
Santé mentale : transformations de la psychiatrie et transformations de la société

Vous m'avez demandé de parler de ce « fait social nouveau qu'est, dans nos sociétés, la tendance croissante à considérer les comportements individuels comme problèmes de santé publique et l'abord de ces problèmes en termes de santé mentale ». D'abord une remarque liminaire sur les addictions.

Dans un livre publié il y a douze ans (Ehrenberg, 1995), j'avais consacré une des deux parties de l'ouvrage à la drogue et à ses mutations, l'autre partie étant consacrée aux mutations de la télévision, elle-même objet hautement addictif, paraît-il. M'intéressaient tout particulièrement la crise de la loi via l'extension de la préoccupation aux médicaments psychotropes et les addictions sans drogues, c'est-à-dire centrées sur le comportement. Mais ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de drogues, pas de substances, qu'il n'y a pas d'objet, ces comportements investissant justement sur toutes sortes d'objets, nourriture, jeux, sexe, sport... Progressivement, la toxicomanie a été redécrite sous un nouveau point de vue, celui des addictions (après que l'on eut parlé de « nouvelles addictions »), point de vue relativisant la dimension pénale de la drogue et la réification de l'interdit. Ce n'est plus la loi qui fait la différence pertinente. La loi interdisait la consommation de produits, pas les comportements addictifs. L'addiction, la toxicomanie, était seconde par rapport à l'interdit de l'acte.

De là, je me suis mis à travailler sur la dépression que j'évoque pour souligner un point : on voit très bien à partir des années 1970, la montée d'une préoccupation commune pour les addictions et les dépressions (Ehrenberg, 2000). Dans les années 1970 dans la psychopathologie : addiction et dépression sont en relation causale ou, à tout le moins, comorbide, l'addiction étant conçue comme une autothérapie de la dépression. Une petite dizaine d'années plus tard, l'addiction devient une catégorie générale : on va parler d'addiction positive (c'est le support social) et d'addiction négative, la première favorisant l'autonomie individuelle, la seconde l'annihilant. L'extension du concept est telle qu'il ne désigne plus nécessairement une pathologie. Avec l'addiction, il me semble qu'il y a une double dimension à prendre en compte : le couple stimuler/calmer et le couple s'attacher/se désattacher.

La préoccupation sociale et politique pour les dépressions et les addictions se fait dans un contexte où tout ce qui concerne la souffrance psychique, les

dysfonctionnements ou les handicaps personnels, et, à l'inverse, le développement personnel et la réalisation de soi en tant qu'individu autonome, se trouvent au centre de l'attention. C'est une affaire de mœurs, de changement global de la socialité, des manières de vivre. Et il faut prendre cela en compte.

La santé mentale est une rubrique regroupant des faits fort disparates, mais, le point est qu'elle désigne une réorganisation générale des relations santé, maladie et socialité. C'est ce triplet qui doit être au cœur de l'analyse pour que les expertises aient des conséquences plus positives pour les politiques en santé publique que les séismes polémiques auxquels nous avons assisté. Une expertise en santé publique ne doit pas développer une conception purement médicale, surtout quand on a affaire à des pathologies pour lesquelles aucun mécanisme physiopathologique n'a été découvert. Un point de vue médical n'est pas un point de vue partiel susceptible d'être complété par d'autres approches, mais un point de vue erroné, inadéquat et sans conséquences pour l'action à mener⁴⁸.

Élaborer le concept de santé mentale

Commençons par la façon dont on parle de la santé mentale dans des rapports typiques comme Le Livre vert de l'Union Européenne en 2005 ou le rapport du *Surgeon General* des États-Unis en 1999. Ils se caractérisent par une conception de la santé mentale en termes de faits positifs de santé qui se montrent dans les données. Par exemple, dans Le Livre vert, on écrit que « le pourcentage d'adultes européens ayant connu une forme de maladie mentale au cours de l'année écoulée est estimé à 27 % » (Commission Européenne, 2005). Le nombre de personnes touchées par ces maux et leurs coûts pour la société sont démesurés (dans le Livre vert, 3 à 4 % du PIB), ce qui en fait un domaine pathologique majeur aujourd'hui, à côté du cancer ou des maladies cardiovasculaires, mais en plus coûteux.

