

Maryse Bresson, Maître de conférences habilitée en sociologie, GRACC
avec Bernadette Delaval, chargée d'étude IFRESI et Isabelle Soloch, doctorante,
CLERSE

Chapitre Paroles d'usagers. Catégorisations profanes, et stratégies dans le champ

Le présent rapport se situant dans le champ du trouble psychique au sens le plus large, il intègre toutes les définitions, les désignations et les modalités de prise en charge qu'on peut lui associer ; l'objectif étant d'analyser la construction sociale de cet objet, par une approche des représentations ou pratiques qui interviennent concrètement dans ce champ. Dans la littérature, cet objet est abordé le plus souvent, du point de vue des professionnels avec par exemple, une analyse des conflits de légitimité (par exemple, dans P. Aiach, D. Fassin, 1994) et/ou d'une analyse des discours, des représentations des professionnels (L. Demailly, M. Bresson, 2005). L'article proposé ici vise à présenter un point de vue moins souvent abordé, celui des usagers, à partir du matériau de récits de vie, recueillis dans la société française contemporaine suivant la méthode ethnographique. Compte tenu de la problématique du rapport, sur la construction sociale de la réalité, je ne postule en aucun cas que les usagers dont il est question ont (ou n'ont pas) un trouble « psychiatrique ». Mais je souhaite apporter des éléments de connaissance sur les catégorisations profanes et les formes de désignation, d'auto désignation et de traitement social de « quelque chose » de négatif, rapporté à l'esprit ou au psychisme, pouvant prendre des formes et des degrés a priori variables.

Le point de départ de cet article, étant l'analyse inductive d'un matériau empirique, il convient de préciser comment ce matériau a été collecté. En dépit (ou à cause) des éléments de cadrage théorique, la réflexion méthodologique pour mettre en œuvre une enquête de terrain a confronté l'équipe de chercheurs¹ à des difficultés : le choix d'intégrer « toutes » les conceptions du trouble, s'il vise à minimiser les effets performatifs de la désignation par le chercheur, ne les neutralise pas totalement. En particulier, il n'évite pas l'obligation de poser une définition opératoire, pour trier les

¹ Je remercie en particulier Bernadette Delaval, Lise Demailly et Isabelle Soloch (sociologues) qui ont particulièrement contribué à cette réflexion ainsi qu'à la relecture du texte. Bernadette Delaval et Isabelle Soloch ont, de plus, réalisé l'essentiel des entretiens analysés ici. Je remercie aussi Michel Autès (sociologue), Patrice Desmons (psychanalyste), Jean-Luc Roelandt (psychiatre), qui ont participé à l'élaboration de l'enquête et aux discussions collectives sur les résultats. Leur responsabilité toutefois, n'est pas engagée dans les éléments d'analyse proposés dans cet article, écrit à une seule main.

personnes enquêtées. Quels récits de vie recueillir, dans quel cadre ? Quels récits négliger a priori ou écarter a posteriori, et pourquoi ? La présence, dans l'équipe, d'horizons disciplinaires différents (à la fois, sciences humaines et psychiatrie) a occasionné de ce point de vue des échanges parfois vifs qui ont abouti au choix, certes critiquable, de ne pas construire un « échantillon » au sens rigoureux du terme. Récusant une approche « médicale » (selon laquelle, il pourrait y avoir des troubles qui s'ignorent et sont ignorés de tous) et privilégiant de fait, une approche « sociologique », la condition a alors été posée de la désignation du trouble psychique² (ce qui implique notamment que la dimension négative est clairement présente, et que le « problème » évoqué est explicitement situé « dans la tête » ou « l'esprit » des individus). Et pour mieux autoriser la prise en compte des situations les plus variées, ont été intégrés :

- 1) Des « usagers » de la psychiatrie, au sens « classique » (même s'il fallait aussi tenir compte de la désinstitutionnalisation et « l'ouverture sur la ville » de cette discipline³).
- 2) Des usagers des dispositifs « interstitiels » (acteurs associatifs le plus souvent, qui pour lutter contre la stigmatisation, pratiquent une définition originale du « trouble », contribuant à redéfinir la frontière entre le « social » et le « mental »).
- 3) Des populations « limites », à la frontière de notre champ, usagers de la médecine de ville par exemple, dont on prévoyait de décider ensuite, si elles rentraient ou non dans le champ de l'enquête - avec comme critère, la question de savoir s'il y avait dans le récit, la mention d'un trouble désigné (ou auto-désigné).

