie sociale, depuis la santé jusqu'aux actions conduites par exemple en direction des pays en voie de développement. Dans la plupart des cas, son usage cherche à établir dans quelle mesure l'action sert le bien-être de l'individu ou contrevient à son épanouissement. La perspective n'est pas sans poser problème. D'abord, elle réduit l'appréciation des actions entreprises à un point de vue censé n'être informé que par lui-même – celui du sujet, comme si le sentiment des individus n'était informé par aucun idéal social. Ensuite, le bénéfice de l'action étant individualisé, c'est-à-dire estimé à l'aune d'un jugement individuel, il s'ensuit que les dynamiques collectives (politiques, décisionnelles, économiques, etc.) qui structurent les situations et qui, le cas échéant, peuvent les transformer ne sont plus entrevues, sinon au titre d'une préoccupation secondaire²¹⁵.

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-être²¹⁶. 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 ou vertus intrinsèques²¹⁷. 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

²¹⁵ Cf. Le Moigne Ph., « La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ? », *art. cit.*

²¹⁶ Cf. Le Moigne Ph., « La régularisation du trouble mental : médecine, psychiatrie, bien-être », *art. cit.*

²¹⁷ Ryan R.M., Deci E.L., "On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being", *Annual Review of Psychology*, 52, 2001, pp. 141-166.

aptitude remarquable à l'adaptation²¹⁸. 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, naturelles²¹⁹.

4.4. 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 individus eux-mêmes mais, peut-être davantage encore, pour les agences censées contribuer à son évaluation dans les domaines du soin, de l'assurance, de l'expertise pénale, etc. La question qu'on est en droit de se poser à trait précisément au format emprunté par la règle ainsi édictée - celui du standard. Ici, j'ai considéré 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 dépenses²²⁰. 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 profanes²²¹. C'est là d'ailleurs l'une des interprétations

²¹⁸ Cf. Vaillant G.E., "Mental Health", *American Journal of Psychiatry*, 160, 2003, pp. 1373-1384.

²¹⁹ J'ai détaillé les arguments de cette psychologie in Le Moigne Ph., « La santé mentale comme philosophie politique : la psychologie du soi et le progrès social », *art. cit.*

²²⁰ Cf. Berg M., *Rationalizing Medical Work: Decision-Support Techniques and Medical Practices*, Cambridge, MIT Press, 1997 ; Porter T.M., "Objectivity as standardization: The rhetoric of impersonality in measurement, statistics, and cost-benefit analysis" in Megill A. (ed.), *Rethinking Objectivity*, Durham, Duke Univ. Press, 1994, pp. 197-238.

²²¹ Gordon D.R., "Clinical science and clinical expertise: Changing boundaries between art and science in medicine," in Lock M., Gordon D.R., *Biomedicine Examined*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishing, 1988, pp. 257-295 ; Berg, M., Horstman K., Plass S., "Guidelines, Professionals and the Production of Objectivity: Standardization and the Professionalism of Insurance Medicine", *Sociology of Health and Illness* 22, 2000, pp. 765-791.

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 fondant son donné sur celui de la biomédecine²²². 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 DSM²²³.

Ces analyses ne m'ont pas semblé s'appliquer suffisamment au type et à la qualité de la règle représentée et édictée à la fois par le DSM-III²²⁴. 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 le format de la normalisation. 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 :²²⁵

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 oeuvre à la formation et à la pérennité des relations sociales, d'une part, dans la mesure, d'autre part, 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

²²² Cf. Cooksey E.C., Brown Ph., "Spinning on its axes: DSM and the social construction of psychiatric diagnosis", *International Journal of Health Services*, 28 (3), 1998, pp. 525-554. Pour une perspective qui emprunte pour partie à cet argument, voir Mayes R., Horwitz A.V., "DSM-III and the revolution in the classification of mental illness", *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 41(3), 2005, pp. 249-267

²²³ Cf. Timmermans S., Epstein S., "A World full of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standardization", *Annual Review of Sociology*, Vol. 36, 2010, pp. 69-89 ; ou bien Castel P., « What's behind a guideline? Authority, competition and collaboration in the French oncology sector », *Social Studies of Science*, 39 (1), 2009, pp. 651-664. 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 T.M., *Of Two Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry*, New York, Alfred A. Knopf, 2000 ; ou bien encore à Kirk S. Kutchins H., : *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Le Plessis- Robinson, : Institut Synthélabo - Les empêcheurs de penser en rond, 1998.

²²⁴ Sur ce thème, se reporter à Le Moigne Ph., Ragouet P., « L'articulation de la connaissance et de la règle. Le cas d'espèce de l'instrumentation psychiatrique », In *Normes sociales et processus cognitifs*. Poitiers, Maison des Sciences de l'Homme et de la Société, 2003, pp. 165-169.

²²⁵ Cf. Brunsson N., Jacobsson B., *A World of Standards*, New York, Oxford University Press, 2000.

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 supposer 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 coeur 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 investissement. 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. 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 indiquent 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 interjuges. 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 preuve²²⁶.

Naturellement, la relation nouée entre la statistique et la raison administrative est, depuis l'origine, 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 notables²²⁷. 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

²²⁶ Pour un exposé détaillé de la procédure et de ses principes, voir Le Moigne Ph., *La mesure du trouble mental. Psychiatrie, sciences et société*, op. cit. ; Le Moigne Ph., Ragouet P., « L'articulation de la connaissance et de la règle. Le cas d'espèce de l'instrumentation psychiatrique », art. cit.. Pour une présentation critique des fondements et des limites rencontrées par la démonstration interjuges, se reporter à mon essai de synthèse paru dans Le Moigne, "La psychométrie et les sciences humaines", in Mesure S., Savidan P., *Dictionnaire des Sciences Humaines*, Paris, PUF, 2006, pp. 938-940.

²²⁷ Sur cette question, voir entre autres Gigerenzer G., "Probabilistic thinking and the fight against subjectivity", in Krüger L., Gigerenzer G., Morgan M., (eds.), *The Probabilistic Revolution. Ideas in the Sciences*, Vol. 2, Cambridge, MIT Press, 1987, pp. 49-72 ; Dehue T., "From deception trials to control reagents: The introduction of the control group about a century ago", *American Psychologist*, 55, 2000, pp. 264-269.

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, font alors l'objet de multiples débats portant tout à la fois sur la technique, l'efficacité et la 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.* Aux États-Unis, cette perspective, qui conduira quelques années plus tard une partie de la psychanalyse américaine à opter pour une épistémologie proprement relativiste, a profondément écorné l'autorité du psychiatre. C'est pourquoi le dépassement de l'idiosyncrasie prêtée aux cliniciens a fini par prendre la valeur d'un impératif²²⁸.

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 ratification²²⁹.

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

²²⁸ 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 B., *Mesurer la subjectivité en santé. Perspective et méthodologique et statistique*, Paris, Masson, 2000. J'aborde cette question de manière plus détaillée in Le Moigne Ph., "L'efficacité thérapeutique. La psychopathologie, de l'expérimentalisme à l'évaluation », *art. cit.*

²²⁹ 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. Pour une analyse, encore à l'état d'esquisse, de la manière avec laquelle ce type de mesures retentit sur la part proprement clinique du travail psychiatrique, voir Le Moigne Ph., Velprey L., *L'évaluation du handicap psychique et de l'autonomie dans la schizophrénie*, Paris, Mire, 2007.

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.*

À ce titre, contrairement à ce que Brunsson et Jacobsson avancent, ce format de règles 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 statistique²³⁰. Ce travail connaîtra une dernière extension, dans le cadre du projet Labex coordonné par l'IFRIS (Institut Francilien Recherche Innovation Société). Il s'agira d'étudier précisément quelle a été la diffusion de la procédure inaugurée par la psychiatrie, à travers *le kappa*, dans la recherche médicale²³¹.

²³⁰ Lorsqu'on examine les données livrées par la procédure, la démonstration est moins patente. La convergence diagnostique des psychiatres, invités par les rédacteurs du DSM-III à observer les mêmes patients, est loin d'être proprement significative. Voir, à ce sujet, Kirk S. Kutchins H., *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, op. cit. On peut montrer que cette faiblesse est inscrite dans la construction même du coefficient kappa. Celui-ci cherche à établir à partir de quel seuil l'accord entre les juges est jugé significatif. À cette fin, il se fonde sur le principe suivant : que deux cliniciens aient été portés à indiquer sur la grille le même diagnostic pour le même patient ne suffit pas à démontrer leur accord ; il peut très bien s'être agi d'un consensus obtenu par chance. La fréquence de cet accord doit donc être supérieure à celle qu'il est possible d'attendre simplement du hasard. Le calcul du Kappa revient donc à calculer *a priori* la part du diagnostic qui pourrait être due au hasard, puis à la soustraire à la concordance observée, afin d'établir le degré « réel » du consensus interjuges. Or, comme le souligne le statisticien John Uebersax, pour considérer qu'une convergence d'opinion puisse advenir en vertu du hasard, et seulement du hasard, il faudrait d'abord avoir démontré qu'une indépendance totale est possible entre les juges. Or, sauf à défendre un parti totalement individualiste, une telle indépendance ne peut être démontrée simplement parce qu'elle n'existe pas. Cf. Uebersax, J. S. "Diversity of decision-making models and the measurement of interrater agreement", *Psychological Bulletin*, 101, 1987, pp. 140-146.

²³¹ Cf. Le Moigne Ph., « L'instrumentation psychiatrique : une sociologie historique et organisationnelle des sciences », *Laboratoire d'Excellence (Labex) - Sciences, Innovations et Techniques en Société (SITES)*, IFRIS – Université Paris Est, 2010-2020.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Un regard sur les transformations en cours

Les travaux, dont j'achève ici la présentation, cherchent à accréditer l'idée selon laquelle l'individualité joue un rôle central dans le changement social contemporain. L'individualité, à laquelle je fais allusion, désigne un système normatif qui plébiscite l'autonomie, l'indépendance et la singularité de l'individu. Or, un système normatif ne diffuse que dans la mesure où il active une problématique sociale et *des médiations collectives*. C'est pourquoi, pour apprécier dans quelle mesure l'individualité structure le changement social, il convient d'étudier les processus sociaux qu'elle suscite, et défendre sur ce terrain *une sociologie à la fois relationnelle et dynamique*.

