

LA MALADIE MENTALE EN QUESTION

Claude-Olivier Doron

Presses Universitaires de France | « Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem »

2008/1 N° 2 | pages 9 à 45

ISSN 1962-1086

ISBN 9782130565680

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-les-cahiers-du-centre-georges-canguilhem-2008-1-page-9.htm>

Pour citer cet article :

Claude-Olivier Doron, « La maladie mentale en question », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 2008/1 (N° 2), p. 9-45.
DOI 10.3917/ccgc.002.0009

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

LA MALADIE MENTALE EN QUESTION

Claude-Olivier Doron

Résumé / Abstract

Dans cet article, on propose d'analyser la psychiatrie comme une technique de gouvernement des individus (au sens foucauldien) et de resituer certaines mutations récentes du champ psychiatrique à l'intérieur d'une transformation plus large des rationalités « gouvernementales ». On montre ainsi comment le dispositif de santé mentale a toutes les caractéristiques d'un « dispositif de sécurité » qui se développe sur un territoire ouvert, s'appuie sur une autonomie relative des sujets et fonctionne dans l'ensemble de la population sur un continuum d'états non strictement délimités en termes malade/non malade. On examine ensuite les conséquences de ces mutations sur la notion de maladie mentale même, qui tend à disparaître au profit des catégories de « souffrance psychique » et « troubles mentaux », avant de nous arrêter plus spécifiquement sur certaines conséquences liées à la perte de spécificité du statut de « malade mental » et à une relative disparition d'une problématique de la pulsion au profit de la relation à l'autre. On avance pour finir que c'est à l'intérieur de ce cadre de transformation des techniques de gouvernement des individus, liée à un mode « libéral » de gouvernement des conduites, que le succès des TCC doit être resitué.

In this article, I propose to read psychiatry as a technique for the government of the individuals (in a foucauldian sense) and to analyse some recent transformations of the psychiatric field inside a broader mutation of « governmental rationalities ». I show how mental health apparatus corresponds to a « security apparatus » that develops on an open territory, relies on a relative autonomy of the individuals and works over the whole population on a continuum of states not strictly segregated in categories as ill / not ill. I examine then how these transformations have consequences on the notion

of « mental illness » itself, that tends to disappear and be replaced by notions like « psychological suffering » and « mental troubles ». I study more specifically some consequences of the loss of specificity of the mentally ill's status and of the relative disappearance of the pulsional problem replaced by the question of relationships to others. I argue to conclude that it is inside this broader transformations of techniques for the government of individuals, linked to a « liberal » government of conducts, that the success of cognitive and behavioral therapies must be analysed.

LA PSYCHIATRIE COMME TECHNIQUE DE GOUVERNEMENT DES INDIVIDUS

On peut, ainsi que nous venons de le voir, faire porter à un double niveau – incapacité théorique à rendre compte des raisons et à épuiser le sens des troubles, inefficacité thérapeutique des prises en charge qui se limiteraient à une extinction des symptômes et à une action sur les « effets déclenchant des phénomènes » en laissant de côté les causes structurantes des troubles – la critique qu'on adresse soit aux TCC, soit à la pharmacologie, soit enfin aux « neurosciences en action ». On peut, inversement, répondre que le modèle neurologique ne prétend pas, en effet, prendre en charge ce « reste » que les partisans de la signification jugent si essentiel, que les TCC ne prétendent pas en effet opérer une conversion radicale du sujet mais restent efficaces – et même, selon leurs critères d'efficacité, *plus* efficaces. Il y a à ce niveau tout un ensemble de débats extrêmement importants et fertiles dont les textes que nous avons présentés témoignent dans leur diversité.

On peut aussi essayer de déplacer l'angle d'analyse, et c'est ce que je propose de faire ici, pour apporter un point de vue un peu différent et complémentaire sur ces questions. Au fond, la plupart des analyses que nous proposons dans ce recueil considèrent la psychiatrie pour elle-même, dans ses débats épistémologiques ou philosophiques avec d'autres disciplines (neurologie, sciences biologiques...), ou dans ses pratiques singulières. Mais on peut aussi envisager la psychiatrie – et

son objet ou, en tout cas, ce qu'on a pu présenter comme son objet, les « maladies mentales » – comme un ensemble de techniques de gouvernement des individus et de leurs conduites ; comme un ensemble de techniques de production de sujets, de rapports à soi à aux autres ; et cet ensemble de techniques de gouvernement, il importe alors de les envisager, d'envisager leurs transformations, leurs préceptes et leurs effets, à l'intérieur des formes de « rationalités » gouvernementales¹ au sein desquelles elles s'insèrent et des dispositifs dont elles font partie.

Dans le cas présent, cela signifie envisager la psychiatrie au sein de cet espace très large dans lequel on prétend l'insérer depuis une vingtaine d'années, le dispositif de « santé mentale », et plus généralement dans l'évolution de tout un ensemble de pratiques de gouvernement des individus, dont elle peut difficilement être séparée ; et voir quels effets les transformations de cet espace, les modes de rationalisation de ce dispositif, ont sur les pratiques psychiatriques elles-mêmes et sur leurs objets : que deviennent les maladies mentales au sein de la santé mentale, par exemple ? C'est donc réfléchir aux transformations des formes de rationalités gouvernementales au sein desquelles la psychiatrie s'insère. On peut ainsi clarifier un certain nombre de questions et émettre certaines hypothèses. Par exemple, pourquoi les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont-elles connu ces dernières années une expansion importante dans les pays occidentaux ? Est-ce, ainsi qu'elles l'affirment, parce qu'elles sont plus scientifiques et plus efficaces que les thérapies concurrentes ? Ou bien n'est-ce pas plutôt que la manière même dont se pose la question de leur scientificité et de leur efficacité entre en rapport avec de nouvelles techniques de gouvernement des populations au sein desquelles

1. Cf. par exemple, Michel Foucault, « *Omnes et singulatim* : vers une critique de la raison politique », *Dits et écrits*, II, Paris, Gallimard, 2001, p. 980. Par « gouvernementales », il ne faut pas entendre, bien sûr, le gouvernement politique au sens strict, au risque de faire un grossier contresens. Les pratiques de gouvernement des conduites sont l'ensemble des pratiques qui prétendent régler, gérer la manière dont les individus doivent se conduire, se rapporter à eux-mêmes et aux autres, y compris d'ailleurs les pratiques de gouvernement de soi sur soi. Interroger les formes de rationalités gouvernementales, c'est examiner comment sont légitimées, comment sont réfléchies ces pratiques ; quels objectifs elles prétendent se donner ; comment elles s'articulent les unes aux autres.

elles s'intègrent plus facilement que les thérapies dites psychodynamiques ? Si l'on est prêt à admettre que soient dites plus « efficaces » des thérapies qui ne prétendent explicitement pas opérer une conversion radicale du sujet, ou à se contenter d'une gestion des populations atteintes de « troubles mentaux » à travers un accompagnement psychotrope, quelles que soient les protestations des soignants quant à l'usage purement symptomatique de ces derniers, c'est peut-être parce qu'on se trouve dans une rationalité de gouvernement des populations atteintes de « troubles mentaux » différente de celle qui a pu prévaloir à d'autres moments de l'histoire récente et qui se satisfait pleinement de ces technologies de prise en charge.

Il n'est évidemment pas question dans cet article de dresser un panorama exhaustif de ces mutations du champ psychiatrique envisagé comme ensemble de techniques de gouvernement des individus, mais de faire émerger très rapidement quelques lignes de force, à charge d'y revenir plus longuement par la suite. Il apparaîtra clairement que, dans ces mutations, ce qui a été présenté longtemps comme objet de la psychiatrie, c'est-à-dire les maladies mentales, est lui-même en question.

DISPOSITIFS DE SÉCURITÉ ET DISPOSITIFS DISCIPLINAIRES

Dans son cours de 1977-1978, *Sécurité, territoire, population*, Michel Foucault s'efforce de définir un mode de gouvernement des individus différent de celui qu'il a pu analyser dans les années précédentes sous le concept de « disciplines ». Ce mode de gouvernement essentiel à ce que Foucault définit comme une biopolitique¹, c'est-à-dire la prise en

1. Sur la définition de la biopolitique, cf. Michel Foucault, cours du 17 mars 1976, in « Il faut défendre la société », cours au Collège de France, 1975-1976, Paris, Gallimard-Le Seuil, 1997, p. 213-234, et *Histoire de la sexualité*, t. I, *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, chap. V, p. 175-211.

charge par une pluralité d'acteurs de pouvoir de l'homme comme être vivant dans ses fonctions premières (reproduction, nutrition...), son rapport à son environnement et à sa santé, opère non plus sur des individus bien repérés dans des espaces disciplinaires, mais répartis en ensembles populationnels sur un territoire. Il caractérise ce mode de gouvernement comme étant celui des dispositifs de sécurité, par opposition aux dispositifs dits « disciplinaires », et relève trois caractéristiques qui les distinguent¹.

1 / L'espace disciplinaire est un espace quadrillé, où chaque élément est réparti dans un lieu défini, en fonction d'une certaine hiérarchie. L'espace sécuritaire, lui, est un territoire qui est aménagé afin de faciliter une circulation d'éléments tout en anticipant et en réduisant au maximum les risques possibles impliqués par cette circulation. On peut prendre comme exemple le dispositif de secteur, comme milieu ouvert et inséré dans la communauté, par opposition au dispositif asilaire ou hospitalo-centré, secteur qu'on envisage comme un espace de sécurité où le sujet est libre de ses actes et de circuler, mais encadré dans un ensemble de dispositifs qui visent à réduire au maximum le risque qu'il court (et fait courir) en circulant ainsi ; dispositif qui a donc essentiellement une fonction régulatrice, où les médicaments administrés, par exemple, visent moins à le transformer qu'à lui donner les moyens de pouvoir être relativement autonome, l'enfermement n'intervenant plus qu'en situation de crise.