C'est sur la base de ce matériau, élaboré de manière empirique en vue d'une première approche exploratoire, et qui ne prétend pas, par conséquent, avoir une valeur épistémologique, que se fonde mon analyse. Partant donc, d'un matériau collecté empiriquement, à l'intérieur d'un champ énorme et aux contours volontairement non clairement délimités, la démarche d'analyse inductive me conduit à proposer une typologie, fondée sur les différentes stratégies des usagers.

Pour commencer, j'apporterai dans la première partie des précisions sur la méthode de recueil et présenterai la grille d'analyse des données (élaborée sous la forme d'une typologie des stratégies d'usagers : négocier un statut de malade ; trouver un autre statut et une prise en charge institutionnelle non psychiatrique ; se situer aux marges du champ pour « s'en sortir »). Dans les parties suivantes, je m'efforcerai d'associer pour chaque type de stratégies, les catégorisations profanes des malaises ou des

² Rappelons ici le trouble psychique au sens de ce rapport a une dimension conceptuelle, le terme a été choisi parce qu'il est précisément peu usité par les acteurs du champ - donc qu'il semblait permettre d'intégrer toutes les conceptions de tous les acteurs. Ce présupposé pourrait être remis en question par l'appropriation récente du mot qu'en fait l'OMS (Organisation mondiale de la santé) qui tend à l'utiliser aujourd'hui comme synonyme de « trouble psychiatrique » - glissement qui par ailleurs révélateur, d'un enjeu majeur du champ considéré (cf supra).

³ Autrement dit, il s'agit d'intégrer les parcours d'usagers qui se situent tout ou partie « hors hôpital » - éventuellement, avec des acteurs qui dans un cadre « supervisé » ou « autorisé » par un psychiatre, ne soignent pas le trouble au sens médical mais « prennent soin » des personnes touchées, les « accompagnent », au sens large (par exemple, des infirmiers de ville, qui font des piqûres à domicile avec une prescription).

troubles psychopathologiques ; Je m'efforcerai notamment de répondre aux questions qui suivent : les usagers ont-ils un langage autonome pour en parler ? ou utilisent-ils les catégories voire, les typologies traditionnelles du champ –et qu'en font-ils ? Quel est leur rapport à la désignation ? En conclusion, je développerai l'hypothèse globale de leur domination (c'est-à-dire qu'ils absorbent les catégories et les toxicomanies dominantes), en dépit de leurs tactiques de résistance. Enfin j'esquisserai aussi une réflexion sur la responsabilité du chercheur qui analyse un tel objet, en le resituant par rapport aux enjeux sociaux et individuels de la construction sociale du trouble psychique.

I. Remarques préalables sur la méthodologie de l'enquête et construction d'une typologie des stratégies des usagers

Pour présenter et ordonner analytiquement le matériau abondant qui correspond à leurs récits de vie, je propose de distinguer trois catégories d'usagers, selon leurs stratégies dans le champ. Cette typologie correspond au premier résultat d'une pré-analyse inductive des discours recueillis, à laquelle j'ai procédé. C'est cette démarche préliminaire, fondée sur un matériau empirique à (re)discuter, sur laquelle je propose de revenir d'abord.

A. Les difficultés à démarrer l'enquête de terrain, sur une réalité en construction

Avant de présenter et d'analyser la parole des usagers, une courte réflexion s'impose pour situer les apports et les limites (voire, les biais) des données recueillies. L'analyse d'une réalité « en construction » confronte toujours le chercheur à des paradoxes. Prendre au sérieux l'idée de construction sociale implique de se méfier des choix qui poseraient comme un a priori : ce que raconte cette personne relève, ou non, du champ (conceptuel) du trouble psychique. En effet, ce serait encourir le risque d'analyser comme un « construit social » un objet d'étude en réalité pré-construit (le trouble psychique pouvant devenir ainsi ce qu'on appelle en sciences « exactes », un artefact). Cette difficulté n'est qu'en partie levée par la démarche qualitative adoptée à partir des récits de vie. Cette méthode en effet présente l'avantage de placer au cœur de l'analyse la parole des usagers (et non celle du chercheur). En resituant systématiquement qui parle, et de quoi, je peux donc espérer éviter certains écueils d'un discours performatif. Cependant, il faut souligner que cette méthode présente des inconvénients, et même, des biais. En effet, la méthode oblige à accorder implicitement, du crédit à la parole profane, alors même que cette parole émane de personnes désignées ou auto-désignées comme « troublées ». De plus, les stratégies d'euphémisation, de dissimulation ou au contraire d'exagération, ne sauraient être exclues, or elles peuvent être difficiles à déceler, et à interpréter.