Plus précisément, le fait d'évoquer l'individualité et ses médiations conduit à explorer une question largement débattue aujourd'hui par la discipline, celle de la transformation des institutions. Schématiquement, trois thèses peuvent être repérées ici. La première considère que *la domination des institutions* reste pleine et entière : elles participent toujours aux classements et à la structuration des positions sociales, sans offrir un débouché à la question du sujet, sinon de manière marginale. La seconde approche fait état, au contraire, d'un *déclin*. Selon cette perspective, le programme des institutions serait aujourd'hui confronté à des impossibilités et des contradictions, liées notamment à la montée de la question individuelle. Ce programme, fondé sur l'articulation des apprentissages et l'ouverture à la réflexivité, aurait atteint aujourd'hui son point de tension. Dans le contexte de cet éclatement, depuis la famille, l'école jusqu'aux politiques sociales, les agents des institutions et leurs destinataires tendraient le plus souvent à se faire face. Une dernière analyse convient, à l'inverse, d'une *mutation* : elle plaide en faveur de l'émergence d'« institutions du soi », c'est-à-dire de nouveaux cadres d'action dédiés à la cause personnelle, à son développement, son accompagnement ou encore à son maintien. Jouant sur les atouts détenus par les individus, ou bien encore sur des techniques capables de restaurer leur vitalité lorsque celle-ci est entamée, ces cadres d'action, qu'ils procèdent du conseil, du service ou encore de la thérapie, ouvriraient la voie à une transformation de fond, gouvernée par la production de l'individualité.

Mon propos a été de considérer que ces trois thèses pointaient trois temps enchevêtrés dans le présent. Plus exactement, reprenant ici la thèse de Martuccelli, j'ai considéré que ces thèses s'appliquaient à des modes d'organisation qu'il paraissait possible d'étager entre deux modèles. Le premier, celui de *l'inculcation*, est bâti sur l'imposition d'une culture dominante : sa référence en est le groupe ou la classe ; il appuie sa domination par la soumission ou l'acculturation aux formes culturelles légitimes. Le second modèle est celui de *la responsabilisation* : il s'adresse cette fois directement à l'individu, sous la forme d'injonctions réclamant de lui d'être « l'acteur de sa propre vie ». Dans ce contexte, l'individu n'est pas seulement sommé d'être actif : il devient seul responsable en probabilité de ses échecs et de ses fautes. Ce modèle ne se substitue pas au premier comme s'il était question d'une évolution radicale. De la même manière, la persistance des pratiques d'inculcation ne doit pas être assimilée à une survivance. *Il convient plutôt de parler de la coexistence des deux modèles ou, pour le dire autrement, d'un élargissement des schémas institutionnels.*

Ce propos se fonde sur l'exploration de trois espaces ; à savoir, les champs culturel, judiciaire et sanitaire. Les investigations menées dans ces espaces ne prétendent pas naturellement offrir une couverture exhaustive des processus et des changements à l'œuvre. Elles pointeront plutôt les tendances, sinon exemplaires, du moins saillantes des transformations en cours. En particulier, ces explorations montrent bien que nous n'avons pas affaire à une mutation radicale et monolithique, gouvernée par le triomphe de l'individualité. *Le changement qu'elles donnent à voir doit plutôt être qualifié comme suit : il est partiel, contradictoire, sélectif et, enfin, pluriforme.*

1) *Un changement partiel.* Si la montée de l'individualité et, avec elle, de la responsabilisation ne fait aucun doute, elle n'a pas acquis néanmoins l'ampleur qu'on lui prête parfois. L'inculcation, qui procède par l'imposition des codes dominants, est restée pour le moins active dans le champ où elle s'est toujours exercée de manière élective : celui de la culture. En effet, dans ce domaine, l'émergence d'une scène publique, locale mais également administrative, n'a pas réellement modifié la donne.

Plus exactement, l'étude de l'action culturelle municipale conduite dans les années 1980 met en lumière deux processus concomitants : *l'autonomisation de la culture* et *sa municipalisation*. Dans le premier cas, il s'agit d'indiquer que la culture cesse pour partie de marquer l'appartenance à un groupe ou à une communauté, pour désigner plus globalement un secteur d'activité dédié au travail des œuvres, des formes esthétiques ainsi qu'à l'expression individuelle. Le second mouvement trahit l'avènement, aux côtés du secteur marchand, d'une gestion publique de la culture. Cette gestion ouvre l'échelon local à un nouveau secteur d'action, et le contraint à dépendre sur ce terrain du jeu de contraintes

et de ressources qui le relie au système politico-administratif et à la technocratie culturelle qui s'est développée au cours des années 1980.

Ces deux mouvements ont eu raison de l'utopie incarnée par le Développement Culturel en matière d'expression individuelle *et* locale. De fait, l'ampleur et le contenu de l'action culturelle locale ont été indexés pour large part sur la position occupée par les villes dans le tissu urbain et les hiérarchies décisionnelles, c'est-à-dire par des éléments extérieurs au territoire et à ses formes expressives. Pour autant, l'émergence d'une scène publique de la culture exprime bien un changement, au moins partiel, dans les manières d'aborder la création et la réception des œuvres. Cette autonomisation est bien le fait d'une adhésion nouvelle et massive à l'égard de l'expression individuelle, et de l'individualité de l'artiste au premier chef. La concurrence qui s'exerce entre les prétendants pour l'acquisition de ce statut auprès de l'administration culturelle suffit à le montrer.

Mais, dans le même temps, la normativité individuelle a servi d'appui à l'affirmation de courants esthétiques radicaux, jouant sur les conventions et la transgression des codes, ce, aussi bien au sein de la culture savante que de la culture juvénile. Par leur caractère tout à la fois spéculatif et transgressif, ces formes esthétiques n'ont pas toujours rencontré l'adhésion des publics ; le cas échéant, elles ont paru enfermer une part de plus en plus grande d'arbitraire. C'est notoirement vrai pour le secteur de l'art contemporain. Ici, le secteur public et son administration ont dû produire de nouvelles formes d'acculturation à la culture savante, en multipliant les médiations et les opérations de socialisation aux œuvres, tandis que l'expression des créateurs de la banlieue et l'éligibilité des plus pauvres aux métiers de la culture continuaient d'être dévaluées.

L'individualité, par son appel à l'expression, a donc multiplié la légitimité de la pratique créatrice, et émancipé à la fois la création d'un certain nombre d'obligations. Mais, elle a également concouru, paradoxalement, à fragiliser la valeur des œuvres, rendant plus nécessaire *et* plus arbitraire à la fois que par le passé leur inculcation auprès des publics profanes.

2) *Des changements contradictoires.* La percée de la normativité individuelle a peut-être été plus diffuse dans les secteurs liés précisément à la protection (et à la condamnation) des personnes, à commencer par la justice. Dans ce secteur, la promotion de l'individualité est à l'origine de changements contradictoires, à deux niveaux. D'abord, cette promotion a soumis la justice à une injonction paradoxale : celle-ci a dû répondre aux exigences nouvelles créées par la défense des victimes et, à la fois, souligner toujours un peu plus, par la condamnation, la responsabilité des auteurs de délits ou d'infractions. Ces injonctions pourraient s'avérer parfaitement congruentes si elles ne conduisaient, dans le cas de la justice des mineurs, à opposer l'enfance maltraitée à l'enfance coupable et, par

suite, à légitimer des mesures parfaitement erratiques dans le traitement judiciaire de certains jeunes. Mais, la promotion de l'individualité ne fait pas apparaître ici qu'un antagonisme d'impératifs : elle s'avère également contradictoire dans ses conséquences. En effet, dans sa mise en œuvre, la normativité individuelle a pu conduire ici à la négation de certains jeunes, et a pu susciter chez eux une démonstration d'influence et d'action acquise à la délinquance et à la sanction. La trajectoire des mineurs multirécidivistes s'avère dans ce domaine particulièrement éclairante.

Face à ces jeunes, soumis à des relations familiales chaotiques et conflictuelles, la justice des mineurs ne parvient pas à préserver une maîtrise d'action. Elle est sans cesse débordée par les demandes des collatéraux, des tiers, des éducateurs, des professeurs, des élus, etc. Cet empiètement finit par conduire la justice à multiplier les décisions et les contre-décisions, les mesures d'hébergement, de déplacement et de retour en famille, etc. C'est ainsi que le collectif réuni autour du jeune finit par produire à son égard une forme de domination. Celle-ci ne relève pas d'une contrainte qui exigerait sa soumission : le jeune est plus exactement sous l'emprise d'un espace collectif, dévoué au traitement de son cas mais qui, par sa dérégulation, finit par le projeter dans un contexte sur lequel il n'a pas prise. Cette issue est pour le moins contre-productive dans la mesure où elle sanctionne l'échec de la justice des mineurs dans ses missions de protection et d'éducation, et dans la mesure où elle renvoie le jeune à une forme d'inaptitude. En effet, si l'adhésion à l'individualité exige bien de l'acteur qu'il fasse part d'une maîtrise sur son action et sur celle d'autrui, alors, la médiation judiciaire porte ici, par l'emprise qu'elle exerce, condamnation de cette faculté chez le mineur. Elle le renvoie à une forme d'incapacité que celui-ci apprend progressivement à dénoncer et à combattre, à l'occasion de premières fugues, puis d'une délinquance de subsistance et, enfin, de la récidive.

On est là face à une inversion de principe : il y est question d'un contexte d'action qui requiert de l'individu la démonstration d'une autonomie et d'une indépendance mais qui, *in fine*, le conduit à porter atteinte aussi bien à la capacité d'action d'autrui qu'à la sienne. Dans ce cadre, la souscription à la normativité individuelle conduit plus qu'à un paradoxe : elle en exprime le point-limite.