Ces régularités statistiques impressionnantes montrent que l'on a affaire à un fait social, mais la façon dont elles sont présentées ne nous dit rien de ce en quoi consiste ce fait, de quel genre de fait il s'agit : ce *style matter of facts* rend mal compte de la santé mentale et de la souffrance psychique en tant

48. Malaise dans l'évaluation de la santé mentale, *Esprit*, mai, p. 89-102/Santé mentale : malaise dans l'évaluation, *Médecine/Science*, 22 (5) mai, 548-563 (il s'agit du même article) et Épistémologie, sociologie, santé publique : tentative de clarification (à propos du trouble des conduites), *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, octobre 2007. Je reprends dans cet exposé des éléments dispersés dans plusieurs publications (dont ces deux articles). Ils sont l'objet d'un travail en cours de développement sur les relations entre le social et le mental dans la société contemporaine, à partir des trois cas de la psychanalyse, de la psychiatrie et des neurosciences.

que fait social, c'est-à-dire en tant que santé mentale et souffrance psychique qui ont pris depuis vingt ou vingt-cinq ans une valeur telle dans nos sociétés qu'elles semblent être devenues un point de repère majeur de l'individualisation de la condition humaine. Cette question de la valeur apparaît seulement en filigrane : « Pour les citoyens, la santé mentale est une ressource qui leur permet de réaliser leur potentiel émotionnel et intellectuel, et de trouver et de réaliser leur rôle dans la vie sociale, à l'école et au travail. Pour les sociétés, la bonne santé mentale des citoyens contribue à la prospérité, la solidarité et la justice sociale »⁴⁹ (Commission Européenne, 2005).

Ce qui apparaît en filigrane dans des rapports où l'on insiste sur les faits, les régularités statistiques, c'est que la santé mentale est une valeur au sens où elle concerne non seulement la santé, mais aussi la socialité de l'homme d'aujourd'hui. Le rapport sur la santé mentale du *Surgeon General* le dit clairement : « La santé mentale est état d'exécution réussie des fonctions mentales, ayant pour résultat des activités réussies, des relations accomplies avec les autres, la capacité à s'adapter au changement et à surmonter l'adversité. La santé mentale est indispensable au bien-être personnel, à la famille et aux relations interpersonnelles, et contribue à la société et à la communauté. De la petite enfance à la mort, la santé mentale est le tremplin des compétences de pensée et de communication, de l'apprentissage, de la croissance émotionnelle, de la résilience et de l'estime de soi. [...] Les Américains sont inondés de message sur le succès [...] sans qu'ils se rendent compte que ces succès reposent sur le fondement de la santé mentale » (*Office of the Surgeon General*, 1999). De quoi nous parle-t-on dans tous ces rapports sinon de nos idéaux sociaux ? Une vie réussie aujourd'hui implique la santé mentale : c'est ce qui fait le caractère consensuel de la notion (il n'y a pas de santé sans santé mentale).

C'est pourquoi il est très important de surmonter le dualisme fait/valeur qui pose que, les faits sont objectifs, donc relèvent de la science, et que les valeurs, étant subjectives, relèvent de l'opinion. C'est de la pure métaphysique, c'est de la science magique, car la caractéristique du fait social est précisément que l'opinion n'est pas extérieure à l'objet, mais bien au contraire en est une propriété. Par exemple, quand nous parlons d'absence de culpabilité dans le trouble des conduites ou, au contraire, d'excès de culpabilité dans la mélancolie – et nous avons d'excellentes raisons de le faire –, ne faisons-nous pas une évaluation, ne jugeons-nous pas, n'accordons-nous pas une valeur à un fait sans laquelle il n'y aurait aucun fait ? Si nous ne parlions pas d'excès de culpabilité dans la mélancolie ou d'absence de culpabilité dans le trouble des conduites, ni le fait mélancolique ni le fait du trouble des conduites n'existeraient : ils seraient sans valeur en tant que fait. Émile

49. « Inversement, la mauvaise santé mentale impose des coûts, des pertes et des fardeaux multiples sur les citoyens et les systèmes sociaux ». Commission Européenne, 2005, p. 4

Durkheim, dans la préface à la seconde édition de « Les Règles de la méthode sociologique », distinguait de la manière suivante la contrainte sociale de la contrainte chimique ou de la contrainte physique : « Ce qu'a de tout à fait spécial la contrainte sociale, c'est qu'elle est due, non à la rigidité de certains arrangements moléculaires, mais au prestige dont sont investies certaines représentations » (1973). Les notions de prestige, de respect ou d'attente sont des concepts sociaux, ils impliquent des coutumes, des mœurs, des institutions, un esprit commun que j'entends sur le mode de l'esprit des lois de Montesquieu.