B. Construction d'une grille d'analyse des récits, et d'une typologie des stratégies des usagers

C'est avec les limites qui viennent d'être présentées, que je propose d'appliquer une grille d'analyse de la parole des usagers basée sur une typologie de leurs stratégies : plus précisément, il s'agira de mettre en évidence différentes catégorisations profanes, et également des réactions différentes d'adaptation ou de rejet face au fonctionnement perçu du champ. Or, une première analyse inductive du matériau, suggère l'intérêt de mener cette analyse en distinguant trois types de stratégies d'usagers – cette typologie ne recouvrant d'ailleurs que partiellement, les trois catégories d'usagers prédéfinies par l'enquête :

- 1) La stratégie de négociation d'un statut dans le champ de la psychiatrie médicale (soit, même quand le terme n'est pas revendiqué, un statut de malade);
- 2) La stratégie qui consiste à reconnaître un malaise voire un trouble psychopathologique, en récusant le statut et la prise en charge psychiatriques mais en cherchant d'autres formes de soutien institutionnel.
- 3) Enfin, la stratégie de distanciation aux institutions qui implique aussi de se situer dans le discours, comme une personne aux marges du champ, capable (et/ou désireuse) de « s'en sortir ».

La pertinence de cette typologie doit maintenant être testée, vérifiée et étayée sur des exemples. C'est ce que je propose de faire, en analysant pour chaque type de stratégies, la manière dont les usagers parlent de leurs malaises ou de leurs « problèmes » psychiques, leur rapport à la désignation et au traitement social qui l'accompagne (entre acceptation ou refus et/ou intériorisation d'un « rôle » assigné).

II – Négocier un statut de malade

Dans notre échantillon, ce type de stratégie concerne en particulier les quatre cas contactés par l'intermédiaire du secteur psychiatrique. Ces récits, en nombre insuffisant sans doute, sont souvent imprégnés de la référence au milieu hospitalier, même quand le parcours actuel se déroule dans des institutions plus récentes de la psychiatrie « ouverte », comme l'appartement thérapeutique. La négociation du statut de malade caractérise donc logiquement les parcours qui sont encore aujourd'hui, médicalisés, de Jean, René, Alain, Marc. Mais on trouve aussi des éléments de cette stratégie dans les discours d'autres personnes enquêtées qui ont connu un parcours psychiatrique et en sont sortis (comme Thibault, par exemple, ou Corinne, contactés dans le cadre d'un « dispositif interstitiel »).

A. Les différents mots profanes pour dire le statut de malade

Dans la société française contemporaine, seul un médecin psychiatre est légitime pour désigner quelqu'un comme « malade mental », et cette désignation prend la forme particulière d'un diagnostic. Par conséquent, lorsque le trouble est auto-désigné comme maladie mentale dans les discours d'usagers, on s'attend que les mots prennent la forme particulière d'un diagnostic médical (accepté ou refusé). C'est en effet le cas par exemple pour Alain (49 ans, plusieurs fois hospitalisé, actuellement sous tutelle) qui explique : « il y a eu une petite schizophrénie paranoïde, je suis à peu près d'accord avec le diagnostic ». Thibault (33 ans, antérieurement hospitalisé, aujourd'hui bénéficiaire du RMI et usager du dispositif interstitiel Voyage) énumère les différents diagnostics lors de ses hospitalisations successives : « bouffée délirante » la première fois, « psychose maniaco-dépressive » dès la seconde...

Cependant, dans le récit de vie des usagers qui ont un parcours psychiatrique, la désignation par un diagnostic est parfois brouillée : certains récits opposent les diagnostics successifs de plusieurs médecins et/ou d'autres acteurs de l'institution psychiatrique en général (psychologue, infirmier...). Par exemple, Thibault insiste sur le décalage entre le premier diagnostic de psychiatre, « bouffées délirantes », et celui de la psychologue qui lui a fait le test du Rorschach et « n'a pas vraiment décelé grand chose ». Dans son cas, c'est alors moins le premier diagnostic que l'intervention de la famille, du système judiciaire et finalement d'un ami qui détermine son internement, l'ami se ralliant selon son expression, au « discours familial et au discours de l'État ». Il suggère donc que le statut de « malade » est d'abord le résultat du jugement porté par un système d'institutions qui font corps entre elles (jugement qui alors « assomme », selon ces termes).