3) *Un changement sélectif.* Deux processus intercurrents ont également profondément structuré le changement contemporain. C'est d'abord l'effacement des liens communautaires et, par suite, des solidarités collectives, notamment, dans le milieu ouvrier. Ce délitement a accru dans ces populations le sentiment d'isolement, alors même que les possibilités de soutien et de recours tendaient à se raréfier. Il y a là un mouvement qui a occasionné, pour partie, le déport de certaines formes de plaintes et d'affliction vers la médecine générale, sous la bannière du « mal être » et de son traitement par les

médicaments psychotropes. Ce mouvement s'est lui-même associé à un autre processus, imputable plus directement à la montée de l'individualité. En effet, l'adhésion à ce système normatif accroît mécaniquement, pourrait-on dire, la diffusion de la plainte psychique dans la mesure où, à l'intérieur de ce cadre moral, l'injustice, l'insatisfaction, l'échec, la violence, etc., se mesurent (et se ressentent) d'abord à l'impact qu'ils exercent sur la vitalité (comportementale, cognitive, affective) de l'individu.

De fait, la population qui s'adresse aux médecins généralistes et qui reçoit une prescription de médicaments psychotropes, est, par sa taille, sans commune mesure avec celle qui consulte un psychologue ou un psychiatre. Pour autant, si la prescription de ces substances concerne 25% des assurés sociaux chaque année, elle n'en demeure pas moins sélective. Cette sélection se fonde d'abord sur la proximité aux soins. Cette condition explique pour beaucoup la structure démographique des consommateurs de médicaments psychotropes. Les jeunes, et les jeunes hommes en particulier, sont, compte tenu de leur abstentionnisme médical sous-représentés, alors que les femmes et les personnes âgées constituent, par leur proximité à l'appareil de soin, l'essentiel de la population consommatrice.

Toutefois, la question de l'accès aux soins représente une condition nécessaire mais insuffisante dans l'explication du recours aux médicaments psychotropes. En effet, la délivrance des médicaments psychotropes constitue pour la médecine, comme pour les patients, une manière de sanctionner l'adhésion à la normativité individuelle, dans les deux sens du terme. Autrement dit, à travers cette prescription, la médecine reconnaît la légitimité d'une telle adhésion, mais édicte à la fois les formes que celle-ci doit revêtir pour être éligible à un recours médical.

Globalement, la prescription des médicaments psychotropes vise à offrir au patient *le maintien d'une capacité d'action*. Le spectre des indications que recouvre une telle perspective dépasse de loin le cadre des règles sanitaires et des recommandations thérapeutiques promues par les essais cliniques ou la doxa psychiatrique. Le maintien d'une capacité d'action donne une légitimité quasi-immédiate à la délivrance des produits lorsqu'il y est question de prendre en charge les patients souffrant de maladies invalidantes, de prévenir le risque cardio-vasculaire ou d'accompagner le vieillissement de la population, etc. Il y a là une manière de comprendre pourquoi la durée des consommations croît de manière linéaire avec l'âge. Il y a là également une manière d'expliquer, en vertu des inégalités sociales devant la maladie, la sur-représentation des personnes âgées des milieux populaires parmi les consommateurs chroniques de médicaments psychotropes.

La prescription requiert un problème organique, réel ou compris en termes de risque. Si cette clause n'est pas présente, le patient peut néanmoins faire état d'une

incapacité légitime pour d'autres motifs. Il peut faire valoir par exemple que des facteurs extérieurs à sa volonté nuisent à sa santé : c'est ici que la thérapeutique intègre la sphère des conflits familiaux, conjugaux ou bien encore professionnels. En revanche, la prise en charge perd en légitimité lorsque l'incapacité dont fait état le patient ne peut se prévaloir d'une cause organique, environnementale ou bien encore structurelle, et qu'elle semble avant tout le mettre en cause. C'est souvent à ce sort qu'est suspendu le traitement de la dépression ou de la dépressivité en médecine générale.

La prescription de médicaments psychotropes fait donc bien écho à la montée de l'individualité, mais sur *un mode essentiellement défensif* : il s'agit de maintenir chez l'individu une capacité d'action, et non pas de la décupler comme dans le dopage ou dans l'usage toxicomane des psychostimulants. Pour autant, cet abord défensif ne doit pas être dépeint sous un mode purement compassionnel. L'injonction à la responsabilisation, qui accompagne la diffusion de la normativité individuelle, continue ici de peser, notamment dans la prise en charge des troubles psychiques. Dans les autres cas, le colloque médical et la thérapeutique en tempèrent la virulence dans la limite des conditions qui ont été assignées dans les faits, progressivement, par les omnipraticiens et leur clientèle, à la délivrance des médicaments psychotropes.

4) *Un changement pluriforme.* On a parfois tendance à saisir dans la relation interpersonnelle, et thérapeutique en particulier, l'une des médiations les plus emblématiques de l'intérêt porté à l'individu dans les sociétés contemporaines. Les psychologies du soi qui mettent en avant l'intersubjectivité de la cure, l'empathie et la vicariance, en offrent la plus éclairante démonstration. Mais, le recours à la relation interpersonnelle va moins de soi lorsqu'il s'agit de faire admettre par chacun, comme par les différentes agences de l'organisation sociale, une définition commune de l'individualité et notamment des troubles qui l'affectent dans la pathologie mentale. Le dépassement de la subjectivité, attribuée en propre à chaque personne, oblige au contraire à produire en la matière une règle extrêmement dépersonnalisée. C'est ainsi que la promotion de l'individu conduit, comme dans le processus de rationalisation décrit par Weber, au déploiement d'un formalisme qu'on peut juger tout aussi massif. L'aboutissement de ce processus a été incarné, dans la psychiatrie contemporaine, par la parution d'un standard nosographique – le DSM-III – en 1980.

Lorsqu'on étudie le contexte historique qui a précédé la parution de ce standard, on perçoit bien les apories auxquelles conduit le subjectivisme, notamment dans les domaines de la désignation des faits et de la régulation. En effet, considérer que chacun est capable en probabilité d'évaluer son état mental laisse peu de place à l'énoncé d'une expertise diagnostique. Si cette faculté est également distribuée, ou bien il faut considérer que le

trouble mental est résiduel ou inexistant, ou bien il faut faire l'aveu que le diagnostic d'un tel trouble appartient à celui qu'il affecte, et souscrire à un point de vue relativiste. Autrement dit, avec le subjectivisme, la santé mentale accède au rang d'une problématique collective, et d'une relation de sens commun, et devient à la fois parfaitement inqualifiable. Cette indécision a eu naturellement des effets sur la définition de la prise en charge. En particulier, ce contexte a été porteur contradictoirement d'une restriction du soin, à travers la « désinstitutionnalisation », et d'une demande thérapeutique sans précédent, sous la bannière des psychologies de la personne.

Dans ce cadre, la confection du DSM-III a offert une scène propice à la négociation, et a réussi à imposer un cadre d'action, c'est-à-dire une définition normalisée des troubles et, au-delà, du normal et du pathologique. En premier lieu, le Manuel a contribué, par prévention contre tout effet de stigmatisation, à régulariser au moins pour partie le statut de l'affection mentale. Cette régularisation possède son revers dans la mesure où elle a conduit à admettre plus que par le passé, dans les cas de déviance, la pleine et entière responsabilité du malade mental. Dans le même mouvement, les vertus prêtées à la normalité ont été relativisées : dans ce cadre de pensée, l'intégration sociale ne protège ni du trouble mental ni de la souffrance que l'environnement peut infliger au sujet. L'idéal de vie prôné par le DSM-III réside à ce titre moins dans la conformité que dans la santé mentale positive, c'est-à-dire dans les termes d'un bien-être acquis dans l'accomplissement de soi et l'acquisition d'un niveau exceptionnel de performance. Ainsi, par sa construction, le Manuel, qu'on dit souvent formaliste et biologisant, livre en réalité une souscription tout aussi manifeste à la psychologie du sujet, ainsi qu'à sa vision naturaliste de la personne et des différences interindividuelles.

Mais, ce subjectivisme affleure également dans le procédé que le Manuel a développé dans le but de légitimer ses entités cliniques. Devant l'idiosyncrasie prêtée au jugement psychiatrique, et devant la critique dont ont fait l'objet la pratique de la cure et sa rationalité, les concepteurs du DSM-III ont conçu d'éprouver leurs catégories au moyen d'une métrologie du consensus, étayée elle-même par un test statistique *ad hoc* – le kappa. Une relation complexe s'est ainsi tissée entre les questions d'épistémologie, d'une part, et les domaines de la décision et de la régulation sociale, d'autre part. La démonstration de l'objectivité psychiatrique, au moyen d'un test de signification, a ainsi permis à la discipline d'établir son autorité, à distance de la clinique et de la psychanalyse en particulier. Cette démonstration d'objectivité a également offert à la discipline la possibilité de certifier la qualité des troubles mentaux auprès de l'administration sanitaire et de l'ensemble des institutions requérant son diagnostic.

Ce faisant, avec ce type de standard, un nouveau format de règles a diffusé, bâti non seulement sur la prétention à la neutralité de l'universalisme bureaucratique, mais en

propre sur le dépassement de la subjectivité, et d'une subjectivité dite « personnelle ». Que la démonstration de consensus suffise ici à faire preuve mérite évidemment d'être discuté. En revanche, que l'argument ait emporté la conviction se comprend plus aisément : le procédé fait directement écho à la nécessité, sinon à l'obligation, qui commande – dans un contexte dominé par l'individualité – de dépersonnaliser la règle que chacun est censé suivre.

Les projets à terme

Les terrains que j'ai eu l'occasion d'étudier offrent matière à saisir certaines des transformations en cours et, en particulier, certaines des dynamiques qui peuvent être imputées en propre à la montée de l'individualité. Ces investigations mettent au jour des mouvements assez divers. Dans certains espaces sociaux, à l'instar du champ culturel, les institutions restent structurées par des formes d'organisation où l'expressivité personnelle est pour beaucoup constitutive des classements sociaux et de leur reproduction. Dans d'autres secteurs, à l'exemple du champ sanitaire, l'observation permet de conclure à la consécration de médiations dédiées plus directement à la question de l'individualité, et au maintien des capacités de la personne en particulier, même si celles-ci restent sélectives et normées.

