

Lise Demailly, professeur de sociologie, Université de Lille 1, IFRESI-CNRS

Introduction

Etudier la construction sociale du trouble psychique

1- Le trouble psychique

L'objet qui donne la cohérence de ce rapport est aussi celui du programme global de recherche de l'équipe IFRESI-CCOMS : "la construction sociale du trouble psychique".

Que peut-on entendre par ces termes "construction sociale" ? Un point de vue spécifique sur le trouble psychique, selon lequel, sans prendre parti sur la nature de sa genèse qui peut être organique, psychologique ou sociale, on penserait légitime de le saisir et étudier en tant que phénomène social. Cela inscrit la réflexion proposée dans le paradigme disciplinaire de la sociologie, et induit forcément une certaine mise en tension théorique, assumée ici, avec l'approche psychiatrique qui définit son objet d'intervention comme "trouble psychiatrique", "maladie mentale" problème qui relève de la santé mentale" ou psychologique qui le définira en terme de "trouble psychopathologique " ou "souffrance psychique"..

Une précision. Parler de "construction sociale du trouble" ne signifie pas une adhésion à la position du Foucault des années 65, qui relève d'un historicisme et d'un sociologisme radical, en niant l'autonomie des processus psychologiques par rapport aux contradictions sociales (il fait par exemple de la schizophrénie un trouble qui reflète, dans l'individu, les contradictions d'un état donné de la civilisation). Mais, pour le point de vue sociologique, que le trouble soit éventuellement d'origine sociale, socio-économique, socio-politique, ne le fait pas sortir de la catégorie de "trouble psychique", équivalente donc, par axiomatique, à tout trouble désigné ou auto-désigné (d'une certaine durée) en tant qu'il est rapporté au "psychisme". Nous répétons : le "trouble" dont nous cherchons à analyser le traitement social est bien rapporté au psychisme, autrement dit à l'affectivité, à la personnalité, ce qui n'exclue pas une chaîne causale remontant au social ou au neurologique.

Le terme "trouble psychique" est utilisé pour désigner tout un espace de "négatif" désigné ou auto-désigné comme je l'expliquerai plus loin (maladie, souffrance, folie, malheur). Il a été choisi en fonction du fait qu'il est naturellement très peu usité par les acteurs sociaux¹, il est donc plus pratique pour faire partie d'une construction conceptuelle sociologique large, qui a sa part d'arbitraire par rapport aux catégorisations réelles. Il nous sert d'indicateur pour repérer un espace de conflits symboliques et pratiques, dans lequel se déroule des luttes de

¹ L'OMS commence à l'utiliser, mais dans un sens différent du notre, comme un équivalent euphémisé de "maladie mentale "

catégorisations et de territoires, tant en ce qui concerne les institutions et leurs missions, que les professionnels et leurs pratiques, les individus et leur représentation de soi. Il nous évite de prendre pour argent comptant des découpages qui sont le produit d'une histoire culturelle, politique, institutionnelle, professionnelle. On pourra notamment signaler plusieurs zones de débats sur les frontières. Du point de vue des professionnels, celle qui partage ce qui relève de la psychiatrie du reste, celle qui sépare le soin psychiatrique et le soin en santé mentale sont les plus soutenus. En ce qui concerne les usagers la frontière qui sépare la folie du reste ("je ne suis pas fou") et ce qui est "psy" (du côté de l'anormal, du déviant) du reste sont des enjeux subjectifs et relationnels.

Le "psychisme" lui-même, on le verra, peut être pensé de manière extrêmement diverse, et peut même être une catégorie faiblement spécifiée. La "vie psychique" peut se représenter avec des degrés d'autonomie relative plus ou moins forte par rapport à d'autres ordre du réel (le corps, les autres, la société). "Appareil psychique" fortement autonome dans la tradition occidentale psychanalytique, le psychisme est en revanche très peu séparé du corps à Madagascar, du fonctionnement du cerveau dans les neuro-sciences.

Vu la multiplicité des débats et la diversité des interprétations socio-historiques, l'opérationnalisation empirique de notre concept de trouble psychique (en tant que construction sociale) ne peut s'opérer simplement et déductivement, elle offre des marges floues et des cas peu décidables, aussi bien du côté des institutions que des personnes. Un groupe de parole et d'écoute pour jeunes homosexuels fait-il partie du "champ de construction sociale du trouble psychique"?