L'idée que les mots des usagers pour dire le statut de malade ne sont pas limités au diagnostic médical me semble confirmée d'une autre manière dans les discours sur la dépression (terme qui se situe alors généralement à la limite du diagnostic médical, et d'une conception profane du mal être). René (53 ans, plusieurs fois hospitalisé, actuellement en appartement thérapeutique, sous curatelle renforcée) parle de son alcoolisme, et sort un cahier de son sac, pour montrer, en les commentant, les textes qu'il a copiés dans les bibliothèques : « la dépression dans ses différentes formes... dépression d'infériorité... situation oedipienne, incapable de pouvoir »... Cette attitude semble indiquer à la fois, l'acceptation qu'il est dépressif, et aussi, une interrogation, qui traduit une certaine distance face aux termes médicaux. On pourrait aussi se demander s'il ne récuse pas implicitement l'idée de maladie, tant le terme « dépression » est devenu par ailleurs aujourd'hui, un terme banalisé, profane. Dans quelle mesure celui qui l'emploie se situe-t-il dans le registre de la désignation profane, ou du diagnostic ? La question peut être posée aussi pour Marc (en hôpital de jour et sous curatelle) qui raconte : « La psychiatrie, je l'ai déjà connue quand

j'étais gosse. J'ai fait une dépression... Je voulais me suicider, tout cela ». Ou encore, pour Jean, qui a derrière lui un long passé institutionnalisé, et qui vit en appartement thérapeutique : « en 89, je fais ma dépression nerveuse », « une super dépression ». À travers ces récits, est-on encore dans la désignation d'une maladie, ou dans un registre euphémisé qui relèverait d'autre chose ?

Si la réponse n'est pas toujours évidente, dans certains cas pourtant, l'analyse des discours permet de trouver des éléments qui ancrent la désignation dans le registre de la maladie : en particulier, la reconnaissance par la Sécurité sociale d'un degré de prise en charge, qui vient confirmer qu'il s'agit d'une maladie « reconnue » ou même, qui se substitue au diagnostic comme mode de désignation d'une maladie. Par exemple Jean, à un moment de son récit, explique : « si je ne demandais pas les 100 % c'est que c'était reconnu que je n'étais plus malade mental... tandis que là je suis malade mental jusqu'en 2010 ». On retrouve une indication similaire chez Alain qui associe l'entrée dans la maladie et le degré de prise en charge : « le psychiatre a fait une demande pour une reconnaissance en invalidité à 50 % ».

Dans les discours des usagers, le diagnostic médical est donc repris, comme une manière de dire la maladie : mais c'est une façon parmi d'autres. D'autres mots en effet interviennent et, en particulier, en dehors de l'éventuelle référence à un diagnostic, la mention d'une prise en charge institutionnelle est un critère en soi : remboursement « à 100 % » des frais de sécurité sociale, pension d'invalidité ou, allocation adulte handicapé (ce qui fait alors intervenir, un autre acteur de la désignation : la Cotorep). Dans le discours de Jean, c'est bien le degré de prise en charge qui le désigne comme malade (le diagnostic n'est même pas mentionné). A contrario, on citera l'exemple de Corinne, qui refuse de considérer ses « vertiges » comme des problèmes psychiatriques, et n'est pas mécontente pour sa part, de l'arrêt du « droit au 100 % », qu'elle interprète comme la fin de la désignation : « parce que au moins, ils ne me prennent plus..., parce que j'ai l'impression que sur cette notion de fou... ». Dans ces paroles d'usagers, il y a bien référence au statut de « malade » ; mais ce statut est moins associé au diagnostic du psychiatre qu'à la reconnaissance sociale et institutionnelle d'un droit au statut de malade et à des prestations associées – c'est-à-dire que dans leur discours, c'est « l'offre » de soins qui détermine la désignation qu'eux-mêmes ont intériorisée.

L'acteur de la désignation comme maladie n'est donc pas le seul psychiatre. Mais dans les récits des usagers, c'est la société dans son ensemble, et/ou le degré de prise en charge par la Sécurité sociale qui signent la désignation –le médecin, étant implicitement présenté comme un vecteur ou un rouage de ce « système ».