Toutefois, ces résultats donnent à voir des représentations du changement qui restent encore trop disparates ou « éclatées ». En ce sens, il conviendrait d'élargir ce travail dans deux directions. 1) D'abord, l'étude de ces transformations mériterait d'être adossée à un état des lieux mieux articulé. Une présentation des mouvements observés dans un seul champ permettrait en ce sens de mieux comparer les dynamiques à l'œuvre, et à la fois de mieux structurer l'analyse : le domaine du travail, tel qu'il est aujourd'hui traversé par la question de la « souffrance », pourrait ici offrir un prisme de lecture particulièrement adapté. 2) Un second chantier mériterait également d'être ouvert : je veux parler de l'analyse des médiations dédiées en propre à l'individualité que je n'ai abordée que de manière parcellaire. L'intention de traiter cette question pour elle-même devrait me conduire à privilégier l'étude de la prise en charge de la santé mentale et des problématiques d'action qui en dépendent. Il s'agira en particulier d'établir dans quelle mesure il est possible de parler ici de champ constitué. Ces perspectives de recherche guideront mon travail dans les années qui viennent. Je conclus par leur présentation à grands traits.

1) *L'individualité, la souffrance et les dynamiques du travail.*

Le thème de la souffrance occupe depuis quelques années une place importante dans les débats, tant sociaux que sociologiques, qui entourent l'activité de travail. Mais, cette question suscite des interprétations fort différentes. D'un côté, la souffrance au travail semble dotée d'une légitimité immédiate et relever d'une question de santé publique : elle marque une atteinte à l'expression ou à l'intégrité personnelle, commandée par une exploitation excessive des compétences individuelles, par une rupture de la confiance entre l'employeur et le salarié ou, plus largement encore, par de nouvelles formes de domination à l'intérieur de l'entreprise, fondées notamment sur une responsabilisation accrue des employés. D'un autre côté, la souffrance est rapportée à la diffusion d'une éthique compassionnelle qui éloignerait le salarié de la défense de ses véritables intérêts, allant, le cas échéant, jusqu'à légitimer des conduites de retrait ou d'apathie, ou bien encore des dénonciations fausses et abusives, si on en croit les critiques qui ont pu être faites de la loi contre le harcèlement.

L'hypothèse que je défends est qu'il y a là, dans chacune de ces thèses, autant de débouchés possibles à la médiation de l'individualité dans l'espace du travail. Pour le dire autrement, la souffrance ressentie, ou instrumentalisée au titre d'une stratégie de repli ou d'une revendication visant à modifier l'activité des salariés, exprime globalement la montée d'une nouvelle thématique d'action : celle-ci est soudée à la diffusion de l'individualité, autant qu'elle souligne la transformation que le travail a connue lui-même dans de nombreux secteurs, qu'ils soient liés à la production ou aux services. C'est donc précisément à l'entrecroisement des conditions de travail et des attentes suscitées par la normativité individuelle que l'analyse des multiples expressions de la souffrance doit être ancrée, que ces expressions s'affirment sur le mode du stress, de la dépression ou du suicide, ou qu'elles donnent lieu à de nouvelles formes d'opposition ou de négociation avec le monde employeur.

Le premier travail devra consister ici dans une revue de questions, tant la littérature est abondante dans ce domaine. Ensuite, pour tenter de dresser une cartographie du rapport à la souffrance dans le monde du travail, si tant est que cela soit possible, il conviendra de sélectionner des secteurs d'activité assez différenciés, tant par leur développement historique, l'organisation de leur activité que par l'intérêt qu'ils portent à l'expression, aux compétences et à l'investissement individuels. Un tel projet requerra nécessairement l'appui d'une équipe fondée sur la collaboration de sociologues de la santé, d'une part, et de sociologues du travail, d'autre part.

2) *Les problématiques d'action de la santé mentale.*

Le second chantier, consacré aux médiations sociales dédiées en propre à l'individualité, pourrait consister dans l'extension des recherches que j'ai pu diriger au sein du CESAMES, dans le domaine de la médecine générale en particulier. Il viserait cette fois un champ plus large en s'appliquant aux professions et aux publics de la santé mentale. Il ne s'agirait pas ici de produire un état des lieux de la prise en charge mais plutôt un inventaire des problématiques d'action qui traversent ce secteur d'activité. Trois thèmes de recherche mériteraient en particulier d'être travaillés ici :

- *L'objet « santé mentale ».* Intervenir en santé mentale implique une définition des problèmes à traiter et la désignation d'un périmètre d'action. Or, la question mentale ne se laisse pas aisément catégoriser compte tenu de son caractère générique. Elle peut s'étager sur un continuum qui va du syndrome psychiatrique qualifié (schizophrénie, dépression, anxiété généralisée, etc.) à la santé mentale dite positive (développement personnel, épanouissement, bien-être, etc.). Mais la prise en compte des troubles psychiques varie également en fonction de la hiérarchie prêtée aux problèmes à traiter selon le secteur d'intervention considéré. Ainsi, le traitement de la souffrance paraît avoir gagné en légitimité en médecine générale, voire hospitalière, aux côtés des thérapeutiques somatiques et du traitement de la douleur. Mais la prise en compte de cette question reste discutée, ou figure encore souvent au second plan, dans les domaines relatifs à la déviance (à l'exemple de la pédophilie ou de la toxicomanie) ou à d'autres sphères telles que le travail, la famille ou le couple. À l'inverse, la santé mentale paraît faire l'objet d'enjeux grandissants lorsqu'elle sert à qualifier des conduites marginales ou à les prévenir (hyperactivité), ou bien lorsqu'elle est pensée comme mesure d'accompagnement sinon comme levier d'action dans la lutte contre la précarité ou la pauvreté.

- *Les publics de l'intervention.* On sait toute la distance qui sépare la prise en charge la mieux labellisée (hospitalisation, médication, psychothérapie) des publics susceptibles de l'intégrer. Ce problème, dit de l'adéquation thérapeutique, est souvent pensé dans les termes d'un défaut de cible et imputé à l'inégalité de l'accès aux soins. C'est ainsi qu'une partie seulement des personnes souffrant de pathologies mentales bénéficie d'un traitement. Dans le même esprit, la carence thérapeutique peut être mise au compte du travail des institutions et à l'effet de sélection qu'elles opèrent sur la désignation des problèmes. Souvent, les publics cibles de l'intervention finissent par être constitués en « non public », comme le soulignent les difficultés rencontrées par la psychiatrie en milieu carcéral. Mais l'inadéquation thérapeutique a pu également être associée à une tendance

inverse. C'est le cas en particulier des dénonciations d'abus de soin et de « surconsommation » médicinale qui entourent le bilan porté sur la prescription des médicaments psychotropes en France. De ce point de vue, la légitimité prêtée aux troubles psychiatriques ou à la souffrance psychique des usagers des différents produits psychotropes (médicaments, alcool, cannabis, opiacés, etc.), marque bien, par ses lignes de contraste, l'ampleur et la diversité des facteurs qui agissent sur la composition des publics de la santé mentale. Resterait encore à évoquer l'ensemble des recours bâtis à distance ou en contrepoint des structures de prise en charge, par l'automédication ou le développement de réponses alternatives (self help groups ou groupes d'entraide, coaching, médecine parallèle, parapsychologie, etc.).

- 3. *Les agents de l'intervention.* Les tensions suscitées par la définition du périmètre d'intervention et des publics censés en dépendre, attisent de manière récurrente une série de luttes professionnelles. Le débat suscité par la définition d'un statut professionnel dans le domaine des psychothérapies suffit à le rappeler. Mais, cette question se complexifie encore lorsqu'on cherche à établir qui exerce une action en santé mentale, non pas seulement en vertu de son métier mais des tâches ou des fonctions qu'il remplit. La chronicité d'un nombre croissant de maladies somatiques, le vieillissement de la population, l'accompagnement de l'accidentologie, le soin aux victimes, etc., sont à l'origine d'une extension de la cible thérapeutique visée par la psychiatrie et la psychologie clinique, de la même manière que ces terrains d'action sollicitent d'une nouvelle manière les compétences attendues des omnipraticiens, des personnels hospitaliers, des éducateurs ou des travailleurs sociaux. Cette donne complexifie le repérage des institutions et des métiers de la prise en charge. Hors du secteur psychiatrique, des psychothérapeutes libéraux et des réseaux d'intervention bâtis à l'intersection des structures et des professions patentées, où fixer la limite du recensement ? Là encore, le projet devra tenter de clarifier les problématiques d'action suscitées par l'intervention en santé mentale, en s'appuyant sur les données disponibles et les enquêtes de terrain. Comme pour le premier chantier, un tel projet devra également s'appuyer sur un travail d'équipe et susciter le concours de doctorants dont le travail de thèse pourrait porter sur l'une ou l'autre des thématiques abordées ici succinctement.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). *Les ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France. Chiffres-clés 2006*. Paris, AFSSAPS, 2007.
- Agulhon M., *Le Cercle dans la France bourgeoise (1810-1848). Étude d'une mutation de sociabilité*, Paris, Armand Colin, 1977.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition*, Washington, APA, 1980.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*, Washington, APA, 1994, p.633.
- Ashton H., "Psychotropic-drug prescribing for women", *British Journal of Psychiatry*, 158, 1991, pp. 30-35.
- Bail Ph., Bodenez P., Dumitru-Lahaye C., Haxaire C., Richard E., Genest Ph., Walter M., *Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes (Bretagne occidentale)*, Paris, CESAMES, 2006.
- Balme R. « La participation aux associations et le pouvoir municipal : capacités et limites de la mobilisation par les associations culturelles dans les communes de banlieue », *Revue Française de Sociologie*, 28, 1987, pp. 601-639.
- Baumann M., Pommier J., Deschamps J-P., « Prescription médicale et consommation de psychotropes : quelques interrogations sur les différences entre hommes et femmes », *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicale*, 36, 1996, pp. 63-78.
- Bayer, R., *Homosexuality and American Psychiatry. The Politics of Diagnosis*. New York, Basic Books, 1981.
- Becker H.S., *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion. 1988 [1982]
- Becker H., *Outsiders, Étude de sociologie de la déviance*, Paris, A-M. Métailié, 1984, [1963]
- Berg M., *Rationalizing Medical Work: Decision-Support Techniques and Medical Practices*, Cambridge, MIT Press, 1997.
- Berg, M., Horstman K., Plass S., "Guidelines, Professionals and the Production of Objectivity: Standardization and the Professionalism of Insurance Medicine", *Sociology of Health and Illness* 22, 2000, pp. 765-791.
- Berthelot J.-M., *École, orientation, société*, Paris, Presses Universitaires de France, 1993.
- Blashfield R.K., *The Classification of Psychopathology: Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches*, New York, Plenum, 1984.
- Boucher M., *Rap, expression des lascars. Signification et enjeux dans la société française*, Paris, L'Harmattan, 1999.
- Boudon R., « Propriétés individuelles et propriétés collectives : un problème d'analyse écologique », *Revue Française de Sociologie*, 4, 1965, pp. 275-299.