Cette socialité est engagée dans un profond changement et un style de changement qui, dans de nombreuses sociétés, notamment dans la société française, soulève des inquiétudes sur le devenir du lien social, de la vie commune. Cela fait de la santé mentale non seulement une notion consensuelle, mais aussi conflictuelle. Ce caractère conflictuel tient à ce que les pathologies mentales ont une double spécificité. La première est de mettre en relief un aspect moral et social qui est beaucoup moins présent dans les autres espèces pathologiques. Ces pathologies touchent en effet le sujet dans sa « personnalité », c'est-à-dire dans ce que les sociétés occidentales pensent être l'essence même de l'humain. La deuxième spécificité est d'être le domaine dans lequel la double constitution biologique et sociale de l'espèce humaine, double constitution qui conditionne la possibilité de notre vie psychique, s'entremêle inextricablement. La tension entre l'homme comme être de nature et l'homme comme être historique ou social y est bien plus vive que dans les autres domaines pathologiques.

La santé mentale est donc une notion à la fois consensuelle, sur sa nécessité, et conflictuelle, sur ses contenus et ses significations. La notion de santé mentale désigne un spectre de problèmes qui va des psychoses et des graves retards mentaux au développement personnel ou à ce que la psychiatrie appelle « la santé mentale positive ». Comment élaborer cette notion sans limites ?

Les questions portant sur la « subjectivité individuelle » occupent aujourd'hui une place centrale dans la société et dans les savoirs. Dans la société, c'est le souci pour la souffrance psychique et la santé mentale qui semblent être les principaux points de repère de l'individualisation de la condition humaine en même temps que comme un carrefour de conflits. Dans les savoirs, ce sont les émotions et les sentiments moraux. Ces thèmes sont désormais transversaux à la biologie, la philosophie, et aux sciences sociales. À ces deux niveaux, de la société et des savoirs, la subjectivité individuelle, ses liens avec le corps (le cerveau) et la société sont la cible des préoccupations.

En conséquence, la santé mentale est certes un nouveau problème de santé publique, un domaine pathologique majeur, mais le point décisif est qu'elle ne correspond pas seulement à une réalité précise qu'on pourrait découper

dans la vie sociale : elle relève d'une attitude, elle dessine une ambiance, elle caractérise une atmosphère de nos sociétés, c'est un état d'esprit.

À la différence de la psychiatrie, la santé mentale relève des phénomènes de sociologie générale, phénomènes qui concernent la cohésion sociale. C'est cette situation neuve, cet état d'esprit que je cherche à clarifier. On emploie en effet aujourd'hui ces deux notions dans un nombre de situations tellement variées qu'on peut se demander dans quelle mesure elles ne sont pas devenues des systèmes d'identification de problèmes généraux de la vie sociale contemporaine. Elles sont le fruit d'un contexte par lequel l'injustice, l'échec, la déviance, le mécontentement tendent à être évalués par leur impact sur la subjectivité individuelle (qualité de vie, souffrance/bien-être) et sur la capacité à mener une vie autonome réglée. La santé mentale se caractérise par la mise en relation systématique d'afflictions individuelles et de relations sociales, y compris en neurobiologie où la question de l'interaction sociale et des émotions fait l'objet de recherches intensives depuis une vingtaine d'années, notamment sur les syndromes autistiques et les schizophrénies. C'est pourquoi l'angle par lequel j'aborde la santé mentale consiste à la considérer comme une grille de lecture transversale de dilemmes et des tensions de la société démocratique d'aujourd'hui.

De la psychiatrie à la santé mentale : la triple transformation

La clarification doit se faire en posant deux questions : quelles sont les conditions ayant permis que la santé mentale et la souffrance psychique deviennent des références sociales centrales ? Quels en sont nos usages, quels rôles jouent-elles dans la société d'aujourd'hui ? L'enjeu sociologique et politique porte sur la signification du tournant individualiste pris par les sociétés démocratiques depuis la fin des années 1960. Ce tournant est celui du basculement progressif des valeurs de la discipline dans celles de l'autonomie : elle se caractérise par un ancrage dans la vie quotidienne de chacun d'entre nous d'un double idéal de réalisation de soi et d'initiative individuelle. Autonomie, responsabilité, subjectivité sont les trois mots clés de ce que j'appelle le tournant personnel de l'individualisme contemporain. Le problème est le suivant : ce n'est pas parce que la vie humaine apparaît plus personnelle aujourd'hui qu'elle est pour autant moins sociale, moins politique ou moins institutionnelle. Elle l'est autrement, c'est cet autrement dont je voudrais donner un aperçu. C'est un problème d'identification du changement.