B. Le rapport à la désignation

Ces remarques éclairent, me semble-t-il, le rapport à la désignation qu'entretiennent les usagers.

Soulignons d'abord que, dans les discours recueillis, ce n'est pas la personne elle-même qui (s'auto-) désigne comme « malade mental ». Mais les formules

d'autodésignation, quand elles ne prennent pas la forme d'un déni, interviennent comme une traduction (acceptée et intériorisée, ou contestée et redéfinie) d'une désignation venue de l'extérieur. Ainsi, aucune personne enquêtée ne raconte comment elle aurait découvert toute seule ou dans des contacts anodins sa « maladie mentale » ; au contraire, tous font le récit d'une désignation subie, à un moment donné, souvent vécue comme violente, même quand ils l'ont finalement acceptée.

En revanche, certains usagers revendiquent la prise en charge qui est associée au statut de malade dans notre société. Dans ces conditions, à notre époque où les textes de loi, les règlements hospitaliers... souhaitent promouvoir l'usager « acteur » de sa santé, la question de sa « passivité » prend son sens en fonction de cette double réalité : d'une part, le vécu de la personne (qui a subi la désignation) ; d'autre part, sa relation et ses attentes vis-à-vis du corps médical et du « système » (de prise en charge notamment).

Par exemple Jean, qui souhaite garder le « 100% », illustre l'acceptation du rôle de malade (il dit même regretter le temps de l'asile, quand il était entièrement pris en charge par l'institution hospitalière, qui lui permettait d'exercer sa passion pour la céramique). En effet, c'est la désignation par le « système » de protection sociale et de prise en charge qu'il accepte, voire recherche⁴. En revanche Thibault est au RMI, il ne se dit pas malade, il connaît les diagnostics qui ont été posés sur lui mais a vécu la désignation comme une violence terrible (violence des mots des psychiatres qui disent sa maladie et aussi de l'enfermement, de la médication forcée, d'après son récit). Thibault conteste le diagnostic du psychiatre, il l'oppose à celui établi par un psychologue qui n'a « rien trouvé ». En même temps, il n'accepte pas l'assignation par le système à un statut de malade : quand il a été hospitalisé la première fois, il a eu l'impression « d'être arrivé chez les malades et d'avoir à endosser ça en plus ». Il est aussi le seul usager de l'échantillon à s'être intéressé aux associations d'usagers, il se dit motivé pour constituer un groupe « santé mentale » au sein du dispositif interstitiel...

Les deux cas de Jean et Thibault, sont illustratifs des ambiguïtés de l'injonction politique à l'autonomie des usagers : plus que l'attitude des médecins (parfois accusés de vouloir subordonner les patients) ce qui est en cause ici, c'est l'enjeu social de la désignation : être malade, c'est avoir un rôle de malade, et notamment, être pris en charge par le système de protection sociale. Or ce rôle du malade est fondamentalement « passif ». Être actif, « acteur de sa santé », c'est donc refuser la désignation comme malade (qui est pourtant la seule désignation que propose et permet le système médical et hospitalier).

C. Le rapport aux médicaments

⁴ Cette dimension apparaît essentielle en soi, même si elle est souvent brouillée, dans les parcours individuels par le fait que le diagnostic médical, est la condition pratique et légale de la prise en charge.

Derrière la formule du « 100% » (avoir le 100%, être pris en charge à 100%), il y a des implications concrètes : notamment le fait que les visites au médecin, et aussi, les médicaments, sont intégralement remboursés. Or, ces formes concrètes de prise en charge ne sont pas seulement des réponses au problème que constitue la maladie de l'individu ; elles constituent aussi une des modalités de la désignation (soit, une des formes de reconnaissance d'une maladie mentale).

Dans les discours des personnes qui connaissent ou ont connu un parcours psychiatrique, le médicament est omniprésent. Il est, de fait, une voie privilégiée du traitement médical de la maladie mentale. De ce point de vue, les réticences de certains usagers et le refus d'un traitement qui « ne leur convient pas » peuvent être analysés aussi comme un refus de la désignation comme malade mental, ou une volonté de renégocier le statut du « trouble ». C'est là encore, le cas de Thibault, qui associe explicitement à différentes étapes de son récit de vie : internement psychiatrique et lourdeur du traitement médicamenteux d'une part ; suivi psychologique sans médicament, recherche d'emploi (« et positif ») d'autre part.