C'est à voir au cas par cas et, de plus, en admettant l'historicité des cas et en tenant compte. Enfin, la désignation (par le médecin par exemple) et l'autodésignation peuvent être contradictoires : une personne "sous anti-dépresseur" peut se dire "malade" à son entourage ou à son psychothérapeute, elle peut aussi considérer que c'est de la faute de son mari qui l'a mise dans cet état-là, qu'elle a besoin d'un jeu de soutien et d'écoute, et qu'il n'y a rien de "psy" là dedans. Ce sont tous ces jeux et ces décalages qui font partie de notre objet d'étude, la "construction sociale du trouble psychique", formule qui désigne plus un angle d'appréhension qu'une catégorie empirique.

2- Prise en charge du trouble psychique et gouvernementalité

Une autre manière de formuler le programme de recherche serait de dire qu'il est inscrit dans la suite de la pensée du dernier Foucault et de son travail sur la "gouvernementalité", comme type de pouvoir moderne. Par gouvernementalité, il faut entendre, suivant Foucault (1994) : l'ensemble des pratiques par lesquelles on peut constituer, définir, organiser, instrumentaliser les stratégies que les individus, dans leur liberté, peuvent avoir les uns à l'égard des autres.

Les tactiques qui caractérisent la gouvernementalité (de "gouvernement "et "mentalité"), par opposition à la souveraineté, en déclin, comme foyer unitaire de l'exercice du pouvoir d'État, opèrent de façon diffuse, afin de répartir et ordonner les populations, et de produire et reproduire des sujets, leurs pratiques et leurs croyances, en relation avec des objectifs politiques. Les objets de pouvoir et le champ du "programmable"s'élargissent. Foucault soutenait que « les problèmes de la gouvernementalité, les techniques de gouvernement sont devenus réellement le seul enjeu politique et le seul espace réel de la lutte et des joutes politiques »² . La gestion des populations est l'empreinte par excellence de la gouvernementalité. La "santé mentale", donc, et plus largement les dispositifs de gestion de sujets psychologiquement troublés, peuvent être considérés comme des terrains spécialement intéressants, où se révèlent de manière particulièrement lisibles les tactiques de gouvernementalité et les évolutions de notre société³ .

3- La construction sociale du trouble: quatre phases

Dans un souci didactique, le processus de construction sociale du trouble psychique pourrait être décomposé analytiquement en quatre phases⁴.

1) D'abord celui de la *fabrication sociale des subjectivités*, dont on sait, dans la ligne de Foucault notamment, qu'elle est un processus historique.

Les subjectivités sont construites dans des espaces sociétaux singularisés par des systèmes spécifiques de socialisation, des univers normatifs, des pratiques de soi, des modes historiques de nouage du sujet et de la vérité. Le sujet est construit au croisement d'une part des techniques de soi où il se constitue, se subjective, et d'autre part des techniques de pouvoir et de savoirs (domination, techniques discursives) par lesquels il est constitué, ces techniques de pouvoir et ces techniques discursives s'incarnant dans des "disciplines", des "dispositifs", des institutions, des énoncés.

Prenons quelques exemples pour rendre les choses plus concrètes. Un exemple de ces techniques de pouvoir et de savoir par lesquelles le sujet est assujéti pourrait être aujourd'hui l'*injonction à être autonome*, qu'a étudiée Ehrenberg, ou l'obligation de la santé et de la bonne forme (Canguilhem 1991)⁵, ou l'injonction faite aux enfants et adolescents d'avoir un projet professionnel.

Du côté des techniques de soi (ou du soi), Foucault, dans *L'herméneutique du sujet*, oppose deux grands modes historiques de rapport du sujet à la vérité :

² Dits et écrits, II, 1976-1988, n 239, Gallimard, coll. Quarto, p. 656

³ "Relations de pouvoir - gouvernementalité - gouvernement de soi et des autres-rapport de soi à soi, tout cela constitue une chaîne, une trame, et que l'on doit pouvoir, je pense, articuler la question de la politique et la question de l'éthique. *L'herméneutique du sujet*, cours du 17 février 1982.