Mon hypothèse globale est que le souci généralisé pour la souffrance psychique et la santé mentale s'est imposé à la fois comme un carrefour de multiples tensions inhérentes au monde de l'autonomie dans lequel nous vivons désormais. Pourquoi ? La raison tient à ce qu'elles offrent des moyens de formuler ces tensions et d'y répondre. La grande différence entre la psychiatrie et la

santé mentale peut se formuler dans des termes simples : la psychiatrie est un idiome local, spécialisé dans l'identification de problèmes particuliers ; la santé mentale, dans la mesure où elle imprègne l'ensemble de la vie sociale, est un idiome global permettant de mettre en forme les conflits de la vie sociale contemporaine, c'est-à-dire d'identifier des problèmes très généralement liés à des interactions sociales, de leur attribuer des causes et de leur trouver des solutions, autrement dit, de les réguler en mobilisant des rapports sociaux. C'est le ressort de la valeur accordée à la santé mentale. Cette hypothèse se décline en trois aspects, et j'insisterai sur le troisième aspect.

La souffrance psychique et la santé mentale s'insèrent dans la tradition des « maladies de la vie moderne » qui commence à la fin du XIX^e siècle avec la neurasthénie. Depuis lors, l'idée que la vie en société produit de la psychopathologie est un thème récurrent. Cependant, la situation contemporaine est totalement différente, parce que nous avons affaire à une véritable forme sociale insérée dans les routines de la vie quotidienne. Le premier aspect peut être caractérisé par des critères de valeur. L'atteinte psychique est aujourd'hui considérée comme un mal au moins aussi grave que l'atteinte corporelle et, souvent, plus insidieux. Elle concerne également chaque institution (école, famille, entreprise ou justice) et mobilise les acteurs les plus hétérogènes. Enfin, l'atteinte psychique est une justification générale de l'action : non seulement aucune maladie, mais encore aucune situation sociale « à problèmes » (la délinquance adolescente, le chômage, l'attribution du RMI, la relation entre employés et clients ou usagers...) ne doivent aujourd'hui être abordées sans prendre en considération la souffrance psychique et sans visée de restauration de la santé mentale. Ce souci pour les troubles de masse de la subjectivité individuelle balance entre inconfort et pathologie, inconduite et déviance. Nos deux expressions forment un système de référence permettant de faire de la subjectivité un objet identifiable socialement et donc d'agir sur elle. Ce sont des concepts ou des catégories qui érigent la subjectivité en autant d'entités opératoires (dépression, obsessions, compulsions, hyperactivité, phobies sociales...) auxquelles les individus peuvent s'identifier (par exemple, les associations d'hyperactifs adultes et d'Aspergers aux États-Unis et au Canada revendiquant moins un statut de malades à traiter que d'individus au « style cognitif différent ») et sur lesquelles il est possible à des professions hétérogènes d'agir. La transformation d'entités cliniques en raison d'agir dans des situations sociales quelconques indique une direction d'analyse : on y voit comment s'instituent de nouveaux idéaux pour l'action, des manières de vivre qui rassemblent le prestige.

Mais elle implique d'abord de passer par un deuxième aspect qui concerne la relation normal-pathologique. Pour de nombreux observateurs, la psychiatriation du social brouillerait la distinction du normal et du pathologique. La souffrance psychique et la santé mentale sont supposées être aujourd'hui des symptômes du « malaise dans la civilisation », de la crise du lien social.

382 Ne parle-t-on pas couramment de psychologisation, de pathologisation,

de médicalisation de la vie sociale ? Parler en ces termes implique que l'on fait face à une dégradation qui ne nous dit qu'une chose : la vraie société, c'était avant. Les souffrances sociales seraient causées par le nouveau capitalisme mondialisé et les nouvelles pathologies de type narcissique seraient causées par la libération des mœurs qui a entraîné une crise du symbolique. Il s'agit de deux variantes d'une même représentation : elles seraient causées par cette disparition de la vraie société, celle où il y avait de vrais emplois, de vraies familles, une vraie école et une vraie politique, celle où l'on était dominé, mais protégé, d'une part, névrosé, mais structuré, d'autre part.