Pourtant, les médicaments ne peuvent pas être présentés de manière univoque comme vecteur de la désignation du trouble psychiatrique. En effet, le médicament est aussi dans d'autres récits, le moyen de ne pas rester « enfermé » dans le circuit de l'internement psychiatrique (sans quitter nécessairement la prise en charge par un psychiatre, puisque la psychiatrie s'ouvre et évolue vers la désinstitutionnalisation et le désaliénisme). Par exemple, Joe raconte comment elle a été désignée à un moment par un psychiatre avec le diagnostic de psychose maniaco dépressive : elle est depuis médicalisée mais aussi, d'après son récit, stabilisée avec les médicaments. De même Marlène, après une grave dépression, a pu retrouver et garder une vie sociale ; elle raconte comment elle a appris à gérer les crises et s'auto-soigne (endossant ainsi en quelque sorte, un rôle de malade responsable d'elle-même). Sauf à postuler a priori que ces personnes qui ont été reconnues malades mentales à un moment le restent toute leur vie, ces exemples, ne relèvent pas, au moment de l'entretien, d'une maladie mentale désignée ou auto-désignée. Ils illustrent plutôt que les médicaments peuvent être associés à une autre forme de trouble, relevant (peut-être) de ce qu'on appellera, la souffrance psychique.

Cette question cependant, nous rappelle les limites de l'analyse sur un objet en construction. Pour les personnes interrogées, la question de savoir si elles relèvent ou non d'un trouble « psychiatrique », ou d'une autre forme de trouble, est un enjeu personnel et social majeur. L'apparition et la diffusion relativement récentes des psychotropes, prescrits par des médecins de ville contribuent à brouiller les catégories entre la « maladie mentale » et d'autres formes de « troubles » - les mêmes médicaments pouvant être consommés par (d'anciens ?) « malades mentaux » ou par des personnes désignées avec un terme euphémisé, dans un champ plus large (et moins stigmatisé). C'est ce qui autorise aussi d'autres stratégies d'usagers, plus distancées par rapport au statut de « malade ».

II - Trouver un autre statut et une autre prise en charge institutionnelle (que la psychiatrie)

A. Réflexion préalable, sur un « nouveau concept »

Les travaux récents d'Alain Ehrenberg, de Michel Joubert, d'Anne Lovell... suggèrent la montée en puissance dans la société contemporaine d'une forme de « trouble psychique » (au sens large) différente de la « maladie mentale », avec plusieurs énoncés possibles, en particulier : la dépression, présentée comme l'envers contemporain du « culte de la performance » (A. Ehrenberg, 1998) ; la souffrance psychique (A. Lazarus, 1995) ; et bien entendu, le concept de « santé mentale » (A. Ehrenberg, 2004 ; M. Joubert dir, 2003), ce dernier terme étant usité aussi par les politiques de santé publique et la politique de la ville (D. Fassin dir., 1998) et ce qui complique encore son statut nous semble-t-il, par certains psychiatres (JL Roelandt, E. Piel, 2001).

Cette désignation, dans la littérature, d'un phénomène négatif lié au psychisme individuel, qui relève du champ large du trouble psychique (au sens où nous l'entendons) mais qui se démarque volontairement du trouble « psychiatrique » semble pouvoir s'appliquer à un grand nombre (et même, la majorité) des cas que nous avons rencontrés, notamment, parmi les usagers de la « médecine de ville et des dispositifs « interstitiels »⁵. Cependant, l'idée même qu'un tel champ existe revêt des enjeux sociaux. Ces enjeux sont professionnels puisque, l'existence de ce champ de « problèmes » appelle implicitement un corps de professionnels « intervenant » pour les résoudre : la question posée, dès lors, est celle de la place de « la psychiatrie. L'autre enjeu social, qui est lié, est celui de la stigmatisation de la folie et de la maladie mentale dans notre société puisque, la définition des termes « souffrance psychique », « santé mentale » reste floue, pouvant notamment basculer, vers la prise en charge psychiatrique..

Pour les usagers, l'émergence de ce champ de la « santé mentale » a peut-être contribué à la diffusion d'une autre stratégie, distincte de la négociation du statut de malade, qui consiste à la fois à revendiquer une souffrance ou un « mal être » désignés comme tel dans les discours, pour lequel un soutien institutionnel est aussi recherché ; mais en prenant une distance avec les formes de désignation par des psychiatres, les diagnostics médicaux « classiques » et la prise en charge psychiatrique.