- Bouhassira M.1; Allicar M.P.; Blachier C.; Nouveau A.; Rouillon F., « Which patients receive antidepressants? A 'real world' telephone study. », *Journal of Affective Disorders*, 49 (1), 1998, pp. 19-26.
- Bourdieu P. *La misère du monde*, Paris, Éditions de Minuit, 1993.
- Bourdieu P., *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit, 1979.
- Bourdieu P., « Habitus, code, codification », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1986, 60-64.
- Bourdieu P., Darbel A., *L'amour de l'art. Les musées et leur public*, Paris, Éditions de Minuit, 1966.
- Bowker, G. C. & Star, S. L. *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. Parts II and III, Cambridge, MIT Press, 1999.
- Bowling, A. *Measuring Health: a Review of Quality of Life Measurement Scales (2nd ed.)*, Buckingham, Open University Press, 1997.
- Brunsson N., Jacobsson B., *A World of Standards*, New York, Oxford University Press, 2000.
- Buchanan R.D., "Legislative warriors: American psychiatrists, psychologists and competing claims over psychotherapy in the 1950s", *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 39, 2003, pp. 225-249.
- Bussi M., De Ridder G., Legrand C., Le Moigne Ph., « Lieux et milieux de désarroi urbain: consommation de psychotropes et déclassement social », *Espaces-Temps*, 1997, pp. 59-62.
- Cambrosio A., Keating P., Schlich T., Weisz G., "Biomedical conventions and regulatory objectivity: A few introductory remarks", *Social Studies of Science*, 39 (5), 2009, pp. 651-664.
- Capdevielle J., *Le fétichisme du patrimoine. Essai sur un fondement de la classe moyenne*, Paris, FNSP, 1986.
- Capshew J.H., *Psychologists on the March: Science, Practice and Professional Identity in America, 1929-1969*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
- Castel P., « What's behind à guideline? Authority, competition and collaboration in the French oncology sector », *Social Studies of Science*, 39 (1), 2009, pp. 651-664.
- Castel P.-H., *L'esprit malade. Cerveaux, folies, individus*, Paris, Éditions de l'Ithaque, 2010.
- Castel P.H., *La métamorphose impensable. Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*, Paris, Gallimard, 2000.
- Castelnuevo E., Ginsburg C., « Domination symbolique et géographie artistique dans l'histoire de l'art italien », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 40, novembre 1981. 51-72.
- Chamak B., "Autism and social movements: French parents' associations and international autistic individuals' organizations", *Sociology of Health and Illness*, 30 (1), 2008, pp. 76-96.
- Champion F. (dir.), *Psychothérapie et société*, Paris, A. Colin, 2008.
- Cicourel A., *The Social Organization of Juvenile Justice*, New York, J. Wiley, 1968.
- Closser M. H., "Benzodiazepines and the elderly: a review of potential problems", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 1991, pp. 35-41.
- Cloward R., Ohlin L., *Delinquency and Opportunity. A Theory of Delinquent Gangs*, New York, The Free Press, 1960.
- Cohen A., *Delinquent Boys. The Culture of the Gang*, Glencoe, The Free Press, 1955.

- Cohen D., *Promotion, prescription et consommation des médicaments psychotropes : inventaire des recherches en sciences humaines (1988-1993)*, Paris-Montréal, MIRE, 1994.
- Cooksey E.C., Brown Ph., "Spinning on its axes: DSM and the social construction of psychiatric diagnosis", *International Journal of Health Services*, 28 (3), 1998, pp. 525-554.
- Cooperstock R., Parnell P., "Research on psychotropic drugs use: a review of findings and methods", *Social Science and Medicine*, 16, 1982, pp. 1179-1196.
- Cormack M. A., Howells E., "Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees", *Family Practice*, 9, 1992, pp. 466-471.
- Costentin J., *Les médicaments du cerveau*, Paris, Odile Jacob, 1993.
- Crossley, N. *Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health*. London, Routledge, 2006.
- Crossley, N., "R.D. Laing and the British Anti-Psychiatry Movement: A Socio-Historical Analysis", *Social Science and Medicine*, 47, 1998, pp. 877-889.
- Davidson W., Molloy W., Somers G., Bédard M., "Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people in New Brunswick", *Canadian Medical Association Journal*, 150, 1994, pp. 917-921.
- Dehue T., "From deception trials to control reagents: The introduction of the control group about a century ago", *American Psychologist*, 55, 2000, pp. 264-269.
- De Ridder G., Legrand C., Le Moigne Ph., *Carte noire pour nuits blanches. La consommation de médicaments psychotropes dans l'agglomération rouennaise*, Rouen, LERS/MTG-CNRS-URA 1123, PIR-Environnement, 1993.
- Descombes V. *Le complément de sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Paris, Gallimard, 2004.
- De Singly F., *Les uns avec les autres*, Paris, Hachette, 2003.
- Digneffe F., *Éthique et délinquance. La délinquance comme gestion de sa vie*, Genève, Éditions Médecine et Hygiène – Méridiens Klincksieck, 1989.
- Dodier N., *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.
- Donnat O., Tolila, P. (dir.), *Le(s) public(s) de la culture*, Paris, Presses de Sciences Po, 2003.
- Donzelot J, Mével C., Wyvekens A., *Faire société. La politique de la ville aux États-Unis et en France*, Paris, Le Seuil, 2003.
- Dubet F., *Le déclin des institutions*, Paris, Seuil 2002.
- Dubet F., *Sociologie de l'expérience*, Paris, Le Seuil, 1995.
- Dubet F., Martuccelli D., *Dans quelle société vivons-nous ?*, Paris, Seuil, 1998.
- Dubois V., « Action culturelle, action sociale : les limites d'une frontière », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, avril-juin, 1994, pp. 27-42.
- Dumazedier, J., Samuel N., *Société éducative et pouvoir culturel*, Paris, Le Seuil, 1976.
- Dumazedier J., *La révolution culturelle du temps libre, 1968-1988*, Paris, Méridiens, Klincksieck, 1988
- Dumit J., « Illnesses you have to fight to get. Facts as forces in uncertain, emergent illnesses », *Social Science and Medicine*, 62 (3), 2006, pp. 577-590.
- Dupré-Lévêque D., « Les "effets tertiaires" du médicament psychotrope. Bilan d'une recherche anthropologique menée dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateurs âgés », In Cohen D., Pérodeau G., *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, 22, 1996, pp. 183-199.

- Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.
- Ehrenberg A., *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995.
- Elias N., *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Paris, Agora, 1991.
- Elias N., *La société des individus*, Paris, Fayard, 1991 [1984].
- Elias N., *La civilisation des mœurs*, Paris, 1973 [1939].
- Falissard B., *Mesurer la subjectivité en santé. Perspective et méthodologique et statistique*, Paris, Masson, 2000.
- Fassin D., *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, Éditions de la Découverte, 2004.
- Fassin D., Rechtman R., *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2009.
- Faugeron C., Le Boulaire J.-M., « Quelques remarques à propos de la récidive », *Bulletin de Criminologie*, 1, 1993, pp. 12-31.
- Fiacre P., *Suivi des trajectoires judiciaires des jeunes délinquants réitérants*, Paris, IHESI, 1997.
- Friedberg E., Urfalino P., *Le jeu du catalogue. Les contraintes de l'action culturelle dans les villes*, Paris, La Documentation Française, 1984.
- Gabe J., Lipshitz-Philipps S., « Tranquilisers as social control? », *Sociological Review*, 36, 1991, pp. 320-352.
- Gabe J., Thorogood M., Prescribed drug use and the management of everyday life : the experiences of black and white working class women, *Sociological Review*, 34, 1986, p. 737-772.
- Gambioni D., « Méprises et mépris : éléments pour une étude de l'iconoclasme contemporain », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 49, 1983, 2-28.
- Garapon A., « Une société de victimes » in Rosanvallon P. (dir.), *France : les révolutions invisibles*, Paris, Calmann-Lévy, 1998.
- Gigerenzer G., "Probabilistic thinking and the fight against subjectivity", in Krüger L., Gigerenzer G., Morgan M., (eds.), *The Probabilistic Revolution. Ideas in the Sciences*, Vol. 2, Cambridge, MIT Press, 1987, pp. 49-72.
- Goffette J., « Psychostimulants : au-delà de l'usage médical, l'usage anthropotechnique », *Drogues, Santé et Société*, 7 (1), 2008, pp. 91-126.
- Goffman E., *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Éditions de Minuit, 1975 [1963].
- Gordon D.R., "Clinical science and clinical expertise: Changing boundaries between art and science in medicine," in Lock M., Gordon D.R., *Biomedicine Examined*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishing, 1988, pp. 257-295.
- Grignon C., Passeron J.-C., *Le Savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Paris, Le Seuil, 1989.
- Grob G.N., *The Mad among Us: A History of the Care of America's Mentally Ill*. New York, The Free Press, 1994.
- Grob G.N., "The paradox of deinstitutionalization", *Social Science and Modern Society*, 32(5), 1995, pp. 51-59.
- Guignon N., Mormiche P., Sermet C., « La consommation régulière de psychotropes », *INSEE-Première*, n° 310, 1994.
- Haafkens, J., *Ritual of Silence. Long-term Tranquilizer Use by Women in the Netherlands. A Social Case Study*, Amsterdam, Het Spinhuis, 1997.