2 / Dans le dispositif disciplinaire, la norme est première ; elle est prescriptive ; et c'est par rapport à elle qu'on ordonne et corrige les éléments qui s'en écartent plus ou moins, en distinguant les éléments normaux et anormaux. Dans les dispositifs sécuritaires, on se base sur l'ensemble de la population, c'est-à-dire qu'on n'opère pas *a priori* de partage entre normal et anormal, mais on prend en compte tout le monde et on dresse, par exemple, un tableau de la mortalité probable de la population en général ou du taux de troubles mentaux, du taux de suicide, etc. C'est cela qu'on va considérer

1. On trouvera l'ensemble de ces réflexions in *Sécurité, territoire, population*, cours au Collège de France, 1977-1978, Paris, Gallimard-Le Seuil, 2004, p. 3-89.

comme le *taux normal*, et c'est par rapport à ce taux qu'on va, secondairement, opérer des distinctions du type : dans telle population, le rapport à ce taux normal est anormal, c'est-à-dire que la moyenne des troubles est plus élevée que dans le reste de la population. On va donc repérer des populations à risque. Par exemple, dans le cas des suicides, la population adolescente. Et identifier à partir de là des risques différentiels, qu'on appellera des « facteurs de risques », sur lesquels on travaillera. Il ne s'agira donc pas de faire disparaître totalement un phénomène – à la rigueur, c'est un vœu pieux, et qui serait financièrement très coûteux – mais de réduire les risques, c'est-à-dire les perturbations au taux acceptable (normal) qui a été défini.

3 / Fondamentalement, le dispositif de sécurité est un dispositif de traitement de l'aléatoire et de gouvernement des conduites. Pour se prémunir des risques et pour contrôler les conduites, on pourrait imaginer qu'on va multiplier les *lois* et mettre en place tout un dispositif *légal*, ce qui est en partie vrai ; on pourrait imaginer – et, là encore, c'est en partie juste – qu'on va déployer tout un ensemble de systèmes de *normes*, un dispositif *disciplinaire* – des normes sanitaires, par exemple – avec des contrôles réguliers, des formations disciplinaires à l'hygiène, etc.¹. Mais ce n'est pas là le cœur de la politique de traitement de l'aléatoire et du gouvernement actuel des conduites. Tout cet ensemble de lois et de normes serait extrêmement coûteux à mettre effectivement en place et à faire fonctionner – or l'un des aspects essentiels du mode actuel de gouvernement des conduites est d'insérer les phénomènes dans un calcul des coûts relatifs ; d'autre part, il

1. Cela permet de souligner qu'il n'y a pas substitution mais articulation, entrecroisement des différents dispositifs pensés par Foucault : dispositif légal : à un interdit correspond un châtiement : l'acte non conforme à cet interdit reçoit la peine correspondante ; dispositifs disciplinaires : en amont et en aval de la loi opèrent des processus qui fonctionnent non plus avec la loi mais des normes diverses – scolaires, familiales, etc. – et dans leur réseau émerge un individu plus ou moins normal, qui est la somme de ces écarts ; les processus disciplinaires visent à agir sur cet individu avant qu'il ne commette l'acte illégal, ou, une fois cet acte commis, à le corriger, le transformer, etc. Dispositifs sécuritaires, enfin, qui insèrent les actes dans une série statistique et dans un calcul de coûts relatifs ; dispositifs qui portent sur une population plutôt que sur un individu.

laisserait passer beaucoup, et beaucoup trop, même ; il n'aurait pas d'effets sur l'ensemble de la population, qui est le sujet général de ce type de biopolitique.

Le dispositif de sécurité, par opposition au dispositif disciplinaire, est beaucoup moins coûteux (en énergie et dépense de pouvoir), beaucoup plus extensif – il s'étend sur l'ensemble de la population et non sur des groupes spécifiques –, et en ce sens (et en ce sens *seulement*) plus efficace. Parce que, comme le dit Foucault, « la discipline, par définition, régleme tout ; elle ne laisse rien échapper [...] même les choses les plus petites ne doivent pas être abandonnées à elles-mêmes »¹ ; la discipline est *exhaustive* et prescriptive, mais par là même forcément localisée et coûteuse en dépense de pouvoir ; les mécanismes sécuritaires, eux, gagnent en *extensivité* ce qu'ils perdent en exhaustivité. Ils distinguent deux niveaux : un niveau qui est celui des individus, où il faut pour ainsi dire laisser faire, et un niveau qui est pertinent pour l'action biopolitique et son évaluation, et qui est celui de la population en général, et où il convient d'agir.

Ce qui va caractériser les mécanismes sécuritaires, c'est que, contrairement aux mécanismes disciplinaires, ils ne sont pas essentiellement prescripteurs, mais plutôt *régulateurs* : ils ne prescrivent pas les conduites, ils comportent tout un niveau de laisser-faire ; *ils se contentent de réguler les conduites*. C'est pour ça qu'ils s'articulent pour Foucault à un mode libéral de gouvernement des individus. Foucault le dit même très nettement : la liberté est un corrélat nécessaire des mécanismes de sécurité. Les dispositifs sécuritaires ne vont pas chercher à restreindre la liberté des sujets – en tout cas, pas explicitement ; pas, comme dans les disciplines, en s'efforçant de faire rentrer chaque acte dans une série de cadres bien définis. Mais ils vont au contraire s'appuyer sur elle, selon le principe suivant : l'homme bien constitué fera ce qui correspond à ses intérêts, on va donc s'appuyer sur lui, en lui montrant que son intérêt repose sur tel ou tel choix, telle ou telle action ; on va, en quelque sorte, lui laisser le contrôle de lui-même, le laisser faire, au moins autant que possible, et ce sera la meilleure

1. *Op. cit.*, p. 47.

manière d'arriver aux résultats escomptés¹. Pour le dire autrement, le dispositif de sécurité va s'appuyer autant que possible sur l'*autonomie* du sujet, et le problème, évidemment central, qui va alors se poser est celui de la manière de traiter tout ce qui nuit plus ou moins à cette autonomie, qui empêche le sujet de se déterminer « librement ».

On peut émettre l'hypothèse suivante : ce qui caractérise très grossièrement la psychiatrie – et les disciplines afférentes – dans ces trente dernières années, c'est la difficile intégration dans un dispositif de sécurité et dans un mode disons « libéral » de gouvernement des conduites, étant bien entendu que ce mode « libéral » ne se limite pas – même s'il l'inclut – à caractériser des options économiques. Il est bien évident que les choses ne peuvent se formuler aussi abruptement, dans la mesure où il n'y a pas à proprement parler « passage » ou « succession » d'un dispositif « disciplinaire » à un dispositif de sécurité, la psychiatrie ayant depuis le XIX^e siècle joué un rôle dans des dispositifs de sécurité², et inversement, les dispositifs disciplinaires ne disparaissant pas, loin s'en faut³. Mais il reste que la réflexion en termes de recodage, de traduction des pratiques psychiatriques en éléments d'un dispositif de sécurité, permet bien de rendre compte de tout un ensemble de mutations dans le champ de ce que désormais on appelle « la santé mentale ».

1. Foucault explicite plus encore cette position dans le cours suivant, trop souvent négligé : *Naissance de la biopolitique*, cours au Collège de France, 1978-1979, Paris, Gallimard-Le Seuil, 2004. Le cours élabore notamment une analyse de la notion de l'homme défini comme être d'intérêt, *homo oeconomicus*, susceptible de se déterminer et de faire des choix autonomes, qui est tout à fait décisive pour penser l'articulation de la liberté et des mécanismes de sécurité et trouve sa meilleure illustration dans les principes de l'éducation pour la santé.
2. La remarque de Robert Castel sur le fait que Morel, par exemple, dans son *Traité des dégénérescences*, « propose “un point de vue hygiénique et prophylactique” à partir de la prise en compte de la fréquence des maladies mentales [...] dans les couches les plus défavorisées de la population et met en rapport cette fréquence avec les conditions de vie » et que, ce faisant, « il raisonne déjà en termes de risques objectifs, c'est-à-dire de corrélations statistiques entre des séries de phénomènes » (Robert Castel, « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 47, n° 1, 1983, p. 120) est – mis à part quelques anachronismes – tout à fait juste.
3. En témoigne, parmi d'autres, la proposition de créer des centres fermés pour les multirécidivistes, notamment agresseurs sexuels.

Les conséquences de ces transformations, dans la mesure néanmoins où elles auront une effectivité réelle, sont très importantes, à la fois pour les technologies de prise en charge et pour la définition de leurs « objets ».

DE LA PSYCHIATRIE À LA SANTÉ MENTALE

Les réflexions de Michel Foucault jettent certaines lumières sur ces évolutions de la médecine mentale, notamment en permettant de les intégrer dans une réflexion plus générale sur la forme de rationalité gouvernementale en présence. Il n'est guère contestable, en effet, qu'on doive envisager ces transformations, l'assomption d'une politique de « santé mentale », en articulation avec les transformations plus générales du dispositif de santé – accent mis sur la promotion de la santé et sur la prévention, rationalisation et évaluation des pratiques de soin, affirmation du fait que la lutte contre la « maladie » est un objectif trop réducteur, auquel le développement de la « santé » doit être substitué¹ –, voire avec des mutations propres à d'autres secteurs, par exemple la promotion de tout un ensemble de techniques de prise en charge en milieu ouvert comme alternative ou prolongement du carcéral et l'accent mis sur les dispositifs de réinsertion.