⁴ J'ai déjà proposé cette décomposition dans Demailly Bresson 2005, chapitre 1. Elle est ici reprise et développée

⁵ (G. Canguilhem : « La santé a remplacé le salut », *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris, 1991.)

- le souci de soi, la préoccupation de soi (antiquité socratique et hellénistique), autrement dit l'idée que la conquête d'une vérité passe par la transformation du sujet. La psychanalyse s'inscrirait dans cette filiation.
- le moment cartésien et théologique du sujet moderne, qui est un sujet de connaissance. Ce sujet connaît le monde et lui-même sans en être affecté.

On pourrait voir dans les débats actuels entre neurosciences et psychanalyse une reprise de cette très ancienne opposition.

Dans des sociétés en voie de développement, plus traditionnelles, la fabrication des subjectivités peut relever encore d'autres régimes que les deux formes identifiées par Foucault. La parole y est fortement imbriquée dans celle du groupe d'appartenance (familial, clanique, ethnique...), faiblement personnalisée sauf pour les personnes dont le statut le permet.

2) Deuxième phase : *Dans ces subjectivités et par rapport à ces espaces de socialisation et de normes, certains traits s'inscrivent du côté du négatif par rapport à des normes sociales.*

Ces traits apparaissent, par rapport aux normes, comme relevant du mal, du mauvais, du malheur, du malaise, du mal-être, de la maladie, de l'anormal, du pathologique, du déviant, de l'insensé, du dégénéré, de l'aliéné, de l'insuffisant.

Par exemple, en France, le terme (et la catégorie) de "souffrance psychique", comme effet psychique de la "souffrance sociale" (Autes, dans ce rapport, Fassin 2004, Ehrenberg 2004) est ainsi une manière relativement récente de nommer le négatif, à côté de celui de "maladie". Ehrenberg a mis en évidence la norme actuelle de performance et y a montré la source de la moderne "fatigue d'être soi", du sentiment *d'insuffisance*. On pourrait élargir le propos de Foucault "La maladie n'a sa réalité et sa valeur de maladie qu'à l'intégrer d'une culture qui la reconnaît comme telle" (Foucault 1954) et reprendre cette phrase au compte des différentes formes du "trouble psychique".

Car penser le négatif sous les catégories de la maladie ou bien du malheur ou encore de l'insuffisance et de la souffrance n'est bien sûr pas socialement équivalent. Une des distinctions à faire entre sociétés modernes et sociétés en voie de développement concerne la forte autonomie du concept de maladie dans l'espace occidental, alors que l'on consulte ailleurs de manière indistincte à la fois pour quelque chose qui est maladie et malheur, voir signe du Mal (Demailly, Soloch, dans ce rapport). Dans ce cas, le "trouble psychique", quels que soient les termes "naturels" employés pour évoquer cette catégorie de pensée, y est, en tant que "psychique", relativement indistinct. D'une part parce qu'il est très peu séparé du trouble somatique (ce qui est en rupture avec la pensée occidentale dominante, qui sépare fortement le corps et l'esprit), d'autre part, parce qu'il est imbriqué avec le magico-religieux, ou le social, ou le neurologique et la "vie psychique" a une autonomie conceptuelle moindre qu'en occident. A l'inverse, l'émergence de la psychanalyse au XIX^{ème} siècle en Europe, l'émergence de la psychiatrie comme discipline autonome, (pour la France) dans les années 1970, ont contribué à donner à l'objet "psychisme" sa consistance actuelle, sa

spécificité, à en faire un objet de connaissance, de science, de préoccupation et d'intervention. Ce n'est pas forcément le cas ailleurs, ou, plus exactement, ce n'était pas forcément le cas ailleurs, les sociétés en voie de développement étant prises dans le mouvement de la mondialisation et connaissant un éclatement de leur façon traditionnelle de penser le négatif.

Dans les sociétés développées, si les registres contemporains pour penser le trouble semblent se différencier nettement de l'ancien cadre magico-religieux (Patrice Desmons, dans ce rapport), ils n'en sont pas moins éclatés eux aussi quant à leur conception du psychisme et quant à leur image du trouble, comme on va le voir à travers la façon sont catégorisés les troubles particuliers.