- Hadsall R. S., Freeman R. A., Norwood G. J., "Factors related to the prescribing of selected psychotropic drugs by primary care physicians", *Social Science and Medicine*, 16, 1986, pp. 1747-1756.
- Heinich N., Pollack M., « Du conservateur de musée à l'auteur d'expositions : l'invention d'une position singulière », *Sociologie du travail*, 31, 1989, pp. 29-49.
- Jahoda M., *Current Concepts of Positive Mental Health*, Stratford, Ayer Company Publishers, 1999 [1958].
- Johnson R. E., Vollmer W. M., "Comparing sources of drug data about the elderly", *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 1991, pp. 1079-1084.
- Kaufman J.-C., *Ego. Pour une sociologie de l'individu*, Paris, Nathan, 2001.
- Kirk S. Kutchins H.,: *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Le Plessis- Robinson,: Institut Synthélabo - Les empêcheurs de penser en rond, 1998.
- Koumjian K., "The use of Valium as a form of social control", *Social Science and Medicine*, 15, 1981, pp. 245-249.
- Lahire B., *La culture des individus. Dissonances culturelles et distinction de soi*. Paris, La Découverte, 2004.
- Lecadet J., Vidal P., Baris B., Vallier N., Fender P.,. » Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales 2000 ». *Revue Médicale de l'Assurance maladie*, 2003, 34, pp. 75-79.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000.
- Legrand C., Scheer J., Le Moigne Ph., De Ridder G., *Les médiateurs du livre. Évaluation du dispositif expérimental*, Paris, Ministère de la Culture, 1994.
- Le Moigne Ph., *La mesure du trouble mental. Psychiatrie, sciences et société*, à paraître en 2012.
- Le Moigne Ph., *Le traitement des intraitables. L'organisation sociale de la récidive chez les jeunes*, Bruxelles – Ottawa, De Boeck Université / Les Presses Universitaires d'Ottawa, Coll. Perspectives criminologiques, 2000.
- Le Moigne Ph., « La santé mentale comme philosophie politique : la psychologie du soi et le progrès social », *Lien Social et Politiques*, 67, 2012, à paraître.
- Le Moigne Ph., « Médicaments psychotropes et pharmacodépendance : l'approche sociologique du phénomène en population générale », in Expertise Collective Inserm, *Médicaments psychotropes et pharmacodépendance*, Paris, INSERM, 2011 (sous presse).
- Le Moigne Ph., « La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ? », *Sciences Sociales et Santé*, 28 (3), 2010, pp. 75-84.
- Le Moigne Ph., « Une nouvelle carte du normal et du pathologique : l'institutionnalisation de la santé mentale aux États-Unis », *Sciences Sociales et Santé*, 28 (1), 2010, pp. 81-108.
- Le Moigne Ph., « Entre maladie et mal-être : la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale », *Sociologie Santé*, 30, 2009, pp. 243-263.
- Le Moigne Ph., "L'efficacité thérapeutique. La psychopathologie, de l'experimentalisme à l'évaluation », in Champion F., *Psychothérapie et société*, Paris, A. Colin, 2008, pp. 215-235.
- Le Moigne Ph., « La dépendance aux médicaments psychotropes : de la psychopharmacologie aux usages », *Drogues, Santé et Société*, 2008, vol.7, pp. 55-88.

- Le Moigne Ph. « Mineurs multirécidivistes : la justice à l'épreuve de la question personnelle », *Actes du Congrès du Groupe Suisse de Criminologie*, Interlaken, 2008, à paraître.
- Le Moigne Ph. « Dépendre de soi. L'usage au long cours des médicaments psychotropes » in Collin J., Otero M., Monnaï L., *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine*, Québec, Presses Universitaires du Québec, 2007, pp. 91-107.
- Le Moigne, "La psychométrie et les sciences humaines", in Mesure S., Savidan P, *Dictionnaire des Sciences Humaines*, Paris, PUF, 2006, pp. 938-940.
- Le Moigne Ph., « La régularisation du trouble mental : médecine, psychiatrie, bien-être », *Cahiers de Recherche Sociologique*, 2005, 41, pp. 91-114.
- Le Moigne Ph., « Au nom de l'individualité. Les formes contemporaines de la récidive », in Kaminski D., Kokoreff M., *Sociologie pénale : système et expérience*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2004, pp. 151-169.
- Le Moigne Ph., « La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? », *Déviance et Société*, 27/3, 2003, pp. 285-296.
- Le Moigne Ph., « L'usage morbide des drogues : raison personnelle et culture du risque dans les sociétés contemporaines », *Sciences Sociales et Santé*, 21 (3), 2003, pp. 115-124.
- Le Moigne Ph., « De la médiation médicale : les conventions d'usage des médicaments psychotropes », *Sciences sociales et santé*, vol.20, n°1, mars 2002, pp. 13-33.
- Le Moigne Ph., « Psychotropic drug use: Towards a medical treatment of isolation? », *The International Review Scope*,:9, 2002, pp. 69-99.
- Le Moigne Ph., « Vieillir sous influence? La consommation des médicaments psychotropes chez la personne âgée », *Gérontologie Pratique*, janvier 2001.
- Le Moigne Ph., « Délinquance contre justice : les principes de la multirécidive chez les jeunes », *Les Cahiers de l'Actif*, janvier-mars, 2000, pp. 35-49.
- Le Moigne Ph. « Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours », *Revue Suisse de Sociologie*, vol. 26, 2000, pp. 71-109.
- Le Moigne Ph. « L'usage chronique des médicaments psychotropes : problèmes d'analyse et de méthode » in Ehrenberg A., (dir.), *Drogues et médicaments psychotropes*, Paris, Editions Esprit, 1998, pp. 227-264.
- Le Moigne Ph., « Sanction, individuation, déviance. L'organisation sociale de la récidive chez les jeunes », *Revue Suisse de Sociologie*, 24 (3), 1998, pp. 405-429.
- Le Moigne P., « Les mineurs multirécidivistes : un regard sur l'organisation de la décision judiciaire », *Esprit*, décembre 1998, pp. 169-188.
- Le Moigne Ph., « Le traitement de l'identité : aux origines d'un nouveau pacte socio-culturel ? », in De Ridder G., *Les nouvelles formes de l'intervention sociale*, Paris, L'Harmattan, 1997, pp. 201-225.
- Le Moigne Ph., « La faute au faubourg? La consommation de médicaments psychotropes en milieu urbain », *Annales de la Recherche Urbaine*, n°73, 1996, pp. 74-82.
- Le Moigne Ph., « Psychotropic drug use: its social and geographical context », *Le Courrier du CNRS*, Habitat – II – Istanbul, Juin 1996, pp. 114-116.
- Le Moigne Ph., « Le mépris des formes. Action publique, esthétique contemporaine et culture juvénile », *Agora*, 1, 1995, 57-67.
- Le Moigne Ph., « Les politiques municipales de la culture : du Développement Culturel au conditionnement public (1977-1990) », in Poirrier Ph., *Jalons pour l'histoire des politiques culturelles locales*, Paris, La Documentation Française, 1995, pp. 83-104.

- Le Moigne Ph., *L'émergence d'une scène publique de la culture. Analyse sociologique de l'action culturelle de six villes du Sud-Ouest (1977-1990)*, sous la direction de François Chazel, Bordeaux, Université de Bordeaux II, 1995.
- Le Moigne Ph., Velpy L., « Le regard des sciences sociales », in Begaud B., Verdoux H., *Le bon usage des médicaments psychotropes*, Paris, Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé (OPEPS), 2006, pp. 147-173.
- Le Moigne Ph., Ragouet P., « L'articulation de la connaissance et de la règle. Le cas d'espèce de l'instrumentation psychiatrique », In *Normes sociales et processus cognitifs*. Poitiers, Maison des Sciences de l'Homme et de la Société, 2003, pp. 165-169.
- Le Moigne Ph., Legrand C., De Ridder G., « Le récit statistique de l'exclusion », *Lien Social et Politiques*, 34, 1995, pp. 141.
- Le Moigne Ph., Dagens M., Liot F., « Carnac et ses alignements : un ferment d'action collective », in Lamy Y., *Le pouvoir de protéger. Acteurs et enjeux du patrimoine*, Bordeaux, Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, 1992, pp. 191-196.
- Le Moigne Ph., « L'instrumentation psychiatrique : une sociologie historique et organisationnelle des sciences », *Laboratoire d'Excellence (Labex) - Sciences, Innovations et Techniques en Société (SITES)*, IFRIS – Université Paris Est, 2010-2020.
- Le Moigne Ph., Velpy L., *L'évaluation du handicap psychique et de l'autonomie dans la schizophrénie*, Paris, Mire, 2007.
- Le Moigne Ph. (dir.), *L'usage au long cours des antidépresseurs. Enquête sociologique* (dir.), Paris, CESAMES/DGS, 2005.
- Le Moigne Ph. (dir.), *La dépendance aux médicaments psychotropes, Approches, données, expériences*, Paris, CESAMES/MILDT, 2004.
- Le Moigne Ph. (dir.), *La mesure de la dépression. La psychométrie au carrefour des sciences*, Paris, APN-CNRS, 2003.
- Le Moigne Ph., Colin I., *Lieux et milieux de désarroi. Observation territorialisée des prescripteurs et des consommateurs de médicaments psychotropes*, Rouen, LERS-INSERM- MTG-CNRS-URA 1123, 1997.
- Le Moigne Ph., *Territoires en déclin et consommation des médicaments psychotropes: une gestion ouvrière du désarroi urbain?*, Rouen, LERS/PIR-Villes, 1996.
- Lovell A., Fuhrer R., « Troubles de la santé mentale : la plus grande "fragilité" des femmes remise en cause », In Savrel-Cubizolles M.-J., Blondel B., *La santé des femmes*, Paris, Flammarion, 1996, pp. 252-283.
- Luhmann T.M., *Of Two Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry*, New York, Alfred A. Knopf, 2000.
- Lyng S., « Edgework: a social psychological analysis of voluntary risk taking », *American Journal of Sociology*, 95, 1990, pp. 851-886.
- Martin B., *Sociology of Contemporary Cultural Change*, Oxford, Basic Blackwell, 1985.
- Martuccelli D., *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, A. Colin, 2006.
- Martuccelli D., « Figures de la domination », *Revue Française de Sociologie*, 45-3, 2004, pp. 469-497.
- Martuccelli D. « Pour une sociologie de l'individuation » in Caradec V., Martuccelli D. (dir.), *Matériaux pour une sociologie de l'individu*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, 2004, pp. 295-315.
- Maslow A., *Personality and Motivation*, New York, Harper, 1954.