La politique de santé mentale, promue depuis une vingtaine d'années, et notamment depuis la circulaire n° 577 du 14 mars 1990, présente incontestablement toutes les caractéristiques d'un dispositif de sécurité. Et en premier lieu son ancrage territorial. Le célèbre rapport d'Éric Piel et Jean-Luc Roelandt est de ce point de vue tout à fait exemplaire. « Il s'agit, dit-il, de mettre la psychiatrie dans la ville, dans la communauté, et la ville et la communauté dans la psy-

1. Cf. par exemple le rapport de Guy Robert au Conseil économique et social, *La prévention en matière de santé*, novembre 2003. On peut aussi renvoyer aux analyses remarquables de Luc Berlivet, in Didier Fassin et Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, et « Les démographes et l'alcoolisme. Du "fléau social" au "risque de santé" », *Vingtième siècle*, n° 95/3, 2007, p. 93-113.

chiatric. »¹ Pour ce faire, il convient de prolonger la politique de sectorisation qui, en théorie du moins, caractérise l'organisation de la psychiatrie en France depuis les années 1960. Cela signifie concrètement établir un dispositif continu et échelonné de soins sur un territoire pertinent, ou bassin de santé (qui est en réalité défini comme un ensemble populationnel), qui articule une pluralité de secteurs composés d'une équipe de soins à domicile, de centres médico-psychologiques, de familles d'accueil et d'appartements thérapeutiques, avec un centre d'accueil intersectoriel, des services de psychiatrie de liaison et de soins à diverses populations précaires. Ce dispositif, intitulé Service territorial de psychiatrie, devrait être lui-même doublé d'un dispositif de réseaux articulant des acteurs sanitaires classiques avec des acteurs sociaux, judiciaires, etc., intitulé, quant à lui, Réseau territorial de santé mentale. De ce projet, il convient de retenir tout d'abord l'ancrage territorial, la dissémination dans l'ensemble de l'espace ouvert de dispositifs gradués de prise en charge². Ce que Piel et Roelandt dénoncent, c'est le caractère hospitalo-centré de l'ancien système, au nom de sa rigidité – il ne prendrait pas en compte et n'irait pas suffisamment au-devant des « usagers » –, de la stigmatisation des malades mentaux qu'il implique, de la ségrégation qu'il opère, etc. On ne peut qu'applaudir à ce genre de déclarations. Inversement, le système qu'ils proposent permettrait d'« aller vers les personnes malades ou souffrantes, avec les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux et avec les élus locaux » ; il permettrait aussi de mieux prendre en compte les usagers, c'est-à-dire « toute personne qui peut se sentir concernée, à un moment ou l'autre de sa vie, par un problème de santé mentale »³, en leur proposant une offre de soins à la fois continue, de proximité et proportionnée. Il lutterait enfin contre la discrimination des sujets malades en autorisant leur maintien dans l'espace de la communauté, dans leur milieu de vie.

1. É. Piel, J.-L. Roelandt, *De la psychiatrie à la santé mentale*, rapport remis en mars 2001, p. 6.

2. Ce que la circulaire du 14 mars 1990 qualifiait de « stratégies en palier ».

3. Voir p. 22.

Il est bien clair que ces dispositions cherchent à instituer un nouveau type d'espace et de gouvernement des conduites, bien distinct de celui qu'ont pu représenter les asiles puis les hôpitaux psychiatriques, voire le secteur hospitalo-centré. Cet espace a toutes les caractéristiques de l'espace de sécurité. On ne saurait le dénoncer abruptement en transposant sur lui les critiques qui ont été élaborées à propos des espaces disciplinaires, et c'est toute sa force. Il s'appuie sur bien des revendications issues de la critique de l'aliénisme. On doit l'envisager comme un espace où le sujet est laissé libre de circuler, de vivre, de produire, de consommer¹, mais c'est un espace aménagé pour réduire les risques de cette liberté tout en s'appuyant sur elle. Il existe tout un ensemble gradué de mécanismes de gestion des risques, dont l'espace « disciplinaire » de l'hôpital n'est plus qu'un élément. Il serait assurément bien naïf de croire que cette transformation est le simple résultat d'une victoire des revendications des mouvements anti-aliénistes ou des associations de malades, même si ceux-ci ont joué un rôle². Elle résulte plus probablement d'une multiplicité de facteurs parmi lesquels on peut relever l'évolution thérapeutique, puisque les psychotropes permettent en effet de réguler suffisamment le comportement de certains psychotiques pour autoriser une intégration dans la communauté³, et assurément une transformation générale de la rationalité de gouvernement des populations et une mutation afférente des techniques de prise en charge, avec une redistribution globale dans la répartition des pouvoirs. Un tel dispositif permet en effet, d'une part, de s'appuyer concrètement sur la liberté du sujet – en partie, je l'ai dit, grâce aux médicaments – et donc de lui déléguer pour partie le

1. L'enjeu est bien la prise en charge d'une circulation, d'un parcours, comme le dit le rapport : « Il faut passer d'une logique d'institution à une logique de santé, c'est-à-dire à une logique de réseau. Il s'agit de gérer des parcours plutôt que des incidents ponctuels. »
2. L'article d'Isabelle von Bueltzingsloewen qui ouvre ce recueil illustre lui aussi, d'une certaine façon, la réalité des transformations en psychiatrie. Comme elle le montre clairement, l'une des premières remises en cause effectives du système asilaire, dans les années 1940, n'a pas pour origine principale des idéaux de transformation et de libération des malades, mais s'insère dans un contexte particulier de pénurie et de famine, qui est celui de la Seconde Guerre mondiale.
3. Voir sur ce point l'ouvrage de Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique*, Paris, PUF, 2006, et son article ici-même, p. 131 et s.

gouvernement de sa conduite ; il représente en ce sens une économie incontestable des énergies et des moyens ; il permet aussi un redéploiement de l'exhaustivité perdue sur le contrôle de certains individus, à la prise en charge d'une population bien plus extensive – celle justement que prend pour objet la santé mentale – et bien plus en amont, c'est-à-dire préventivement.

La circulaire de 1990 était de ce point de vue tout à fait explicite : la redistribution s'intègre bien aussi dans un calcul des coûts et dans une répartition nouvelle des pouvoirs, qui visent à une plus grande extensivité : comme il est noté, « le coût [des troubles mentaux au sens large] est, pour la collectivité, important » ; on constate une saisie trop tardive, et souvent en urgence, des services par les personnes, du fait de leur manque d'information ou d'une mauvaise accessibilité. Surtout, les « réponses du système de soins [sont] encore trop rigides [...] des prises en charge à temps complet [sont] encore beaucoup trop fréquentes et prolongées » ; le recours à l'hospitalisation trop fréquent¹. Autrement dit, ce sont les structures « disciplinaires » – hôpital et hospitalisations – qui gênent par leur manque de souplesse, leur écart par rapport à la communauté, leur incapacité à intervenir en amont des situations d'urgence et de diffuser dans l'ensemble de la population, et ce en dépit des efforts impliqués par la sectorisation. Il s'agira donc, précise la circulaire, d'opérer un véritable redéploiement des moyens – donc des effectifs et des pouvoirs – vers un système sécuritaire dont les caractéristiques principales sont l'essaimage dans la population, l'accessibilité, les actions préventives, etc. « Il conviendra donc de poursuivre un effort rigoureux de diminution des capacités d'hospitalisation complète permettant de dégager des moyens en personnel et biens matériels. Fonte des capacités d'hospitalisation complète et construction d'un système diversifié propre à mieux répondre aux besoins de santé de la population sont interdépendants et devront évoluer de pair. »

1. Notre système est « encore beaucoup trop concentré et [...] trop consacré à l'hospitalisation à temps complet, supportée par une lourde infrastructure de services généraux et d'entretien ».

Aller au-devant des usagers, c'est sans doute un bel objectif ; mais dont on devine le revers. Il s'agit de l'extension quasi indéfinie du dispositif – du moment où, dit-on, « le trouble mental [peut] être l'apanage de tous », où, « cette année, un Français sur quatre souffrira d'un trouble mental »¹ et où la distinction entre ce qui relève ou non de la santé mentale est particulièrement floue. On se retrouve devant un type de retournement ironique analogue à celui qu'Étienne Balibar analysait en 1988 à propos du racisme « culturaliste »² ; de même que l'argumentation de ce type de « racisme » prend au mot et s'appuie sur les argumentations traditionnelles antiracistes du culturalisme anthropologique suscitant un effet de désorientation de la critique, de même, on assiste ici à la reprise de tout un ensemble d'arguments propres à la critique antipsychiatrique ou désaliéniste – ségrégation des malades mentaux, stigmatisation, non-reconnaissance des droits des malades et de leur parole, nécessité de l'inscription des sujets dans la communauté –, pour aboutir à un résultat assez proche de leur pire cauchemar – à savoir, l'extension illimitée d'un dispositif de santé mentale³.

Très significative de ce point de vue est une dernière caractéristique organisationnelle du dispositif de santé mentale. C'est sans doute la plus importante au niveau de ses effets à long terme, mais aussi celle qui suscite le plus de résistances au niveau des psychiatres⁴. Car le dispositif de santé mentale ne prétend pas seulement prolonger la sectorisation ; il cherche à l'intégrer dans un dispositif plus large de gouvernement des individus, qu'on qualifiera de « réseaux ». Quoi de plus normal, au fond, du moment qu'on établit un continuum au

1. Rapport Piel/Roelandt, p. 22 et 6.

2. É. Balibar, « Y a-t-il un "néo-racisme" ? », in É. Balibar et I. Wallerstein, *Race, nation, classe*, Paris, La Découverte, 1998, note p. 32-34.

3. Il va sans dire que l'analogie que je propose ne vise pas à assimiler en quoi que ce soit les promoteurs de la politique de santé mentale et les « racistes culturalistes » ; c'est juste l'analogie dans les mécanismes de retournement des argumentations et les effets de désorientation qu'ils impliquent qui m'intéressent.

4. Sur les résistances des psychiatres à la mise en place de la politique de santé mentale, cf. *infra* et l'article de Sandra Philippe, « La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale », *Revue française de science politique*, vol. 54, n° 2, avril 2004, p. 315-334.

niveau populationnel et qu'on se propose de couvrir la santé de la population *en général* – puisqu'il ne s'agit plus de traiter des malades, d'opérer des partages binaires ? Comme l'avait rappelé la lettre de mission adressée à Piel et Roelandt par les ministres concernés, il s'agit de « redéfinir une politique de sectorisation psychiatrique fondée sur un fonctionnement en réseau et intégrée dans le tissu sanitaire, médico-social et social ». La spécificité de la population prise en charge disparaît en quelque sorte pour s'intégrer dans un continuum qui est justement celui de la santé mentale dont le plan 2005-2008 rappelle qu'elle « comporte trois dimensions : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques », et que, par conséquent, « une réponse sanitaire ne suffit pas »¹. La santé mentale, en effet, désigne un continuum d'états non spécifiquement pathologiques qui s'insèrent dans quelque chose comme le parcours de vie d'une personne, qui doit être encadré dans sa globalité, dans sa continuité, par une pluralité d'acteurs hétéroclites qui ont pour seul point commun d'être confrontés et de pouvoir répondre, chacun à son niveau, à une possible « souffrance psychique ». Nous allons voir les conséquences de cette extension sur la notion même de « maladie mentale », mais on peut voir qu'il en découle assez logiquement, de manière « naturelle », ajoute le rapport Piel/Roelandt, « l'articulation nécessaire du dispositif soignant avec les institutions du secteur médico-social. Celles-ci sont en ce moment massivement dépsychiatriquées et démédicalisées, ce qui contribue à augmenter la charge du service public et laisse sans soins adaptés des patients ». Cela implique donc la collaboration en réseau d'acteurs du monde psychiatrique, psychologique, infirmier, avec des travailleurs sociaux, mais aussi – et ce point n'est pas négligeable, nous allons le voir – avec des acteurs du monde judiciaire ou de l'éducation. Cette collaboration est d'ailleurs explicitement pensée dans le rapport qui prévoit la présence dans le Conseil territorial de santé mentale, entre

1. Plan Santé mentale 2005-2008, p. 4.

autres, des services de la protection judiciaire de la jeunesse, des services d'action éducative en milieu ouvert et des services de libération surveillée¹. Et le fait que les auteurs estiment que l'opposition entre logique de soins et logique pénale doit être dépassée, que la doctrine de l'irresponsabilité des malades mentaux est un dogme, etc., ne va pas sans poser certaines questions.