Il y a là une erreur de perspective qui ne permet ni de voir et de comprendre les changements normatifs de nos sociétés ni de bien décrire la nature des transformations de la psychiatrie. Nous assistons plutôt à une recomposition, une reformulation d'ensemble de la relation normal-pathologique, parallèle d'ailleurs à celle des rapports entre le permis et le défendu, et non à une psychiatrie de la société. Pour le comprendre, il ne faut pas se demander, contrairement à l'usage fâcheux, quelle est la frontière entre le normal et le pathologique, parce que cela oblige à poser d'abord deux entités substantielles séparées, le normal et le pathologique, puis à chercher ensuite leurs relations. Il faut, au contraire, employer une approche relationnelle qui consiste à décrire comment la relation normal-pathologique se modifie, car ces deux pôles ne se définissent que l'un par rapport à l'autre, ils sont relatifs l'un à l'autre. Ce n'est pas seulement la maladie et la pathologie qui changent, mais aussi la santé et la normalité. C'est l'ensemble maladie-santé-socialité qui est reformulé et non la société qui s'est psychiatriée ou psychologisée, et cela en fonction de la valeur suprême qu'est aujourd'hui l'autonomie individuelle.

L'autonomie du point de vue sociologique ou comment être l'agent de son propre changement

Ce qui conduit donc au troisième aspect, celui de la vie sociale : la santé mentale et la souffrance psychique forment un couple qui s'est socialement imposé dans notre vocabulaire à mesure que les valeurs de propriété de soi, c'est-à-dire l'accroissement considérable des possibilités morales de choisir son « style de vie », d'accomplissement personnel (quasi droit de l'homme) et d'initiative individuelle s'ancraient dans l'opinion. Choisir par soi-même, s'accomplir en devenant soi-même, agir par soi-même, l'autonomie consiste à placer l'accent sur des valeurs et des normes incitant à la décision personnelle, qu'il s'agisse de recherche d'emploi, de vie de couple, d'éducation, de manières de travailler, de se conserver en bonne santé ou... d'être malade.

Si l'autonomie est une caractéristique générale de l'action humaine, sur un plan sociologique, c'est-à-dire dans le contexte d'aujourd'hui, nous ne sommes plus dressés à la discipline mais à l'autonomie. C'est un changement

général de l'esprit de la socialité. L'obéissance mécanique, « les corps dociles et utiles » décrits par Foucault, n'a évidemment pas disparu, mais elle a été englobée dans et subordonnée par l'autonomie qui lui est désormais supérieure en valeur. Cet englobement de la discipline dans l'autonomie met partout en relief un aspect personnel dans l'action (agir par ou de soi-même, même si on obéit à un ordre). Or, dans notre société, on a tendance à penser que « personnel » équivaut à psychologique et privé, c'est l'une des croyances individualistes les plus ancrées dans l'opinion commune et savante.

Pour sortir de la psychologie, de ce qui se passe dans la tête des gens, il faut situer la centralité de la subjectivité par rapport à la généralisation des valeurs de l'autonomie. Nous sommes confrontés à de nouveaux parcours de vie et de nouvelles manières de vivre affectant la famille, l'emploi, l'école, les âges de la vie en même temps que nous assistons à la fin de l'État-Providence tel qu'il s'est constitué au cours du XX^e siècle : nous vivons dans une socialité où il faut s'engager personnellement dans des situations sociales très nombreuses et hétérogènes. C'est un changement de nos conceptions de l'action : l'action faite de soi-même est celle qui a à la fois le plus de prestige et le plus d'efficacité aujourd'hui, c'est celle que nous respectons et que nous attendons le plus, à laquelle nous accordons le plus de valeur, l'instrumental et le symbolique étant enchevêtrés. La référence à la responsabilité individuelle est intimement liée à ces idéaux. Elle est la toile de fond de la vie en société, quelle que soit la position de chaque individu dans la hiérarchie sociale.

L'impératif d'autonomie, à travers ses deux facettes de la libération des mœurs et de la libération de l'action, a élargi les frontières de soi à tous les niveaux. En conséquence, le nombre d'actions que vous pouvez, mais aussi que vous devez considérer comme vôtres est tel que l'on a l'impression d'assister à un déclin de l'irresponsabilité personnelle. L'élargissement des frontières de soi inhérent à ce changement général de nos valeurs s'est accompagné de l'augmentation parallèle de la responsabilité personnelle et de l'insécurité personnelle. C'est l'insécurité personnelle qui fait de la santé mentale une réponse à l'accroissement de la responsabilité.