- Matza D., Sykes G., «Juvenile delinquency and subterranean values», *American Sociological Review*, 26, 1961.
- Mauger G., « Les politiques d'insertion. Une contribution paradoxale à la déstabilisation du marché du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 136-137, 2001, pp. 5-14.
- Mayes R., Horwitz A.V., "DSM-III and the revolution in the classification of mental illness", *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 41(3), 2005, pp. 249-267.
- Menger P.-M., *Le paradoxe du musicien. Le compositeur, le mélomane et l'État dans la société contemporaine*, Paris, Flammarion, 1983.
- Menger P.-M., « L'oreille spéculative. Consommation et perception de la musique contemporaine », *Revue Française de Sociologie*, 27, 1986, pp. 445-479.
- Menninger, R.W, Nemiah, J.C. (eds), *American Psychiatry after World War II*, Washington, American Psychiatric Press., 2000.
- Merton R. K., *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Plon ,1965 [1949].
- Millon T., "The DSM-III: An insider's account", *American Psychologist*, 38, 1983, pp. 804-815.
- Moulin R., « De l'artisan au professionnel : l'artiste », *Sociologie du Travail*, 4, 1983, 388-403.
- Nizard A., Monoz-Perez F., « Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950 : essai d'évaluation du nombre des décès dus à la consommation d'alcool et de tabac en 1986 », *Population*, 3, 1993, pp. 571-608.
- North D., Davis P., Powell A., "Patients responses to benzodiazepines medication: A typology of adaptive repertoires developed by long-term users", *Sociology of Health and Illness*, 17, 5, 1995, pp. 632-650.
- Observatoire National des Prescriptions et Consommations des Médicaments (ONPCM). *Étude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire*, Paris, Agence du Médicament, 1998.
- Ogien A., *Sociologie de la déviance*, Paris, A. Colin, 1995.
- Peneff J., *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié, 2000.
- Pérodeau G., King S., Ostoj M., "Stress and psychotropic drug use among the elderly: an exploratory model", *Canadian Journal on Aging*, 11, 1992, pp. 347-369.
- Picard P., *Mantes-La-Jolie (1977-1995). Carnet de route d'un maire de banlieue*, Paris, Syros, 1995.
- Piotet F., Lattès C., *Travail et relations de travail dans l'enquête sur la santé et les soins médicaux, 1991-1992*, Paris, Laboratoire Georges Friedmann/MIRE, 1998.
- Pols, H., "Divergences in American psychiatry during the Depression: somatic psychiatry, community mental hygiene, and social reconstruction", *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 37, 2001, pp. 369-388.
- Porter T.M., "Objectivity as standardization: The rhetoric of impersonality in measurement, statistics, and cost-benefit analysis" in Megill A. (ed.), *Rethinking Objectivity*, Durham, Duke Univ. Press, 1994, pp. 197-238.
- Renucci J.-F., *Enfance délinquante et enfance en danger. La protection judiciaire de la jeunesse*, Paris, Éditions du CNRS.
- Robins, L.N., Regier, D.A., *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, New York, The Free Press, 1990.
- Rogers C.R., *On Becoming a Person*, Boston, Houghton Mifflin, 1961.

- Rösch D., Hauesler L., Facy F., *La consommation de produits psychotropes dans la population française : alcool, tabac, café, thé, médicaments psychotropes*, Paris, CREDOC, 1989.
- Rufin M., *Protection de la jeunesse et délinquance juvénile. Rapport au Premier Ministre*, Paris, La Documentation Française, 1997.
- Ryan R.M., Deci E.L., "On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being", *Annual Review of Psychology*, 52, 2001, pp. 141-166.
- Schulman G.I., Hammer J., "Social characteristics, the diagnosis of mental disorders, and the change from DSM-II to DSM-III", *Sociology of Health and Illness*, 10, 1988, pp. 543-560.
- Sermet C., *Les spécificités de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques. Enquête sur la santé et les soins médicaux (1991-1992)*, Paris, CREDES, 1995.
- Shinn T., Ragouet P., Le Moigne Ph., Toubiana L., « Instruments, formation de savoirs transversaux et institutionnalisation des disciplines. Approche socio-historique et épistémologique comparée des sciences physiques, sciences biologiques et médicales, et des sciences sociales », *ACI Culture scientifique*, Paris, Ministère de la recherche, 2006.
- Shorter E., *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley, 1997.
- Soulillou J., *L'impunité de l'art*, Paris, Le Seuil, 1995.
- Sutherland E., Cressey D., *Principes de criminologie*, Paris, Cujas, 1966 [1960].
- Tabard N., « Des quartiers pauvres aux banlieues aisées : une représentation sociale du territoire », *Économie et Statistique*, 270, 1993, pp. 5-22.
- Tamblyn R. M., Laprise R., Schnarch B., Monette J., McLeod P. J., « Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes », In Cohen D., Pérodeau G., *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, 22, 1996, pp. 239-262.
- Taylor E.I., *William James on Consciousness beyond the Margin*, Princeton, Princeton University Press, 1996.
- Taylor E.I., *William James on Exceptional Mental States. The 1896 Lowell Lectures*, New York, Charles Scribner's Sons, 1992.
- Taylor E.I., "William James and the humanistic tradition, *Journal of Humanistic Psychology*", 31 (1), 1991, pp. 56-74,
- Timmermans S., Epstein S., "A World full of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standardization", *Annual Review of Sociology*, Vol. 36, 2010, pp. 69-89.
- Tissot S., *L'État et les quartiers. Genèse d'une catégorie de l'action publique*, Paris, Seuil, 2007.
- Touranchet A., « Santé, travail et âge. Résultats de l'enquête Estev 1990 », *Actualité et dossier en santé publique*, n°15, 1996, pp. 18-24.
- Uebersax, J. S. "Diversity of decision-making models and the measurement of interrater agreement", *Psychological Bulletin*, 101, 1987, pp. 140-146.
- Urfalino Ph., « Les politiques culturelles : mécénat caché et académies invisibles, *L'Année Sociologique*, 39, 1989, pp. 81-109.
- Vaillant G.E., "Mental Health", *American Journal of Psychiatry*, 160, 2003, pp. 1373-1384.
- Verret M., *La culture ouvrière*, Paris, L'Harmattan, 1996.

- Verret M. *L'espace ouvrier*, L'Harmattan, 1995.
- Wyvekens A., *L'insertion locale de la justice pénale. Aux origines de la justice de proximité*, Paris, L'Harmattan, 1997.
- Young, A., *The Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder*. Princeton, Princeton University Press, 1995.
- Zarifian E., *Le prix du bien-être. Psychotropes et société*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1996.

BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX

OUVRAGES

- *La mesure du trouble mental. Psychiatrie, sciences et société* (à paraître)
- *Le traitement des intraitables. L'organisation sociale de la récidive chez les jeunes*, Bruxelles - Ottawa, Editions De Boeck-Université - Les Presses de l'Université d'Ottawa, coll. *Perspectives Criminologiques*, 2000.

ARTICLES

REVUES AVEC COMITE DE LECTURE

- (avec P. Ragouet) « Science as instrumentation : The case for psychiatric rating scales », *Scientometrics* (accepté)
- « La santé mentale comme projet politique : la psychologie du soi et le progrès social », *Lien Social et Politiques*, 2012, à paraître.
- « La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ? », *Sciences Sociales et Santé*, 28 (3), 2010, pp. 75-84.
- « Une nouvelle carte du normal et du pathologique : l'institutionnalisation de la santé mentale aux Etats-Unis, *Sciences Sociales et Santé*, 28 (1), 2010, 81-108.
- « Entre maladie et mal-être : la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale », *Sociologie Santé*, 30, 2009, 243-263.
- « La dépendance aux médicaments psychotropes : de la psychopharmacologie aux usages », *Drogues, Santé et Société*, 2008, vol.7, 55-88.
- « Devenir anorexique. Une approche sociologique », *Sociologie du Travail*, 48/1, 2006, 131-132 (commentaire).
- "La régularisation du trouble mental : psychiatrie, médecine et bien-être (1950-1980)", *Cahiers de Recherche Sociologique*, (2005) 41-42, 91-112.

- "L'usage morbide des drogues : raison personnelle et culture du risque dans les sociétés contemporaines", *Sciences Sociales et Santé*, 2003, 21, 115-124.
- "La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ?", *Déviance et Société*, 2003, Vol. 27/3, 285-296.
- "Psychotropic drug use: Towards a medical treatment of isolation?", *The International Review Scope*, 9, 2002, 69-99.
- "De la médiation médicale : les conventions d'usage des médicaments psychotropes", *Sciences sociales et santé*, vol.20, n°1, mars 2002, pp. 13-33.
- «Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours», *Revue Suisse de Sociologie*, Vol. 26, 2000, pp. 71-109.
- "Sanction, individuation et déviance. L'organisation sociale de la récidive chez les jeunes", *Revue Suisse de Sociologie*, vol. 24, 1998, p. 405-429.
- "Lieux et milieux de désarroi urbain : consommation de psychotropes et déclassement social", (en collaboration avec G. De Ridder, C. Legrand et M. Bussi), *Espaces-Temps*, 1997, pp. 59-62.
- "La faute au faubourg? La consommation de médicaments psychotropes en milieu urbain", *Annales de la Recherche Urbaine*, n°73, 1996, pp. 74-82.
- "Le récit statistique de l'exclusion", (en collaboration avec G. De Ridder et C. Legrand), in *Lien social et Politiques*, Paris-Montréal, n°34, 1995, pp. 141-149.
- "Le mépris des formes. Action publique, esthétique contemporaine et culture juvénile", *Agora -Débats/Jeunesse*, n°1, 1995, pp.57-67.
- "Margaret Archer, Culture and agency : the place of culture in social theory", (compte rendu), *Genèses*, 8, 1992.