La notion de réseau pose un problème évident qui est celui du partage des informations : jusqu'à quel point peut-on tenir l'idée qu'il faut une articulation entre différents acteurs sur un certain nombre de troubles considérés comme non spécifiques, sans poser nécessairement la question de la remise en cause du secret médical ou, du moins, de son partage ? Il est de fait incontestable que, pour tout un ensemble de praticiens qui interviennent avec des sujets atteints de « troubles » complexes – le cas de « la souffrance adolescente » en est un exemple –, les notions de « secret » et de « cadre » médicaux, le colloque singulier patient-médecin, représentent des obstacles qu'ils prétendent contourner au nom de la prise en charge nécessaire d'une souffrance, en se référant par exemple à un « secret partagé ». Quelle que soit la réponse à apporter à ces transformations, on ne peut pas ne pas souligner les dangers et les abus qu'ils peuvent impliquer.

LA MALADIE EN QUESTION

Dans le n° 23 du *Journal français de psychiatrie*, consacré précisément au passage de la psychiatrie à la santé mentale, Charles Melman ouvrait son article avec cette déclaration à la fois lucide et ironique : « [Le rapport Piel/Roelandt] contient plusieurs bonnes nouvelles dont on regrettera qu'elles ne soient pas plus largement connues. La

1. Le plan Santé mentale 2005-2008 dénonce lui aussi les « cloisonnements [...] qui existent également entre les acteurs sanitaires et les acteurs sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires alors même que les besoins en santé mentale s'expriment dans des lieux et à des moments divers » (p. 6).

première, c'est qu'il n'y a plus de folie ; elle a cessé de se manifester. Seuls subsistent "les problèmes que peut poser la santé mentale".¹ L'affirmation traduit un malaise de la part de certains psychiatres. Mais elle pose surtout un problème plus général : il est bien clair, en effet, que le mode de gouvernement des individus duquel participe la politique de santé mentale conduit à interroger la notion même de « maladie mentale ». En cela, elle s'insère très clairement dans le projet plus général de promotion de la santé dont l'idée fondamentale est la suivante : trop longtemps, la santé a été pensée comme l'opposé de la maladie – comme, disons, l'absence de maladie. Prévenir, dans ce cas, signifiait : prévenir la maladie. Mais, en réalité, « la santé est devenue une valeur sociale centrale, identifiée à l'accomplissement personnel » et « l'objet de la prévention n'est plus seulement le risque de maladie mais, plus largement, la recherche du bien-être »², en accord d'ailleurs avec la définition de la santé, extensive et idéale, donnée par l'OMS dès 1946, c'est-à-dire « un état de complet bien-être physique, mental et social, et non point seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ». La santé, ce n'est donc pas l'absence de maladie, ou la faculté de surmonter les maladies ; la santé, c'est le bien-être complet, dans son articulation de composantes sociales, mentales et corporelles ; ce qui s'oppose au bien-être, et donc à la santé ainsi définie, c'est le mal-être. Et on peut légitimement se demander si, dans le cadre de cette définition, quelqu'un qui éprouve un certain mal-être peut être légitimement dit « en bonne santé ». La politique de prévention, dans ce cadre, va porter sur l'ensemble des conditions qui permettent ou entravent le bon développement, l'épanouissement des individus, ainsi que le recommande la charte d'Ottawa.

Dans le cadre de la santé mentale, cette redéfinition des objectifs de prise en charge prend la forme suivante. La référence n'est plus la maladie mentale – à la rigueur, le terme même de « maladie » tend à

1. « De la psychiatrie à la santé mentale », *Journal français de psychiatrie*, n° 23/4, 2006, p. 29.
2. Guy Robert, rapport au Conseil économique et social, *La prévention en matière de santé*, novembre 2003.

disparaître. On a la séquence continue « santé mentale positive », c'est-à-dire le souci du développement et de l'épanouissement personnels de chacun ; détresse ou souffrance psychique ; enfin, ce qui va être qualifié de « troubles » mentaux, qui recouvre un ensemble extrêmement composite de situations. Il est difficile de saisir en première instance ce qui fait l'unité de cette séquence. Significativement, les premiers rapports ou la circulaire de 1990, qui introduit l'expression « santé mentale », peinent à trouver le référent commun, et ils maintiennent encore un discours en termes de « maladies mentales » en même temps qu'ils insistent sur la nécessité « aujourd'hui d'envisager les problèmes de la santé publique sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé : en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant davantage aux aptitudes des individus et des groupes vis-à-vis de leur santé »¹. Le vocabulaire reste au fond celui, assez classique depuis les années 1980, de la promotion pour la santé, qui raisonne en termes d'éducation des populations à la santé, de prévention des troubles au plus tôt et au plus près des populations, de travail sur les facteurs de risque, et s'appuie explicitement sur le potentiel de chaque individu qu'il s'agit de développer. Comme le souligne Sandra Philippe, « la santé mentale est un nouveau répertoire d'action dont l'ingéniosité institutionnelle réside dans la volonté de conjuguer au sein d'une même politique une double action, sanitaire et sociale. [...] elle confère des "identités d'action" qui font de la santé mentale un objet d'action publique transversal mettant aux prises divers dispositifs sectoriels »².

Mais Sandra Philippe semble se tromper lorsqu'elle soutient que, dès la circulaire de 1990, « l'accent est mis sur l'apparition d'une demande de soin liée à la souffrance psychique »³. En réalité, me semble-t-il, l'apparition de cet objet (la souffrance psychique) qui constituerait précisément un support à l'identité d'action, qui cons-

1. Circulaire de 1990. Voir encore le rapport Joly de 1997 au Conseil économique et social, intitulé *Prévention et soins des maladies mentales*.

2. *Op. cit.*, p. 317.

3. *Ibid.*

titue la légitimation du dispositif de santé mentale et qui va servir à recoder les obstacles à l'épanouissement personnel de chacun – sous la forme : « on a affaire à une souffrance significative » – ne se fait que progressivement¹. Il n'est pas sûr non plus que « la souffrance psychique [...] n'est considérée ni comme une catégorie clinique, ni comme un problème social [et] ne suscite pas l'engagement des secteurs sanitaire et du travail social »². Bien au contraire, elle entend fournir un espace de légitimation, partagé par les soignants et les travailleurs sociaux, qui justifie l'articulation du sanitaire et du social impliquée par la politique de santé mentale³. En d'autres termes, on assiste dans les années 1990-2000, notamment avec le texte d'Antoine Lazarus et d'Hélène Strohl, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, à la définition de ce référent commun qui trouve écho dans les pratiques des différents acteurs de la santé mentale. Le plan Santé mentale 2005-2008 témoigne du résultat : c'est la souffrance ou la détresse psychologique qui constitue l'objet essentiel du dispositif de santé mentale et articule réponses sociales et sanitaires : il s'agit, en effet, de « relever le double défi de faire face à la souffrance des patients née du plus intime et d'apporter des réponses collectives cliniques, médico-sociales ou sociales, au profit de personnes le plus souvent vulnérables »⁴.

Cette assomption du critère de la souffrance pose un certain nombre de problèmes qu'il n'est pas question de traiter ici, mais dont on peut extraire cette question majeure : cette dimension de l'individu souffrant, qui est nécessairement *personnalisé*, n'introduit-elle pas une contradiction, ou à tout le moins un élément de fragilité, dans un mode de gouvernement des individus qui raisonne en termes de

1. Les premiers rapports et circulaires, et notamment celle de 1990, ne l'évoquent pas.

2. *Ibid.*

3. Sandra Philippe affirme que cette catégorie serait externe au champ de la clinique psychiatrique et que les psychiatres auraient du mal à se l'approprier. Cela me semble surprenant, dans la mesure où la plupart des entretiens que j'ai eu l'occasion de mener avec des psychiatres et des psychologues montre une situation plus nuancée ; la notion de souffrance, et la demande qui lui est associée, représente souvent l'unique référent pour les psychiatres qui permette de légitimer la prise en charge de sujets non psychotiques.

4. Voir p. 4.

populations ? Traiter ce point impliquerait de longs développements, car cette « contradiction » pose le problème, pourtant essentiel au dispositif de sécurité, de la manière dont une gestion populationnelle a pour corrélatif nécessaire l'appui sur la « liberté » et l' « autonomie » des individus ; on ne peut donc que le signaler ici et renvoyer à des réflexions postérieures.