Dans cette socialité, la subjectivité individuelle, l'affect souffrant ou épanoui, devient un problème majeur, une question collective, parce qu'elle met en relief des problèmes de structuration de soi, structuration sans laquelle il est impossible de décider et d'agir par soi-même de façon appropriée et à laquelle on ne faisait guère attention dans une société d'obéissance disciplinaire. Le fulgurant succès d'entités comme l'estime de soi se comprend dans ce contexte, et vous trouverez dans plusieurs livres psychiatriques populaires, mais aussi de sociologie et de philosophie sociale l'idée que tout problème de pathologie mentale ou de souffrance est un problème d'estime de soi et de reconnaissance par autrui.

Dans la discipline, l'accent est placé sur l'exécution mécanique des ordres, dans l'autonomie, il est placé sur la prise en charge des problèmes, y compris quand on exécute des ordres, y compris par la contrainte. C'est ce déplace-

ment d'accent dans les conceptions de l'action qui met au premier plan un aspect personnel dans les relations sociales, aspect inexistant dans les sociétés de type disciplinaire. Ce déplacement conduit à l'idée que l'esprit de l'autonomie consiste en ce que le patient de l'action en soit simultanément l'agent. Pour comprendre qu'il ne s'agit pas d'une subordination de soi à soi où l'on ne voit pas ce qui oblige le sujet à obéir à lui-même, l'obligation sociale étant enveloppée d'un halo de mystère, il faut adopter une philosophie de l'action plus subtile que celle de l'agent et du patient en considérant qu'il y a des degrés de l'agir, ce qui permet de distinguer un agent principal et un agent immédiat (Descombes, 2004).

Dans la discipline, l'agent principal est l'ingénieur, le maître ou le médecin tandis que l'agent immédiat de l'action est le travailleur, l'élève ou le malade, en ce sens que leur activité est entièrement prédéterminée. La discipline implique l'idée d'une force passive qu'il faut actionner de l'extérieur pour la rendre « docile et utile ». Dans l'autonomie, l'action est conçue de telle sorte que le patient (travailleur, élève, malade) en soit l'agent principal. Nous n'avons alors plus besoin de la psychologie pour caractériser l'autonomie, c'est-à-dire qu'on peut sortir de l'idée de l'autonomie comme rapport de soi à soi. C'est la seule manière de voir les choses sociologiquement, sinon on fait de la psychologie, qu'elle soit psychanalytique, cognitive ou sociologique.

Il existe un modèle historique qui permet de préciser l'idée que le patient de l'action en est aussi l'agent, ce sont les trois métiers impossibles de Freud, psychanalyser, éduquer, gouverner, selon l'interprétation de Castoriadis. Le caractère impossible signifie que ces métiers visent le développement de l'autonomie au sens où « le patient est l'agent principal du processus psychanalytique », car ce qui est visé est le « développement de sa propre activité » (l'activité du patient). L'objet de la psychanalyse « est l'autonomie humaine [...] pour laquelle le seul « moyen » d'atteindre cette fin est cette autonomie elle-même » (Castoriadis, 1990). Dans le couple de partenaires que forment le psychanalyste et son patient, l'action se déroule de telle sorte que ce dernier soit non l'agent immédiat, mais l'agent principal de l'action, en l'occurrence de l'action de changer. Cela se voit parfaitement à la conception de la guérison que Freud explique à la dernière page des « Études sur l'hystérie » en caractérisant le genre de changement qui s'opère chez le patient : « Vous trouverez grand avantage, en cas de réussite, à transformer votre misère hystérique en malheur banal. Avec un psychisme devenu sain, vous pourrez lutter contre ce dernier »⁵⁰ (Freud et Breuer, 1894), vous pourrez être l'agent de votre propre changement.