3) Troisième phase : *La désignation*

Des institutions, des agents, des voisins, des parents, des professionnels, les médias (télévision, radio, magazines) le sujet lui-même en ses plaintes ou revendications, s'emploient à désigner les traits négatifs, à les enrégimenter du côté du "trouble" psychiatrique, psychopathologique, moral, mental, psychosomatique, de la souffrance, puis à les nommer, classifier, catégoriser, et enfin diagnostiquer, car la *nomination* implique souvent une *imputation*.

La nomination est en général en même temps catégorisation et mise en jeu de représentations causales, qui vont du : "Il y a des Satans qui s'accrochent à lui" (Madagascar, aujourd'hui, et moyen-âge occidental chrétien), en passant par "il y a un déséquilibre des humeurs "(Grèce antique) "l'égarment est la punition des péchés"(Bible et moyen age occidental chrétien) "il est trop seul", "il ne sait pas se prendre en charge", "le chômage le rend malade", jusqu'à : "la concentration de sérotonine dans les synapses est trop basse"ou "c'est l'exploitation capitaliste qui est responsable de son suicide". Sans oublier, les dires profanes : "ça vient de la tête" ou "ce sont les autres qui l'ont mis dans cet état là" , "c'est l'âge", "c'est la drogue"...

Ces systèmes de causalité cliniques, savants, cléricaux ou profanes, mettent en jeu des ordres de pensées bio-chimiques, organicistes, cognitivo-comportementalistes, religieux, magiques, psychologiques, psychopathologiques, psychosociologiques, politiques.

La modernité se caractérise par la mise en place d'outils divers qui empruntent à la rationalité instrumentale pour catégoriser les troubles, les cartographier, les gérer, conformément au grand développement de la *traçabilité* et de la *mappabilité* (Cochoy Tersac 1999) qui caractérise le processus de rationalisation dans les sociétés dites modernes(Les "technologies du social" (Demailly 2002) s'emploient ainsi à cartographier les troubles (Maryse Bresson, ici même, sur le Mini) ou à numériser les actes soignants (Dembinski, ici même, sur le PMSI).

4) *Enfin, ces traits négatifs ainsi désignés, catégorisés et imputés, appellent des actions correctrices* de types très divers : "réparation" (Hughes, Goffman), soulagement, atténuation, contrôle, endiguement, canalisation, éradication, purification, exorcisme, punition, souci de soi, connaissance de soi, verbalisation, médication,

compensation, expression, travail de deuil (on a vu apparaître en France l'idée que les "victimes" avaient besoin de procès pour pouvoir faire leur travail de deuil), ré-éducation, réhabilitation,

Quatrième dimension sociale du processus que nous pouvons isoler analytiquement, celle que nous pouvons appeler *la prise en charge* du trouble psychique, contribue aussi à le construire socialement. Il s'agit d'une prise en charge personnelle, domestique, religieuse, magique (Demailly, dans ce rapport, sur les pratiques d'un guérisseur à Madagascar), sectaire, judiciaire, pénitentiaire, professionnelle (de différents types) : enfermer, emprisonner, réhabiliter, réinsérer, prendre soin de, soigner... Que fait on aux sujets troublés : on les conseille (et ce terme est largement ambigu car resterait à voir les modalités et moralités du conseil), on les médicamente, "traditionnellement", homéopathiquement ou allopathiquement, on les console, on devine la source de leurs malheurs, on les écoute ou on ne les écoute pas, on leur parle, on les ausculte, on les touche ou on ne les touche pas, on prescrit, on les occupe, on leur propose des activités artistiques etc. ... Les techniques de la prise en charge sont, selon les civilisations, les époques, les spécialisations professionnelles ou les postures profanes, d'une extrême diversité.

Chacune de ces techniques peut s'inscrire dans un régime disciplinaire, un mode de rapport aux savoirs, un mode d'entrer en relation avec les autres et le monde.