S'il n'est pas sûr que, ainsi que l'affirme Sandra Philippe, les psychiatres en général aient du mal à s'approprier cette catégorie de souffrance qui serait externe à leurs pratiques, il est certain, par contre, que beaucoup dénoncent la définition extensive de la santé mentale qui lui est liée et la mise en cause corrélatrice de la maladie mentale. Le n° 23 du *Journal français de psychiatrie* tout entier témoigne de la peur d'une perte de la spécificité de la psychiatrie et de son objet. Plus généralement, on trouve chez les psychiatres un discours assez classique qui consiste à opposer « les missions premières de la psychiatrie » – à savoir, la prise en charge des psychotiques et des tentatives de suicides, et le risque de prise en charge de toute demande sociale, qui conduirait justement à se détourner des « vraies » missions dans un contexte de pénurie de praticiens. Comme le dit un psychiatre cité par Sandra Philippe : « Ce qui fait l'essentiel de notre travail et de notre spécificité, c'est quand même *la maladie mentale* » ; il convient bien évidemment d'adopter une certaine distance par rapport à ce genre de discours. L'histoire de la psychiatrie depuis ses origines, du moins depuis 1830, témoigne plutôt du fait que jamais la psychiatrie ne s'est occupée uniquement ni même de manière privilégiée de ceux qu'elle désigne aujourd'hui comme « psychotiques » et qu'elle s'est beaucoup plus développée dans la prise en charge de tout un ensemble de troubles qui ne relèvent pas du champ de la « psychose »¹. Que désormais elle affirme que sa spécificité et sa mission seraient la prise en charge de la psy-

1. Cette thèse, qui est notamment celle de Michel Foucault dans *Le pouvoir psychiatrique, Les anormaux*, et divers textes de *Dits et écrits*, ainsi que celle de Robert Castel dans *L'Ordre psychiatrique*, est – pour la seconde moitié du XIX^e siècle et la première moitié du XX^e notamment – peu contestable.

chose ou de la maladie mentale doit être pris pour ce qu'il est, c'est-à-dire un positionnement sociologique face aux mutations du champ de la santé mentale. Et il en est certainement pour partie de même des tentatives de corrélérer les divers troubles mentaux à des troubles neurologiques spécifiables et « scientifiquement » corroborés.

Le concept de « maladies mentales » tend donc à s'estomper face au concept de « troubles mentaux », lui-même intégré dans le continuum ouvert de la santé mentale. Au partage binaire malade/non-malade, le concept de troubles a l'avantage de substituer plus clairement une continuité dysfonctionnelle qui peut s'étendre, à des degrés divers, à la population en général. Il est impossible de revenir en détail sur les problèmes posés par le repérage des troubles mentaux et sur l'élaboration d'une classification des troubles mentaux indépendante de tout critère étiologique. On peut se contenter ici des remarques suivantes, qui s'appuient sur le DSM-IV-TR¹ : pour ce dernier, « aucune définition ne spécifie de façon adéquate les limites précises de “trouble mental” »². Le trouble, selon une définition qui se veut minimale, sera « conçu comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (par exemple, des symptômes de souffrance) ou à un handicap (par exemple, altération d'un ou plusieurs domaines de fonctionnement) ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte de liberté »³. On est donc nettement dans la configuration décrite par Foucault : on ne détermine pas à l'avance de partage entre le normal et l'anormal, on ne pose pas de norme comme étant première, on

1. Le DSM-IV-TR est la dernière version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, proposé comme référence essentielle par l'American Psychiatric Association. Bien qu'il ne soit pas utilisé fréquemment en France où il fait l'objet d'une résistance forte, notamment des psychiatres et psychologues de tendance psychodynamique, il est utile de s'y référer dans le cadre de cet article, puisqu'il représente assez nettement une forme populationnelle de repérage des troubles mentaux – son principe même étant de déterminer des ensembles de symptômes récurrents, sans postulat étiologique, en se fondant sur des méthodes statistiques.
2. American Psychiatric Association, DSM-IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e éd., texte révisé, Washington DC, 2000 ; trad. franç., Paris, Masson, 2003, p. XXXV.
3. *Ibid.*

déploie l'ensemble des événements – ici l'ensemble des « symptômes » – et on fixe un seuil d'acceptabilité : ici, la condition première pour qu'ils caractérisent un trouble est leur significativité clinique. En effet, comme le notent plus loin les auteurs, « la définition d'un trouble mental [...] stipule qu'il doit exister une souffrance ou une altération *cliniquement significatives*. Pour souligner l'importance de ce point, il y a pour la plupart des troubles un critère de significativité clinique [...]. Ce critère permet de *définir un seuil* pour le diagnostic du trouble dans les situations où le tableau clinique n'est pas pathologique en lui-même [...] et peut survenir chez des individus chez lesquels un diagnostic de “trouble mental” n'est pas justifié »¹. On peut difficilement trouver une définition qui corresponde mieux à la description de Foucault selon laquelle on va déterminer une suite neutre et ouverte de cas et fixer un seuil à partir duquel un phénomène ne peut plus être acceptable. Dans ce cadre, le pathologique est le cliniquement significatif (et le statistiquement significatif, notons-le), ce qui excède ce seuil ; mais il y a une continuité nette entre le trouble et toute une série de dysfonctionnements non significatifs.

L'une des conséquences bien connues de la définition donnée par le DSM, et plus généralement du parti pris minimaliste qui est le sien, est que c'est toujours *de l'extérieur* en un sens – dans une souffrance qui s'exprime, dans un dysfonctionnement comportemental, dans une « altération du fonctionnement social ou professionnel » – que le trouble existe. Le trouble n'est pas par exemple défini fondamentalement comme délire, ou comme une force qui excède le sujet ; il n'est avant tout que ce qu'il paraît, à travers une souffrance qui s'énonce sous forme de plaintes et de demandes, ou dans une perturbation de la relation à l'autre et au monde². L'un des enjeux de la politique de santé mentale va être le captage au plus tôt de cette souffrance qui,

1. Voir p. 8. Je souligne. Il convient de noter qu'à une significativité clinique s'ajoute aussi, on l'a vu, une significativité statistique pour retenir les syndromes pertinents dans la classification.
2. Le fait que les auteurs du DSM précisent que le trouble « doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique et biologique de l'individu » (p. XXXV) ne semble pas, de ce point de vue, changer grand-chose à l'analyse.

tant qu'elle demeure « cachée » dans l'intime, lui échappe. L'un des objectifs des politiques de prévention sera donc d'amener les sujets à formuler leur souffrance, à la coder comme un phénomène requérant une prise en charge, ce qu'ils ne feraient pas toujours spontanément¹, et à lutter contre les obstacles qui bloquent la manifestation libre de cette souffrance – les « secrets » de la famille, par exemple. L'information – et la circulation de l'information – devient un enjeu décisif du dispositif de santé mentale et il s'agit là aussi de lutter contre les obstacles – institutionnels – qui empêchent cette circulation entre les différentes professions impliquées.

Mais l'essentiel n'est sans doute pas là : si effectivement ce qui définit de manière privilégiée le trouble mental, c'est qu'« [il] altère le rapport à l'autre »², cela ouvre la voie à l'intégration, dans la catégorie – poreuse, on l'a vu – de « trouble mental », de tout un ensemble de comportements qui s'écartent de la « norme sociale » en vigueur sans qu'on puisse les référer à une quelconque pathologie mentale définie ; la « précaution » affichée par le DSM de ce point de vue est dérisoire et même, peut-on dire, particulièrement retorse. On y affirme en effet que « ni un comportement déviant [...] ou des conflits existant essentiellement entre l'individu et la société ne sont des troubles mentaux, *sauf si la déviance ou le conflit est le symptôme d'un dysfonctionnement chez l'individu considéré* »³. Non seulement les critères avancés par le DSM ne permettent pas en réalité de faire un départ net de ce qui renverrait à un « dysfonctionnement » individuel, puisqu'ils reposent essentiellement sur la « persistance » des « symptômes » et leur « significativité » clinique, mais ils ont pour effet pervers d'inviter à référer les conflits existant entre l'individu et la société à des dysfonctionnements individuels. Opération dont on ne cesse aujourd'hui de constater la réalité, que ce soit au niveau des écarts de conduite des adolescents ou à celui de dysfonctionnement des relations de travail.

1. La campagne de prévention qui a été lancée contre la dépression en est un exemple.

2. Plan Santé mentale 2005-2008, p. 4.

3. Voir p. XXXV-XXXVI. Je souligne.

VERS LA DISPARITION DU PULSIONNEL ?

Un cas tout à fait éloquent de ce genre de pratiques est la constitution de la catégorie de l'« auteur de violences », et particulièrement de violences sexuelles. Je ne peux ici que renvoyer à mon article « La prise en charge de l'auteur de violences sexuelles entre justice et psychiatrie » pour plus de détails, et je me bornerai à résumer ici certains points, dans la mesure où ils nous introduisent à un aspect important des mutations actuelles de la maladie mentale.

Comme on sait, le plus généralement, les violences sexuelles sont référées à un trouble de la personnalité. Ce trouble de la personnalité lui-même est signalé non par une souffrance manifeste – celle-ci vient après coup, et le plus souvent le thérapeute doit la faire émerger du sujet qui souffre sans le savoir ou sans pouvoir l'énoncer ; il s'agit de « travailler la demande » –, mais par un acte, repéré le plus souvent par la justice. On a affaire ici à ce que le DSM définit comme une « altération du fonctionnement social ». Certains psychiatres et psychologues le reconnaissent sans difficulté : dans l'un des centres qu'il m'a été donné d'étudier, on m'a à plusieurs reprises affirmé que ce qui caractérise cette population, c'est qu'elle menace la société, et on avait sur le sujet une position pragmatique et « expérimentale ». Un psychiatre, par exemple, caractérisait ces actes comme « des comportements inacceptables et aberrants, inacceptables pour tous, pour toute la société, pour nous comme pour vous » ; ce qui permet de les caractériser comme pathologiques, c'est d'une part qu'ils « menacent la société » et d'autre part qu'ils « handicapent la vie de ces sujets » (entendons ici qu'ils l'handicapent dans la mesure où ils leur valent d'être sanctionnés par la justice). La grande majorité des psychiatres et psychologues, moins prosaïques, s'efforce de coder un peu différemment ce genre de troubles, en les ancrant très nettement dans un dysfonctionnement individuel, et c'est ici que les choses deviennent encore plus intéressantes.

Que se passe-t-il en effet ? La plupart des thérapeutes auxquels nous faisons référence sont de tendance psychanalytique – c’est une originalité française, qui s’explique pour des raisons complexes, que la prise en charge des auteurs de violences sexuelles soit l’affaire essentiellement de thérapeutes psychodynamiques. On s’attendrait donc à ce que – puisque, tout de même, il s’agit ici de sexualité – on ait affaire à quelque chose comme de la pulsion. Or ce n’est pas vraiment le cas. Se fondant notamment sur les travaux de Claude Balier sur les « agirs violents », la sexualité est définie comme « la capacité *d’investir l’autre*, de l’investir avec plaisir, de permettre des *échanges* et l’identification à *l’autre* [... la] sexualité [est] à concevoir dans son développement qui parvient jusqu’à l’investissement d’un objet au niveau génital, c’est-à-dire la *capacité d’aimer l’autre réellement dans sa différence* »¹. La secrétaire de la principale association pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (l’ARTAAS) le souligne elle aussi clairement : « Ce qui prime, c’est la problématique de violence et de destruction psychique de l’autre. » La sexualité n’est plus interprétée en termes de pulsion, ni comme fonction ou même à proprement parler en termes de recherche de plaisir ; elle est qualifiée comme une *relation* entre deux partenaires sujets, relation qui se doit d’être symétrique, où autrui est reconnu comme tel, c’est-à-dire à la fois comme égal et différent ; et le critère de la déviance sexuelle ne passe plus par le but ou l’objet de la sexualité, mais concerne la perturbation de la relation, la violence et la négation d’autrui².