50. FREUD S, BREUER J. Études sur l'hystérie, Paris, Puf, 1975 (1894), p. 247. Dans le paragraphe précédent, comparant sa méthode à la chirurgie, il la distingue ainsi : « Cette analogie se trouve confirmée non pas tant par la suppression des parties malades que par l'établissement de conditions plus favorables à l'évolution du processus de guérison », p. 247

Sociologiquement, justement, cette socialité se décompose, à mon avis, en trois schémas sociaux que l'on retrouve partout, mais qu'il faut analyser différemment selon les contextes : la transformation permanente de soi, le développement de compétences sociales ou relationnelles et l'accompagnement des trajectoires de vie. Ils sont les modes d'institution permettant aux individus d'agir par soi-même de façon appropriée dans des situations sociales en nombre croissant, y compris dans les plus contraintes, que ces individus soient schizophrènes, adolescents en difficulté ou guichetiers de banque. Cela ne veut pas dire que l'individu est abandonné à lui-même, mais que toutes nos institutions évoluent actuellement vers de telles pratiques. Qu'elles fonctionnent bien ou mal est un problème qui vient en second. Il vient en second, parce que c'est un jugement sur la réalité, il faut d'abord passer par une phase descriptive permettant de comprendre ce qui se passe dans notre société. Comment, par exemple, une personne atteinte de schizophrénie pourrait-elle vivre dans la communauté sans disposer de compétences sociales et cognitives dont elle n'avait guère besoin quand elle était supposée vivre à l'hôpital ?

Voici deux exemples. Y compris dans les situations les plus contraintes, disais-je, car dans ce type de socialité, la contrainte elle-même change de signification, et l'autonomie ne doit surtout pas être réduite, d'un point de vue descriptif, au consentement. Il faut élargir le point de vue de Castoriadis, car la contrainte peut parfaitement être un moyen de l'autonomie. Il faut seulement considérer la situation en cause. Par exemple, les centres d'éducation renforcée et les centres d'éducation fermée ne sont pas une nouvelle normalisation disciplinaire (contrairement à ce que pensent la plupart de mes collègues sociologues), car la contrainte y est un moyen pour restaurer ou contribuer à instaurer une capacité à décider et à agir par soi-même de manière appropriée. La contrainte vise l'adhésion du jeune, elle vise à lui permettre d'être l'agent de son propre changement, à le rendre capable de changer par lui-même. Cyrille Canetti, psychiatre à Fleury-Mérogis où il s'occupe des adolescents, écrit que « le but [des interventions psychiatriques en prison est] de leur redonner un espace de choix, de leur restituer une position de décideur dans la gestion de leur existence. Ils se sentent en effet régulièrement privés de toute capacité à interagir sur leur parcours et c'est avec fatalisme qu'ils s'en remettent à ce qu'ils appellent leur destin » (HAS, 2005). C'est une condition pour ouvrir l'espace des possibles dans la socialité de l'autonomie. La contrainte physique, dans ce contexte, est un moyen d'offrir des possibilités.

Deuxième exemple, les inégalités sociales. Dans ce nouveau monde, la polarité gagnant-perdant domine la polarité dominante-dominée de la société industrielle. L'égalité visée est une égalité de capacité qui est une égalité tout au long de la vie, qu'elle prenne la forme de l'*empowerment* américain ou du *caring state* scandinave. Gosta Esping-Andersen résume ainsi l'idée du *caring state* : « Un bas salaire ou un emploi médiocre ne constituent pas en

soi une menace au bien-être d'un citoyen, pourvu que l'expérience soit temporaire ; ils ne le deviennent que si les individus s'y trouvent enfermés. Il convient donc de redéfinir le principe directeur des droits sociaux [...] comme ensemble fondamental de garanties des chances de la vie » (Esping-Andersen, 2001). Car c'est à une transformation de l'égalité à laquelle nous avons affaire, une égalité de l'autonomie qui ne consiste pas seulement à donner des chances égales dans une temporalité statique, mais à offrir des opportunités dans une temporalité dynamique, une temporalité de trajectoire, plaçant de multiples manières les individus dans des situations leur permettant ou les obligeant d'être les agents principaux de leur propre changement.

En conclusion, dans une telle société, au niveau de l'idéologie, on a la rhétorique subjectiviste, au niveau de la réalité de la société de l'homme-individu, le développement de schémas sociaux qui visent à faire en sorte que le patient de l'action en soit en même temps l'agent : c'est ce déplacement d'accent dans les conceptions de l'action qui met en relief un aspect personnel dans les relations sociales, aspect inexistant dans les sociétés de type disciplinaire. C'est la seule manière de voir les choses sociologiquement, sinon on fait de la psychologie, qu'elle soit neurologique, psychanalytique, cognitiviste ou sociologique.