Chacune de ces techniques mériterait un examen micro-sociologique particulier. Le conseil, par exemple, va du conseil moral ("allez, faites un effort". "Essayez de discuter avec lui") au *coaching*, qui cherche à repérer les "potentialités d'une personne", en passant par le conseil invisible masqué sous la "neutralité bienveillante" d'un psychothérapeute.

4- Les différents registres en jeu

Si nous reprenons maintenant de manière synthétique ces diverses phases nous pouvons identifier à l'œuvre *des régimes de gouvernementalité*, des registres de construction sociale du trouble psychique dont le plus ancien et le plus universel est le registre magico-religieux.

En revanche, dans l'espace occidental aujourd'hui, même si le religieux joue toujours un rôle dans le rapport au négatif, même si par exemple la sacralisation de certaines différences, productrice de stigmatisation (Desmons, dans ce même rapport, sur les représentations de l'homosexualité) existe toujours, c'est le soin médical, appuyé sur des sciences rationnelles, qui tend à occuper légitimement le centre de la prise en charge. Le registre sanitaire semble dominant, que ce soit au niveau de la désignation/nomination, de l'imputation ou de l'action correctrice.

Mais il n'est pas le seul. Comme le remarque Didier Fassin (2004) "Les acteurs politiques disposent d'un répertoire diversifié de discours et d'interventions dans lequel ils puisent les éléments qui leur paraissent pertinents à un moment donné face à une situation particulière". A côté du registre sanitaire, ou du registre

psychologique de l'écoute, le registre sécuritaire du danger et de la répression domine les représentations concernant les «jeunes des cités » et guide la préparation des « contrats locaux de sécurité » Le registre économique de la compétence et de la flexibilité est mobilisé pour mettre en oeuvre la « réinsertion » des chômeurs de longue durée tout en tenant compte des impératifs du « marché.. /..le registre politique de la citoyenneté et de la démocratie locale, enfin, s'est largement développé avec la création des comités de quartiers "et des réseaux locaux".

Autrement dit, à côté de l'ordre médical et du pouvoir de la bio-médecine, il ne faut pas oublier, dans l'espace français de prise en charge du trouble psychique, la place grandissante de la réhabilitation-réinsertion, non plus que celle de l'approche pénale et pénitentiaire (par la peine d'emprisonnement ou d'enfermement qui traite le trouble en tant que désordre social). Ou l'absence de prise en charge professionnelle, certains individus fuyant tout ce qui ressemble à une institution sanitaire ou sociale.

D'autant plus même le registre sanitaire ne peut plus être considéré, en extension, comme un équivalent du registre médical. Si les médecins font en général coïncider la notion de soin avec celle de soin médical, dans le reste de la société, le soin relève aussi de "prendre soin de"ou "avoir soin de soi". La santé et le bien être psychiques ne relèvent pas que de la médecine, mais aussi de l'hygiène de vie, de l'alimentation, de l'activité, de la qualité de la vie (et donc des fonctionnements sociaux, de la pollution sonore ou atmosphérique, de la qualité de l'environnement), des conditions de vie. La santé ne s'oppose plus seulement à la maladie, mais, comme l'enregistre la définition de l'OMS, elle s'oppose aussi à l'incapacité, la dépendance, la souffrance, elle devient un équivalent du sentiment de bien-être⁶. Le soin médical n'est donc qu'un accommodement social parmi d'autres.

5- Les dynamiques du champ.

Après avoir montré la diversité de registres du traitement social du trouble, et sans perdre de vue que les champs de prise en charge professionnels sont souvent conflictuels, il reste à se demander si la diversité des répertoires disponibles pour désigner et traiter le trouble psychique et les conflits politico-éthiques entre professionnels n'empêchent pas une certaine convergence des mutations de la gouvernamentalité. Globalement, je soutiens, à travers le cas de la "santé mentale" mais aussi de l'éducation et plus largement du travail, l'hypothèse que l'espace occidental est marqué par deux tendances :

- un processus de rationalisation qui se traduit "par une montée de techniques ou technologies du social, comme on pourrait les appeler (Demailly, 2002), ou encore "technologies de l'âme"comme les nommait Nikolas Rose (1999). Processus de mises

⁶ La définition de la santé en 1978 par l'OMS : « état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

en fiches, en cases, en mesures chiffrées, où se lit non seulement la préoccupation gestionnaire des coûts publics, la valorisation des performances marchandes, mais aussi l'obsession de la transparence et du "tout savoir" qui caractérise l'actuel développement de l'évaluation de l'action publique.