1. Claude Balier, *Entre pression sociale et injonction légale : peut-on soigner les délinquants sexuels ?*, Actes du V^e Séminaire du CEDEP, Montignac, 1996, p. 79. Je souligne.
2. Comme le souligne Claude Balier : « Des psychanalystes ont dit : “Ça n’existe pas la perversion, on est tous pervers [...]” On est dans une impasse à partir du moment où on parle véritablement de la pulsion. On essaye de définir une anomalie [...] de la pulsion sexuelle. Les classifications internationales en sont là. Quand on parle de paraphilie, de troubles de la préférence sexuelle, c’est bien de la pulsion qu’on parle » (*op. cit.*, p. 79). Or la tentative d’une définition à partir d’une base uniquement pulsionnelle échoue. C’est donc à travers autre chose que le critère pulsionnel que la sexualité déviante sera définie : la perversion devient « un certain type de pathologie sexuelle marquée par la violence » (*Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF, 1996, p. 145) et la violence doit s’interpréter selon une analyse marquée par la référence au narcissisme.

Bien évidemment, comme j'espère l'avoir montré dans mon article, cette transformation doit être rapportée à une redéfinition plus générale de la sexualité en termes relationnels. Mais je voudrais l'envisager ici sous un angle un peu différent. Finalement, ce qu'on peut poser comme question, c'est ceci : en définissant de manière privilégiée le trouble comme relevant d'une perturbation de la relation à l'autre et à l'environnement social, qui se manifeste par des « agirs » violents ou des comportements « non appropriés », n'assiste-t-on pas plus généralement à un déplacement d'accent dans la manière d'envisager les troubles, du pulsionnel au relationnel, ou, si l'on préfère, à une certaine mise à l'écart de la question d'une force qui excède le sujet, du rapport de cette force à la volonté du sujet, au profit de la question des effets des actes du sujet sur autrui¹ ? Il y a là une question qui me paraît importante, car elle transparait très clairement à la fois dans les réflexions théoriques sur les troubles mentaux et du comportement, et – peut-être surtout – dans les techniques de gouvernement des individus concernés. C'est sur cette seconde dimension que je veux m'attarder un instant.

Cette hypothèse mérite assurément d'être affinée et précisée dans ce qu'elle a de caricatural. Mais il convient de la poser. On peut essayer d'ébaucher très rapidement certains éléments qui viennent la confirmer et en rendre compte. Au fond, il faut se rappeler que la maladie mentale s'est trouvée longtemps définie – et continue à l'être largement – non simplement d'un point de vue médical, mais au niveau juridique, et notamment pénal. L'article 64 de l'ancien Code pénal, comme on sait, stipulait qu'« il n'y a ni crime, ni délit, lorsque l'accusé était en état de démence au moment des faits ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister », et posait ainsi le cadre à l'intérieur duquel devait être pensée la

1. Et sur la société. Mais la nouveauté est beaucoup moins que ces sujets « menacent la société » – car au fond on trouve dès la fin du XIX^e siècle, dans certains courants de pensée criminologiques et pénalistes ou dans le mouvement de défense sociale, cette idée que la responsabilité du sujet est une question moins importante que le danger qu'il représente pour la société – que dans la thématique, nouvelle celle-là, de la violation de l'autre personnalisé sous la forme de la victime.

maladie mentale, c'est-à-dire en termes de responsabilité, par rapport à autrui certes, mais surtout entendue comme un rapport de soi à soi, dans la mesure où ce qui était demandé, c'était de savoir si le sujet avait vraiment eu le contrôle de ses actes, s'il en était vraiment l'origine ou, si l'on veut, un simple acteur vide. Cet article coïncidait plus ou moins avec une réflexion psychiatrique qui étudiait la folie – au sens large – en termes de d'automatisme, de force contraignante, etc. On sait que le partage grossier malade/non-malade, irresponsable/responsable, a très vite été remis en cause avec l'apparition de la notion de responsabilité atténuée – souvent avancée par les avocats et les experts pour nuancer la responsabilité de sujets en apparence normaux au nom d'un délire dans leurs actes – puis par la circulaire Chaumié. Mais ce n'est qu'en 1994, avec la refonte du Code pénal, que l'article 64 a été transformé en article 122-1, comportant deux alinéas¹. Le deuxième alinéa ouvre une nette brèche dans le partage malade/non-malade, irresponsable/responsable, qui est d'une grande importance car elle remet explicitement en cause le partage, déjà largement mis en cause dans la pratique, du pénal et du soin. La notion massive de « maladie mentale », bien nettement délimitée *en théorie* dans le Code pénal, en est affaiblie ; d'autant qu'il convient bien de voir que le Code pénal parle dans les deux cas d'un *trouble* psychique ou neuropsychique, introduisant une continuité – et donc une porosité – entre l'abolition et l'altération du discernement ou du contrôle. Il faut bien voir que cette transformation s'inscrit dans un contexte plus général qui conduit, là encore, à mettre la notion même de « maladie mentale », telle qu'elle pouvait plus ou moins s'appuyer sur le Code pénal et se référer à l'irresponsabilité, en question.

1. L'alinéa 1 : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant *aboli* son discernement ou le contrôle de ses actes », reprend en quelque sorte l'article 64 ; l'alinéa 2 : « La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime » reprend plutôt la circulaire Chaumié, mais il ouvre surtout une brèche dans la binarité fondamentale du régime malade/non-malade, dont les conséquences sont variées.

Mon hypothèse serait donc qu'il convient d'envisager cette transformation à l'intérieur d'un cadre où le domaine du pulsionnel et d'une dimension qui excède le sujet est de plus en plus difficile, sinon à penser, en tout cas à admettre dans les pratiques de gouvernement des individus ; et où, inversement, ce sont les relations du sujet à autrui et à son environnement – et notamment les actes et les choix de comportements du sujet – qui deviennent les objets décisifs. Comme je l'ai souligné précédemment, les dispositifs de sécurité analysés par Foucault ont pour corrélat nécessaire de s'appuyer sur le postulat de l'autonomie du sujet. Dans ce cadre, le problème pulsionnel est difficilement intégrable, sinon en termes de perturbations à résoudre, au même titre que toutes celles qui menacent l'autonomie du sujet. Il me semble que ce postulat de l'autonomie du sujet, nous le voyons jouer à différents niveaux.

Le premier est celui de la définition même des « usagers » de la santé mentale. L'article de Charles Melman, par-delà certaines exagérations qu'il faut prendre avec précaution, le voit très bien : le sujet de la santé mentale, dit-il, « n'est plus un malade ; il est seulement un "usager", voire un "consommateur" [...] citoyen de plein droit, il doit pouvoir délibérer avec le médecin sur les traitements envisagés [...] les possibilités d'analyse et de choix lui sont restituées par l'autorité gouvernementale quand ses "problèmes" risquaient de l'en priver [...] responsable donc, il est averti que [sa dangerosité à l'égard d'autrui] sera renvoyée devant le juge et exposée à la sanction pénale »¹. Nous nous trouvons devant une situation proche de celle que nous avons évoquée précédemment : reprenant les argumentaires anti-aliénistes des années 1960, le rapport Piel/Roelandt, ainsi que la plupart des promoteurs de la santé mentale, dénoncent le caractère ségrégatif de la notion de malade mental et demandent de « lui reconnaître de façon éminente sa place et sa parole de sujet et de citoyen »². Les « problèmes » rencontrés par le sujet n'annulent donc pas ses droits, et il n'a aucune spécificité ; il est, si l'on veut, un malade comme un

1. *Op. cit.*, p. 29.

2. Rapport *De la psychiatrie à la santé mentale*, *op. cit.*, p. 21.

autre. Ou, mieux, il est un « usager » de « services » auxquels il adresse « une demande » en fonction de ses « besoins », et il convient de développer une « offre » de services appropriée à ses besoins. La charte qui définit l'usager de santé mentale est très claire : celui-ci est « une personne à part entière, qui souffre, informée [...], qui participe activement aux décisions la concernant, responsable qui peut s'estimer lésée [...] citoyenne, actrice à part entière de la politique de santé »¹. Évidemment, là encore, on ne peut qu'applaudir à cette prise en compte de la parole du sujet et de sa famille, à l'intégration dans les débats des sujets malades, de leurs proches et de leurs associations, comme interlocuteurs sociologiquement légitimes. C'est d'ailleurs une constante des politiques de santé mentale. Mais elle a, là encore, un revers. Car si le sujet malade est un sujet comme un autre et qu'on s'insurge contre la ségrégation dont il était l'objet auparavant quand il était dit « aliéné », qu'on affirme sa responsabilité, sa relative autonomie, sa faculté de choix et d'implication dans des processus décisionnels, alors on se demande bien en effet pourquoi on doit maintenir ce que les auteurs du rapport appellent « le dogme de l'irresponsabilité pénale des personnes malades mentaux », et on est conduit à dénoncer avec eux l'opposition entre les logiques de soin et pénale qui est « stérile tant au plan des intérêts de l'individu que de ceux de la société »². Les auteurs font d'ailleurs eux-mêmes explicitement ce lien : « La folie n'étant en aucun cas cause de non-imputabilité de l'acte commis, nous prenons fermement position pour la révision de l'article 122-1, alinéa 1. Nous sommes pour la nécessité du procès, y compris la possibilité d'un temps de soin pour que le *sujet et citoyen* "y soit" dans ce procès. »³ Puisque le malade mental reste sujet et citoyen, mettant fin ainsi à la « ségrégation » qui prétendait le tenir hors de la société comme un sujet incapable et « sans droit », alors il est un sujet de droit, susceptible de comparaître au tribunal de la société qui est la sienne. Il doit d'autant plus être dans le

1. Citée in *ibid.*, p. 23-24.

2. *Op. cit.*, p. 37.