Pour clarifier la socialité propre à l'autonomie généralisée, la subjectivité ou l'affectivité doit être élaborée dans ce cadre sociologique. Si on ne le fait pas, il me semble qu'on ne fait que reconduire l'idéologie individualiste sans se donner les moyens d'en faire des guides politiques pour l'action. Quand on parle de souffrance aujourd'hui, on a tort de l'appréhender à partir d'un causalisme sociologique, comme on le fait si souvent en sociologie, qui la réifie au lieu de la situer. La souffrance est une nécessité de la socialité contemporaine, elle est, pour reprendre le concept maussien, une expression obligatoire des sentiments⁵¹. Elle est le ressort d'un changement dans l'esprit des institutions qui fait du métier impossible l'institution propre à l'autono-

51. MAUSS M. L'expression obligatoire des sentiments. 1921, *Œuvres*, 3, Paris, Minuit, 1969. « Une catégorie considérable d'expressions orales de sentiments et d'émotions n'a rien que de collectif [...]. Disons tout de suite que ce caractère collectif ne nuit en rien à l'intensité des sentiments, bien au contraire. [...] Mais toutes ces expressions collectives, simultanées, à valeur morale et à force obligatoire des sentiments de l'individu et du groupe, ce sont plus que de simples manifestations, ce sont des signes, des expressions comprises, bref, un langage. Ces cris, ce sont comme des phrases et des mots. Il faut les dire, mais s'il faut les dire c'est parce que tout le groupe les comprend. On fait donc plus que manifester ses sentiments, on les manifeste aux autres, puisqu'il faut les leur manifester. On se les manifeste à soi en les exprimant aux autres et pour le compte des autres. C'est essentiellement une symbolique », p. 277-278.

mie généralisée, et il existe des versions psychanalytiques autant que cognitivistes (Ehrenberg, 2008). Or, c'est justement à la généralisation de ces métiers, dont la pratique consiste à faire en sorte que chacun soit l'agent de son propre changement, à laquelle nous avons assisté en une trentaine d'années, et non à un affaiblissement du lien social, à mesure que les valeurs de l'autonomie imprégnaient l'ensemble de la vie sociale. Le changement de statut de la souffrance psychique bien au-delà de la psychopathologie, c'est-à-dire son érection en raison d'agir sur un problème qui est toujours relationnel, voilà l'épicentre de la généralisation de ces métiers où l'autonomie est à la fois le moyen et le but de l'action.

Alain Ehrenberg

*Directeur du Cesames (Centre de recherches psychotropes, santé mentale, société)
UMR 8136 CNRS-U Paris 5, Inserm U 611*

BIBLIOGRAPHIE

CASTORIADIS C. *Psychanalyse et politique, Le Monde morcelé. Carrefours du Labyrinthe*, 3, Paris, Seuil, 1990 : 178-179, et la discussion de V. Descombes qui enrichit l'idée, *ibid*, chap XXV.

COMMISSION EUROPEENNE. *Improving the Mental Health of the Population : Toward a Strategy of Mental Health for the European Union. Green Paper.* Direction générale de la Protection des consommateurs et de la santé, octobre 2005 : 4

DESCOMBES V. *Le complément de sujet, Enquête sur le fait d'agir de soi-même.* Paris, Gallimard, 2004

DURKHEIM E. *Les Règles de la méthode sociologique.* PUF, 18^e éd., 1973

EHRENBERG A. *L'individu incertain.* Calmann-Lévy, Paris, 1995, coll. Pluriel, Hachette, 1996

EHRENBERG A. *La fatigue d'être soi : dépression et société.* Odile Jacob, Paris, 1998, Odile Jacob Poche, 2000, chapitre IV

EHRENBERG A. *Le cerveau « social » Chimère épistémologique et vérité sociologique.* Esprit, janvier 2008

ESPING-ANDERSEN G. *Quel État-providence pour le XXI^e siècle ? Convergences et divergences des pays européens.* Esprit, février 2001

FREUD S, BREUER J. *Études sur l'hystérie.* PUF, Paris, 1975 (1894)

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. *Prise en charge de la psychopathie*, 4 et 15 décembre 2005 (auditions publiques d'experts) http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272478

MAUSS M. L'expression obligatoire des sentiments. 1921, Œuvres, 3, Paris, Minuit, 1969

OFFICE OF THE SURGEON GENERAL. Mental Health : A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, 1999 : 4