- un processus de transformation du rapport à la subjectivité que Nikolas Rose appelait le « soi entreprise », travaillant activement à son propre accomplissement. Certaines théorisations d'Ehrenberg en sont proches. On peut aussi formuler cela autrement, en portant l'attention à l'émergence de la psychologie comme mode important de représentation et d'action au sein d'univers sociaux divers, notamment celui du travail (Durand, Linhart, 2005). Cette psychologisation des univers de travail se révèle, au sein des entreprises, dans l'individualisation du rapport salarial et la mise en œuvre d'un "management des subjectivités". Le rôle de la psychologie comme mode spécifique de penser les relations entre êtres humains et par conséquence comme mode d'appréhension de leurs "dysfonctionnements", peut être pensé, en ce qui concerne la France, comme étant en corrélation avec la déstabilisation de la domination du soin médical ⁷ (le soin médical n'est plus le seul légitime), et aussi celle du regard politique porté sur les ravages individuels des crises sociales (la causalité psychique vient s'interposer pour penser les ravages individuels et met à distance les causalités socio-politiques ou organisationnelles). Dans bien des cas de déviance par rapport aux normes, le trouble devient une "insuffisance de l'entreprise de soi", avec un retour à des connotations morales voire moralisatrices, (par exemple autour de la paresse, ou du manque d'autonomie) dont on aurait pu à tort croire qu'elles avaient été évacuées par le regard rationnel de la médecine ou les critiques émancipatrices de la réflexion philosophique.

Au-delà de ces deux premières thèses qui impliquent des références sociologiques externes à la sociologie de la santé ou même de l'action publique, d'autres hypothèses plus spécifiques pourraient être formulées concernant la dynamique du champ de la prise en charge du trouble psychique en France.

1) La nomination et prise en charge du trouble absorbent les effets de la montée de l'exclusion, de la précarité, voire de la paupérisation (Michel Autes, dans ce rapport), avec l'apparition de la catégorie de "souffrance psychique", la déstabilisation conjointe du travail quotidien des psychiatres et de celui des travailleurs sociaux ⁸ confrontés à la montée de désarrois.

2) Un nouveau paradigme de prise en charge émerge, dont les mots "politiques de santé mentale" sont l'emblème. Il vise à articuler le sanitaire, le social et le médico-

⁷ Il s'agit d'une déstabilisation contradictoire, avec mouvements de médicalisation (et psychiatrisation) et mouvement de dé-médicalisation et dé psychiatrisation. Je n'ai pas la place d'entrer d'avantage dans l'analyse.

⁸ Un séminaire sur le thème "santé mentale et précarité sociale" a été, dans le cadre de ce CPER, animé à L'IFRESI pendant trois ans par JL Roelandt et M. Autes. Y ont été invités Antoine Lazarus, Robert Castel, des dirigeants de l'UNAFAM et de la FNA PSY, Jean Benoist, Jean-Pierre Escaffre, Gilles Chantraine.

social, à tourner le dos à l'hospitalo-centrisme, à transformer les secteurs en réseaux et à disperser dans la ville le soin du trouble psychique comme activité banale et déstigmatisée (Jean Luc Roelandt, ici même). Cette orientation n'est pas à l'heure actuelle consensuelle chez les psychiatres.

3) Enfin on assiste à l'émergence, comme dans les autres champs de l'action publique même si c'est ici plus difficile, d'une parole collective des usagers et d'un intérêt de ces professionnels pour le savoir profane, individuel ou collectif (Demailly Bresson 2005 et Maryse Bresson, ici même). Cette reconnaissance du rôle de l'utilisateur dans la co-production du symptôme soins contient une part de réalité, mais aussi une autre de fiction (les politiques publiques instrumentalisent les usagers pour mieux contraindre les professionnels), et enfin une part d'utopie généreuse.

6- Composition du rapport

Les articles qui composent ce rapport abordent la question de la construction sociale du trouble psychique sous différentes facettes, différents moments, différents angles.