3. *Ibid.* Je souligne.

procès que, selon une vulgate qui tend à se développer pour justifier l'articulation entre soin et justice, une telle « confrontation à la justice pour l'acte commis est chose nécessaire pour lever le déni et contraindre le mis en cause à s'interroger sur son propre fonctionnement »¹. Cette idée, particulièrement développée chez les acteurs de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, tend à s'étendre à d'autres secteurs. Le rappel de la loi – et le procès – ont un effet important de rappel de la réalité, de cadrage du sujet, et luttent contre le clivage qui souvent le caractérise. En ce sens, pour Marcel Colin par exemple, « l'intervention de la loi s'avère un puissant adjuvant thérapeutique »². Elle joue un rôle dans la resubjectivation du sujet et permet, ainsi que le précise la citation fournie par Piel et Roelandt, de « provoquer une situation dans laquelle la personne obligée perçoit, malgré sa vulnérabilité pénalement stigmatisée, *que n'est pas niée son autonomie* ».

Comme par ailleurs le principe de la continuité des soins implique une théorique prise en charge thérapeutique des sujets incarcérés, on comprend que le principe d'irresponsabilité des sujets soit mis en cause. Mise en cause qui se traduit dans les faits par une incontestable raréfaction des non-lieux psychiatriques³ et, plus généralement, par l'ouverture d'un débat sur la remise en cause des dispositions de l'article 122-1. Ce débat intègre un autre élément qui vient appuyer la thèse selon laquelle il y a un relatif déplacement d'accent de la pro-

1. *Ibid.* Il s'agit, de manière significative, d'une citation de Claude Balier. Éric Piel et Jean-Luc Roelandt s'empressent d'ajouter : « À notre avis, ce texte, situé dans un ouvrage sur les délinquants sexuels, a une portée générale. » Et il faut sans nul doute comprendre qu'ils estiment qu'il s'applique aux psychotiques dispensés de la poursuite de la procédure pénale par l'article 122-1, al. 1.
2. M. Colin, « Nul n'est tenu de se soigner ? », *Violences sexuelles. Le soin sous contrôle judiciaire*, Paris, In Press, 2003, p. 21. On trouvera d'amples argumentations sur ces sujets in André Ciavaldini, « Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur », *La Lettre de l'enfance et de l'adolescence*, LVII, 3, 2004 : La sanction : p. 23-30 ; et « Violences sexuelles : surveiller et/ou soigner, une question "éthique" », *Violences sexuelles, op. cit.* ; ainsi qu'une discussion de ces thèmes dans mon mémoire de master 2 d'anthropologie de la santé (non publié) : *Soigner et punir. Étude du dispositif de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles en France*, Paris, EHESS-ENS, 2006, III.C. « L'idéologie thérapeutique ».
3. On est passé de 17 % de non-lieux en 1984 à 0,17 % en 1998, selon Denis Salas, *La volonté de punir*, Paris, Hachette, 2005, p. 95.

blématique de la pulsion à la question de la relation à l'autre, et tout particulièrement des effets des actes du sujet « malade » sur l'autre personnalisé. C'est le fameux impératif de « ne pas oublier les souffrances des victimes » ; témoignage de plus que la transformation de la notion de la maladie mentale est à envisager dans un cadre plus large de mutations de techniques de gouvernement des individus. En 2003, le garde des Sceaux proposait en conséquence une modification des procédures concernant les irresponsables mentaux, « dans un souci d'affermissement de la réponse judiciaire et de prise en considération des victimes », remettant en cause les principes du non-lieu et visant à imposer à l'auteur reconnu pourtant irresponsable un certain nombre d'obligations envers la victime. Aujourd'hui, notamment après l'affaire Romain Dupuy, on sait qu'un avant-projet de loi a pour objectif de mettre en place une procédure établissant la « culpabilité civile » du malade mental au nom précisément de la nécessité de permettre aux victimes de faire leur deuil¹.

Au niveau même des techniques de prise en charge, la conversion des problématiques pulsionnelles, où ce qui est en jeu c'est l'appropriation de quelque chose qui excède le sujet, en problématiques relationnelles, où ce qui est en jeu ce sont le rapport à l'autre que mobilise le sujet, ses choix de comportement, ses manières d'agir et de réagir à l'environnement, est un point important. L'exemple de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles est à la fois significatif et évidemment assez limité. Il faudrait voir si l'on trouve une évolution comparable dans la prise en charge d'autres pathologies, plus « lourdes », mais c'est à mon avis probable. Comme le remarque le directeur d'un Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de la région parisienne pour les auteurs de violences sexuelles, « ce ne sont pas des malades au sens psychiatrique du terme. C'est-à-dire que c'est des gens qui ont fait ça mais qui auraient pu ne pas le faire, donc ça a mis en jeu leur responsabilité individuelle ». À son

1. En lien avec l'affaire Dupuy, Nicolas Sarkozy déclarait qu'il fallait « veiller à ce que les victimes ne soient pas oubliées », et Rachida Daty, ministre de la Justice, proposait l'établissement de cette procédure de « culpabilité civile », « pour que les victimes puissent faire leur deuil ».

sens, en effet, la maladie se trouve définie par l'article 122-1 ; être malade, c'est être irresponsable. On affirme certes que leur acte renvoie à une *pathologie* mais, en même temps, leur acte est jugé contingent ; ils demeurent des sujets responsables et, par conséquent, ils ne sont pas *malades*. Le problème, c'est que la plupart des AAS ne s'éprouvent pas comme ça. Ils soutiennent au contraire qu'ils ont été victimes d'une pulsion qui les a poussés et à laquelle ils n'ont pas pu résister. Tout l'enjeu de la technologie de prise en charge qui va être déployée autour d'eux consistera à convertir ce mode de rapport à soi sous un mode pulsionnel en un mode de rapport à soi sous un mode *responsable* et coder ce rapport à soi sous un mode pulsionnel comme une « résistance », une manière qu'a le sujet de se dédouaner de sa responsabilité, de « se trouver des excuses ».

On désactive ainsi la problématique pulsionnelle pour passer à une problématique relationnelle. Cette position est très claire dans la prise en charge mise en place dans certains SPIP et l'on comprend bien pourquoi. Le pulsionnel ne les regarde absolument pas. Par contre, ils peuvent travailler sur le relationnel. « On essaie de leur faire admettre l'idée que, s'ils ont agi mal, c'est qu'ils n'avaient pas suffisamment réfléchi à ce qu'ils faisaient [...] leur problème, c'est l'intégration de la loi au sens fort du terme, c'est-à-dire on intègre la loi, et parce qu'on l'a intégrée, on a des comportements qui sont impossibles [...] la grande erreur, c'est de penser que le passage à l'acte serait uniquement lié à une pulsion. » Mais on la trouve aussi chez les acteurs médicaux. Le sujet n'est pas déresponsabilisé, au sens où le malade mental se trouverait pensé comme agi par une force, dont il s'agirait de le protéger et de se protéger. Sans doute cet aspect n'est-il pas totalement absent ; mais la caractéristique fondamentale du traitement est de se fonder sur la capacité du sujet à choisir son comportement comme à être actif dans l'exécution de son suivi. On ne lui demande pas d'être passif par rapport aux pouvoirs et aux savoirs qui s'exercent sur lui, mais bien de les intégrer, de se les approprier de sorte qu'il puisse parvenir à un autocontrôle du risque qu'il représente. Souvent, on prétend moins le réformer, le transformer comme individu – même si cette dimension peut être présente –,

que l'éduquer de telle sorte qu'il puisse être autonome et devenir le gestionnaire de sa déviance¹.

Le désamorçage du mode de subjectivation en termes pulsionnels et l'affirmation d'un sujet responsable, d'une autonomie sur laquelle on peut s'appuyer dans le processus de soin, sur laquelle on va travailler, est donc un élément essentiel. C'est, évidemment, tout particulièrement vrai dans le cadre d'une technique cognitivo-comportementale, où le schéma de la chaîne de l'abus illustre bien cet effort de désamorçage du pulsionnel. On s'attache à décomposer le mécanisme en apparence unique, brusque et irrépensible de la pulsion, en une série d'étapes qui peuvent être analysées, dont chaque moment peut faire l'objet d'un contrôle et d'une correction. Voici le schéma de la chaîne tel qu'il est habituellement donné. On part d'un déséquilibre dans le style de vie du sujet ; puis intervient un élément critique (incident externe désagréable, situation conflictuelle, état émotionnel négatif) auquel correspond ensuite une envie de se laisser aller en réaction à un sentiment de privation ou d'incapacité ; puis vient un besoin de satisfaction immédiate afin de retrouver son équilibre, puis ce que l'on appelle des « décisions apparemment sans importance » mais qui augmentent en réalité le risque d'un comportement délictueux. On aboutit ensuite à une situation à haut risque « où sont réunis les trois facteurs suivants : 1 / présence effective d'une victime potentielle ; 2 / l'abus est pratiquement possible dans le contexte de la situation présente ; 3 / le risque que le sujet perde le contrôle de ses actes est présent dans ce cas précis »². Dans ces situations, le sujet peut être amené à ne pas « réagir

1. Les techniques de surveillance mises en place par la justice, et notamment le Placement sous surveillance électronique mobile (PSEM), partent du même postulat. Interrogé à la radio sur l'efficacité du PSEM, un spécialiste soulignait que son bénéfice premier était d'amener l'individu à se surveiller sans cesse et à éviter ainsi le passage à l'acte. Il est bien évident que, dans un schéma pulsionnel, le PSEM n'aurait absolument aucun sens. Et, lorsqu'on dit que l'individu est amené à se contrôler, cela veut dire : à se rapporter à lui-même sous une forme responsable, et où c'est moins son intérieur qu'il doit scruter que le moment de basculement dans l'acte. Si l'intérieur du sujet doit être scruté, c'est en vue de prévenir le comportement déviant, non pour lui-même.
2. Paul Cosyns, Jan Hoérée, Dirk De Donker, « Psychothérapie cognitive et comportementale des auteurs d'agression sexuelle », *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, *op. cit.*, p. 246.

de façon adéquate », éprouve un besoin accru de satisfaction immédiate, un sentiment faible d'autocontrôle et l'attente d'un résultat positif découlant de la commission de l'abus. Dans ce cadre, l'abus peut être accompli. On voit comment cette chaîne désolidarise en éléments multiples sur lesquels l'individu peut intervenir la brutale rupture évoquée dans un schéma pulsionnel.