AUTRES REVUES

- «Vieillir sous influence? La consommation des médicaments psychotropes chez la personne âgée», *Gérontologie Pratique*, janvier 2001.
- «Délinquance contre justice : les principes de la multirécidive chez les jeunes», *Les Cahiers de l'Actif*, janvier-mars, 2000, pp. 35-49.
- "Les mineurs multirécidivistes : un regard sur l'organisation de la décision judiciaire", *Esprit*, n° 248, 1998, pp. 169-188.

- "Faubourgs de la détresse. Les territoires de consommation des médicaments psychotropes", *Courrier du CNRS – Sommet mondial des villes - ONU Istanbul*, n°82, 1996, pp. 114-116.

CHAPITRES D'OUVRAGES COLLECTIFS

- "L'efficacité thérapeutique : la psychopathologie, de l'expérimentalisme à l'évaluation", in F. Champion (dir.), *Psychothérapies et société*, A. Colin, 2008, pp. 215-235.
- « Dépendre de soi. L'usage au long cours des médicaments psychotropes » in J. Collin, M. Otero et L. Monnaï, *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine*, Québec, Presses Universitaires du Québec, 2007, 91-107.
- "La psychométrie et les sciences humaines", in Mesure S., Savidan P, *Dictionnaire des Sciences Humaines*, Paris, PUF, 2006, 938-940.
- (avec Livia Velpry) « Le regard des sciences sociales », in Collectif, *Le bon usage des médicaments psychotropes*, Paris, Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS), 2006, pp. 147-173.
- "Au nom de l'individualité. Les formes contemporaines de la récidive", in Kaminski, E. & M. Kokoreff, *Sociologie pénale. Système et expérience*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2004, 151-169.
- "L'usage chronique des médicaments psychotropes : problèmes d'analyse et de méthode" in Ehrenberg A. ; (dir.), *Drogues et médicaments psychotropes*, Paris, Editions Esprit, 1998, pp. 227-264.
- "Le traitement de l'identité : le nouveau pacte de l'action culturelle et du travail social?", in Guido DE RIDDER (dir.), *Les nouvelles frontières de l'intervention sociale*, Paris, L'Harmattan, 1997, pp. 201-225.
- « Psychotropic drug use: its social and geographical context », *Le Courrier du CNRS*, n°92, 1996, pp. 114-116..
- "Les politiques municipales de la culture : du Développement Culturel au conditionnement public", in Jean-Pierre RIOUX, Jean-François SIRINELLI (dir.), *Jalons pour l'histoire des politiques culturelles locales*, Paris, La Documentation Française/Ministère de la Culture, 1995, pp. 83-104.
- "Carnac et ses alignements : un ferment d'action collective", (en collaboration avec M. Dagens et F. Liot), in Yvon LAMY (dir.), *Le pouvoir de protéger*, Bordeaux, M.S.H.A., 1992, pp. 191-196.

ACTES DE COLLOQUES

- „Minderjährige Mehrfachwiederholungstäter : die Justiz auf die Probe Gestellte“, **Neue Gewalt oder Neue Wahrnehmung?** – **Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie – Tagung 2008**, 7 (à paraître)
- (avec Pascal Ragouet) “ L'articulation de la connaissance et de la règle. Le cas d'espèce de l'instrumentation psychiatrique ”, In **Actes du Colloque International Normes sociales et Processus Cognitifs**, Poitiers, Maison des Sciences de l'Homme et de la Société, 2003, 65-169.
- "Le traitement de l'identité : le nouveau pacte de l'action culturelle et du travail social?", in DE RIDDER G. (dir.), **Les nouvelles frontières de l'intervention sociale**, Paris, L'Harmattan, 1997, pp. 201-225 (Colloque *Les nouvelles frontières du travail social*, présidé par Robert CASTEL, 5 juin 1996).
- "Faubourgs de la détresse. Les territoires de consommation des médicaments psychotropes", **Courrier du CNRS – Sommet mondial des villes - ONU Istambul**, Présidé par Francis GODARD, n°82, 1996, pp. 114-116.
- "Les politiques municipales de la culture : du Développement Culturel au conditionnement public", in **Jalons pour l'histoire des politiques culturelles locales**, Paris, La Documentation Française/Ministère de la Culture, 1995, pp. 83-104. (Table ronde *Histoire des politiques municipales de la culture*, FNSP, Institut d'Etudes Politiques, présidé par Jean-Pierre-Rioux et Jean-François SIRINELLI, Paris, 4 Février 1994).
- "Le récit statistique de l'exclusion", **Lien social et Politiques**, Paris-Montréal, n°34, 1995, pp. 141-149 (Colloque *Le travail social a-t-il encore un sens?*, Présidé par Jacques ION, Institut du Développement Social, 7 juin 1995).
- "Carnac et ses alignements : un ferment d'action collective", in LAMY (dir.), **Le pouvoir de protéger**, Bordeaux, M.S.H.A., 1992, pp. 191-196 (Colloque *Le patrimoine : le pouvoir de protéger*, MSHA/Université de Bordeaux II, présidé par Jean DUMAS; 23 Novembre 1991).

NOTE DE SYNTHESE

- «Anxiolytiques, hypnotiques : les facteurs sociaux de la consommation», **Documents de synthèse du Groupement de Recherche «Psychotropes, Politique et Société» - CNRS**, n°1, janvier-mars 1999,

RAPPORTS

RECHERCHES

(en cours) « L'instrumentation psychiatrique : une sociologie historique et organisationnelle des sciences », **Laboratoire d'Excellence (Labex) - Sciences, Innovations et Techniques en Société (SITES)**, IFRIS – Université Paris Est, 2010-2020.

- (avec Liva Velpry) ***L'évaluation du handicap psychique et de l'autonomie dans la schizophrénie***, (Paris, CESAMES, MiRe, 2007).
- ***L'usage au long cours des antidépresseurs. Enquête sociologique*** (dir.), Paris, CESAMES/DGS, 2005.
- ***La dépendance aux médicaments psychotropes, Approches, données, expériences*** (dir.), Paris, CESAMES/MILDT, 2004.
- (avec Pascal Ragouet) ***L'articulation de la connaissance et de la règle. Le cas d'espèce de l'instrumentation psychiatrique***, Paris, CESAMES, Appel à Projets Nouveaux du CNRS, 2003.
- ***Le traitement des intraitables : l'organisation sociale de la récurrence chez les jeunes***, Rouen, LERS/Mission de Recherche Droit et justice, 1998 (174 pages)
- ***Espace de soins et consommation médicale. La fréquentation des pharmacies en territoire ouvrier***, Rouen, LERS-MIRE/DATAR, 1998 (35 pages).
- ***Lieux et milieux de désarroi. Observation territorialisée des prescripteurs et des consommateurs de médicaments psychotropes***, (en collaboration avec I. Colin), Rouen, LERS-INSERM- MTG-CNRS-URA 1123, 1997 (243 pages).
- ***Territoires en déclin et consommation des médicaments psychotropes: une gestion ouvrière du désarroi urbain?***, Rouen, LERS/PIR-Villes, 1996 (140 pages).
- "Crise des identités et brouillage des catégories. Les vicissitudes théoriques et pratiques d'une représentation", ***Emplois et qualifications de l'intervention sociale***, (en collaboration avec F. Aballéa, Ch. Gaddéa et G. De Ridder), Rouen, LERS/GRIS Université de Rouen/ MIRE, 1996 (127 pages).
- ***Carte noire pour nuits blanches. La consommation de médicaments psychotropes dans l'agglomération rouennaise***, (en collaboration avec G. De Ridder et C. Legrand), Rouen, LERS/MTG-CNRS-URA 1123, PIR-Environnement, 1993 (212 pages).
- ***La politique culturelle dans une ville d'agglomération : la ville de Talence (Gironde)***, sous la direction de François Chazel, Bordeaux, M.S.H.A./Centre de Sociologie Politique, 1989 (45 pages).
- ***Le discours promotionnel touristique local. Espace symbolique et territoire géré : les politiques régionales d'aménagement et de développement***, sous la direction de Jean Dumas, Bordeaux, M.S.H.A./CERVEL-CNRS URA 981, 1989 (78 pages).

ETUDES

- ***La place de l'hébergement. Jeunes, établissements publics et associations habilitées face aux mesures de placement***, Rouen, LERS - DDPJJ de la Seine-Maritime et de l'Eure, juillet 2000, 50 pages.
- ***Le schéma régional des formations sociales. Etat des lieux des emplois et des qualifications***, Rouen, LERS/DRASS/Préfecture de Région de Haute-Normandie, 1999 (150 pages - 2 tomes).
- ***Usages et perceptions des annuaires de recherche. L'exemple thématique de la recherche sur le social***, Rouen, LERS/MIRE, 1998 (98 pages).
- ***L'accueil de la petite enfance. Allocations, gardes et politiques d'établissement à Dieppe***, Rouen, LERS, 1998 (120 pages)
- ***Précaires en fin de compte. Les sorties du RMI dans le département de l'Eure***, LERS, 1995 (68 pages).
- ***L'observation territorialisée du phénomène délinquant. Etude de faisabilité d'un observatoire pour le Grand Rouen***, (en collaboration avec G. de Ridder), Rouen LERS, 1994 (55 pages).
- ***Les médiateurs du Livre. Evaluation du dispositif expérimental***, Rouen, (en collaboration avec J. Scheer, C. Legrand et G. De Ridder), Rouen, LERS/Ministère de la Culture, 1994 (133 pages).
- ***Ville de banlieue, lieu de passage et territoire d'ancrage, La ville de Canteleu***, Rouen, LERS, 1993 (208 pages – 2 tomes).