La première partie présente trois regards sur les dynamiques de la désignation et de la prise en charge du trouble psychique en France. Michel Autes analyse l'émergence de la catégorie de "souffrance psychique", ses liens avec la montée de l'exclusion, ses conséquences, ses enjeux. Jean Luc Roelandt expose les changements de paradigme en santé mentale. Maryse Bresson analyse les trajectoires et les mondes vécus des usagers et pose la question d'une prise en compte de leur parole individuelle ou collective dans les espaces de soin.

La deuxième partie du rapport décrit des outils de description systématique du trouble et de gestion "rationnelle" du soin et montre leur rôle dans les processus de désignation ou dans les choix stratégiques opérés par les organisations ou les soignants. Toute enquête sociologique ou épidémiologique porte en effet en elle une façon de mesurer, comptabiliser le trouble psychique. Maryse Bresson étudie la pratique du Mini DSM-4 au sein de l'enquête du CCOMS "Images et représentation de la santé mentale en France". Olivier Dembinski s'attache à l'histoire et aux enjeux de l'implantation du PMSI et autres outils de gestions en psychiatrie, car, depuis vingt ans, dans tous les pays et dans tous les secteurs d'action publique, on assiste à une véritable boulimie d'indicateurs de performance et, plus largement, à une logomachie sur la nécessité de mettre en place des systèmes d'information exhaustifs afin de suivre, en temps réel, le rendement des services publics.

Enfin, il était important de saisir l'historicité des champs de la prise en charge du trouble psychique, que ce soit de manière diachronique ou synchronique. C'est l'objet de la troisième partie. De manière diachronique, l'article de Patrice Desmons sur les représentations de l'homosexualité en montre l'extrême relativité, y compris dans la tête des "psys". De manière synchronique, les articles de Lise Demailly et Isabelle Soloch s'attachent à Madagascar, où les travaux du CCOMS les avaient conduites en 2000. Car s'engager dans un regard comparatiste avec une société non occidentale,

quoique confrontée à la globalisation, dans lequel le fond magico-religieux est puissant et la discipline psychiatrique peu autonome, a permis aux chercheurs de mieux saisir en retour les caractéristiques du champ français.

Bibliographie

- Boltanski L., Chiapello È.: 1998 : *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Ed Gallimard
- Cochoy F., de Tersac G., 1999, « Les enjeux organisationnels de la qualité : une mise en perspective », *Sciences et société* n°46, pp. 3-18, février
- Durand J.P., Linhart D., 2005 : *Les ressorts de la mobilisation au travail*, Octares.
Et notamment : Aballéa F, Demailly L, 2005, "Les nouveaux régimes de mobilisation des salariés" pp 117-130
- Canguilhem G., 1950 : *Le normal et le pathologique*, Paris, Ed P.U.F.
- Clavreul J., 1978 : *L'Ordre Médical* ". Paris, Ed du Seuil.
- Demailly L., Bresson M. (ss la Dir.), 2005 : *Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques*. IFRESI/ MIRE /INSERM, rapport final 245 pp
- Demailly L., 2000 : « Le mode d'existence des techniques du social », In *Cahiers internationaux de sociologie*, juillet, pp103-124
- Ehrenberg A., 1995 : *L'Individu incertain*. Paris, Ed Calmann-Lévy
- Ehrenberg, A., 1998 : *La fatigue d'être soi, Dépression et société*, Paris, Ed Odile Jacob.
- Ehrenberg A, 2004 : "Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique en santé et de la santé mentale, *Esprit*
- Fassin D., 2004 : *Des maux indicibles*, Paris, La découverte
- Foucault, M., 1965 : *Maladie mentale et psychologie*, Paris, P.U.F
- Foucault M., 1976 : *Histoire de la sexualité*, tome 1, *La Volonté de savoir*, Paris, Ed Gallimard.
- Foucault M., 1984 : *Le Souci de soi* (Histoire de la sexualité, t. III), Paris, Ed Gallimard.
- Goffman E., 1968 : *Asiles*, Paris, Ed Minuit
- Hughes E.C., 1996 : *Le regard sociologique*, Chapoulie trad. Ed. MSH