La conversion de ces questions en problèmes relationnels apparaît, quant à elle, très nettement dans la manière dont on travaille essentiellement le rapport à l'autre, la reconnaissance de ses émotions, la manière d'agir dans telles situations sociales, etc., et dans l'usage privilégié qui est fait dans ce type de thérapies – il s'agit ici autant des TCC que des thérapies psychodynamiques – des situations groupales et des interactions avec autrui.

DEUX TECHNOLOGIES DE PRISE EN CHARGE DES INDIVIDUS

La prise en charge des auteurs de violences nous met en présence de deux types de technologies de prise en charge des individus, dont on peut se demander si elles sont propres à ce type de population ou si elles désignent, à plus ou moins long terme, une alternative qui va se poser dans la majorité des champs de la santé mentale. D'une part, une technologie dite « psycho-éducative » qui fait l'économie de la question de savoir si le sujet est « malade » ou non. Elle constate qu'il fait preuve de comportements inappropriés, qu'elle rattache plus ou moins à des conceptions erronées sur lesquelles elle va travailler à travers une forme de rééducation. Elle postule que le sujet est dans une très large mesure autonome, susceptible de choix, et qu'on peut s'appuyer sur cette autonomie pour modifier la procédure de choix qui est, elle, mal adaptée. Elle ne prétend absolument pas transformer radicalement le sujet, investir son intériorité, mais faire disparaître durablement les dysfonctionnements dans le rapport à l'autre qui

caractérisent ses troubles. D'un autre côté, une technologie qui prétend transformer le sujet en profondeur, afin littéralement de le « resubjectiver », de le « ramener du côté des hommes », comme il est souvent dit, en opérant une conversion totale de lui-même, qui fasse disparaître le clivage sur lequel il s'était construit et la menace d'effondrement identitaire dont ses actes étaient le signe. Ici, la question de la maladie du sujet est plus clairement posée, et le problème de l'accès à son intériorité est fondamental.

Il s'agit évidemment là de deux idéal-types, caricaturaux à dessein, entre lesquels la pratique oscille sans cesse. Il est bien évident que le premier se rattache à un type de technologie disons cognitivo-comportementale et le second psychodynamique, même si le premier peut intégrer des techniques psychanalytiques et *vice versa*. Le problème que nous devons poser pour conclure est donc le suivant. Si on accepte l'idée selon laquelle les pratiques psychiatriques (et, il faut y insister, la recherche qui leur est associée) s'inscrivent dans un cadre général, assurément complexe, de techniques de gouvernement ; si on admet que, ainsi que j'espère l'avoir montré, ce cadre relève pour partie au moins d'un dispositif de sécurité et d'un mode « libéral » de gouvernement des individus – au sens où l'entendait Foucault – dont les caractéristiques sont celles qui ont été décrites précédemment, alors le problème suivant se pose : ne peut-on pas dire que c'est parce qu'elle s'intègre mieux dans ce dispositif que la technologie cognitivo-comportementale connaît dans les pays occidentaux un tel développement et qu'inversement les thérapies psychodynamiques ont du mal à s'insérer dans ce dispositif ? Et non pas parce qu'elle serait dans l'absolu plus « scientifique », plus « efficace », etc. Foucault posait implicitement la question lorsqu'il notait que, « quand vous définissez [comme le néolibéralisme américain à la Gary Becker] l'objet de l'analyse économique comme ensemble des réponses systématiques d'un individu aux variables du milieu, [...] vous pouvez parfaitement intégrer à l'économie toute une série de techniques [...] qui sont précisément en cours et en vogue actuellement aux États-Unis et qu'on appelle les techniques comportementales », et il suggérait que ces techniques étaient « très exactement la mise en œuvre, à l'intérieur

d'une situation donnée – en l'occurrence, un hôpital, une clinique psychiatrique –, de méthodes qui sont à la fois des méthodes expérimentales et des méthodes impliquant une analyse proprement économique du comportement »¹.

Sans prétendre à l'exhaustivité, on peut relever certaines caractéristiques des TCC qui correspondent assez nettement au mode de gouvernement libéral des conduites, afin d'appuyer cette hypothèse.

1 / La renonciation à l'exhaustivité, à la transformation du sujet jusque dans son intériorité, et la concentration sur les dysfonctionnements de la relation. La quête du « sens » qui a tant prévalu pendant une grande partie du XX^e siècle, et à laquelle participait si bien la psychanalyse, apparaît comme une perte de temps et comme un investissement coûteux, voire rigide, et un obstacle à une prise en charge extensive de la population ; dès lors qu'il s'agit surtout de réguler les conduites² dans un espace relationnel, et de les réguler à un niveau extensif maximal, c'est-à-dire sur l'ensemble d'une population, la question de l'intériorité des sujets est présentée comme secondaire, les mécanismes plus « disciplinaires » d'exploration de cette intériorité, d'enquête exhaustive du fonctionnement psychique et de transformation radicale sont jugés lourds et inutiles.

2 / L'appui sur l'autonomie du sujet et la mise en place d'une relation qui affirme, beaucoup plus que dans la thérapie psychanalytique classique, le statut d'égal à égal du thérapeute et de son « client ». Ainsi, explique Jean Cottraux, « le thérapeute et le patient vont progressivement se mettre d'accord pour formuler des hypothèses communes sur les troubles en cause [...] puis seront établis des “contrats” entre thérapeute et patients »³. Le fantasme des TCC est celui d'une transposition au niveau clinique d'une situation de labora-

1. *Naissance de la biopolitique, op. cit.*, p. 273-274. La remarque vaut *a fortiori* pour l'articulation cognitivisme et comportementalisme.

2. La régulation des conduites est très explicitement l'objet des TCC : ainsi que le note Jean Cottraux, les TCC « cherchent à modifier des séquences de comportement ayant des finalités : autrement dit, des conduites », *Les thérapies comportementales et cognitives* (1990), Paris, Masson, 2004, p. 4.

3. *Ibid.*, p. 7.

toire où le thérapeute et son patient seraient deux scientifiques, l'un plus chevronné que l'autre, qui mettraient à l'épreuve des hypothèses définies ensemble pour élucider et régler un problème – tel comportement¹. Il est assez significatif que les TCC définissent (et critiquent) les thérapies psychodynamiques à partir essentiellement de la relation de transfert – qu'elles jugent à la fois « magique » et présentent comme une relation tout à fait dissymétrique entre thérapeute et patient. Les TCC, elles, insistent bien au contraire sur le fait qu'elles prennent appui sur l'activité du patient, sa capacité de choix et d'autocontrôle, pour adapter son comportement. De ce point de vue, les critiques de certains psychanalystes qui manient les chiffons rouges du rapport entre comportementalisme et pratiques totalitaires, avec les fameuses scènes de conditionnement à la « Orange mécanique », tombent à côté et manquent clairement le fait que les TCC prétendent explicitement s'intégrer dans un type « libéral » et contractuel de gouvernement des conduites, notamment avec la théorie de l'apprentissage social². Et, ainsi que Foucault l'a bien dit des mécanismes de sécurité, les TCC ne prétendent pas transformer la réalité mais faire jouer certains éléments de la réalité contre d'autres éléments, dans un jeu de compensations ou de substitution de représentations.

3 / Les TCC font, je l'ai dit, explicitement l'économie d'une analyse en termes de « maladie » pour lui substituer une analyse en termes de dysfonctionnements cognitifs et comportementaux qui s'intègre tout à fait dans le continuum de la santé mentale que nous avons repéré, et permet une continuité des techniques d'un cadre thérapeutique à un cadre non thérapeutique : ainsi, « le développement non thérapeutique des théories de l'apprentissage et des théories cognitives est très étendu. Si des applications existent avant tout dans l'éducation, ou la prévention des maladies physiques ou psychiatriques, l'on en trouve aussi dans la publicité, la gestion des ressources

1. Voir par exemple sur ce point le fameux rapport de l'INSERM, p. 15.

2. Ainsi que l'affirme Jean Cottraux : « La théorie de l'apprentissage social met l'accent sur la personne et ses choix ainsi que sur la notion de liberté [... cette notion] si critiquée par Skinner est valorisée » (*op. cit.*, p. 45). Peu nous importe de savoir si cette prétention est respectée dans les faits ; ce qui importe, c'est qu'elle soit clairement affirmée.

humaines, le marketing et la recherche d'emploi »¹. Nul doute que cette traduction facile, nettement revendiquée, des techniques dans tout un ensemble de prises en charge de la population en général ne soit un avantage dans l'espace de santé mentale tel que nous l'avons défini, qui articule sanitaire et social, par exemple².

Comprendre tout cela invite sans doute à formuler autrement – soit en les intégrant dans une critique plus générale de la rationalité de gouvernement dans laquelle elles s'inscrivent, soit en admettant de se situer soi-même au sein de cette rationalité, ce qui implique des psychanalystes bien des concessions – les critiques que l'on veut formuler, si on tient à en faire, au développement des TCC. Cela signifie, me semble-t-il, que, quelque virulentes et pertinentes que puissent être des critiques théoriques, elles auront du mal à atteindre leur objectif tant qu'elles n'auront pas intégré ce fait simple que les techniques mobilisées en santé mentale sont d'une manière ou d'une autre, aussi et peut-être surtout, des techniques de gouvernement des individus.

1. *Op. cit.*, p. 6.

2. On peut ajouter une dernière caractéristique, évidente et décisive, sur laquelle nous ne nous sommes pas étendus car elle ne concerne que de loin notre problème. La spécificité du dispositif de sécurité est qu'il insère les événements dans un calcul des coûts relatif et pose *en ces termes* l'efficacité des prises en charge. D'autre part, ce calcul doit rentrer, pour être significatif, dans des critères définis en termes de population – autrement dit, l'efficacité doit être évaluée sur des populations de cas. Or, sur ces deux aspects, il est bien évident que les TCC ont beau jeu de rappeler « leur excellent rapport coût-efficacité » dans la mesure où celui-ci est évalué à partir d'effets « statistiquement significatifs », puisque les thérapies psychodynamiques par rapport auxquelles elles s'évaluent ne se plient précisément pas à une lecture en termes populationnels.