B. Quels mots pour désigner ?

⁵ Pour une présentation détaillée de certains de ces dispositifs, voir M. Bresson et L. Demailly (dir), *Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques*, rapport Mire/INSERM, 2005.

Dans les récits de vie, les mots profanes pour désigner le « trouble » sont parfois difficiles à identifier et interpréter. Pour y parvenir, il semble utile de distinguer, d'une part, les personnes qui sont dans un dispositif institutionnel (par exemple, un dispositif interstitiel) qui a (peut-être) influencé la verbalisation de leur mal être; des personnes qui sont à la recherche d'un dispositif adapté à leur trouble ressenti, mais qui, ne l'ayant pas trouvé, ont (peut-être) des formulations plus « originales » .

Dans les dispositifs interstitiels, quels sont les mots des usagers ? Je citerai le témoignage de Yasmine, arrivée par le chômage, dans le cadre de son parcours d'insertion ; mais qui se dit par ailleurs, « déprimée » par une histoire familiale compliquée ; ou encore, de Charles, qui se dit « pris par l'alcool » et raconte qu'à un moment, alors qu'il n'avait plus le goût de vivre, son fils l'a incité à aller à Voyage. Ou encore Jeanne, qui raconte comment elle ne comprenait pas et n'identifiait pas ses symptômes (fatigue...) jusqu'à ce qu'un médecin de ville les nomme et les mette en relation avec une situation de harcèlement au travail : à partir de ce moment, elle accepte l'idée de souffrance, mais à condition de préciser que la cause ne vient pas d'elle. À travers ces paroles d'usagers de dispositifs interstitiels, il y a donc bien « quelque chose » qui est désigné, qui relève du champ du trouble psychique au sens large, tout en se distinguant du trouble « psychiatrique ».

On peut cependant observer que ces discours correspondent assez largement à la rhétorique de l'institution, du dispositif dans lequel ces personnes viennent – puisque les « lieux d'écoute » et autres « dispositifs interstitiels », revendiquent précisément d'accueillir la déprime, le malaise et la souffrance non psychiatrique. Pour autant, il ne faudrait pas oublier que c'est parfois l'institution qui cherche à « coller » à la parole des usagers. Ainsi, le dispositif AIDFAM par exemple, développe un vocabulaire différent à destination des classes populaires, ou des classes moyennes : devant les premières, il recommande à ses accueillants de ne pas manipuler le vocabulaire « psy » ni à mettre en avant la formation « psy » de ses accueillants, en valorisant en revanche les mots d'écoute et la convivialité alors que la consigne est différente avec les classes moyennes, qui viennent pour un « travail sur soi » (Demailly, Bresson, 2005). Dans le cas d'un des dispositifs enquêtés, il faut ajouter aussi que des éléments de discours ont (peut-être) pu être produits par l'enquête. En effet, pour les entretiens menés dans le dispositif interstitiel Voyage, qui accueille des personnes autour de l'insertion – du chômage, l'équipe a ajouté un critère, qui consistait à sélectionner des personnes venues à des réunions organisées autour d'une question posée : « quand on ne va pas bien, qu'est-ce qu'on met en place » (ce qui avait été toutefois été aussitôt traduit dans le dispositif comme la constitution d'un « groupe de réflexion sur la santé mentale »). Quoiqu'il en soit, les récits de vie recueillis dans les autres dispositifs, et aussi dans celui-ci, illustrent aussi que les usagers, se sont appropriés la stratégie de distanciation au statut de malade et à la psychiatrie – tout en revendiquant par ailleurs, un malaise reconnu et pris en charge par d'autres institutions que la psychiatrie.

L'analyse est un peu différente pour les personnes qui n'ont pas (pas encore ?) trouvé une institution semblant répondre à leur cas. Pour illustrer, je citerai Laurence.

Étudiante, préparant une thèse de sociologie, par ailleurs sans emploi et inscrite à l'ANPE, elle a été en arrêt maladie, suite à une hospitalisation volontaire dans une clinique psychiatrique –qu'elle explique parce qu'elle voulait, selon ses termes, « faire une cure de repos ». Etre prise en charge». Cette formule, qui l'apparente plutôt dans la typologie proposée ici, à la première stratégie (négociation d'un statut de malade), a cependant échoué au moment de l'entretien : en effet, l'arrêt maladie a pris fin, les médicaments ne font, selon son expression « plus d'effet », bref, elle ne relève pas ou plus de la psychiatrie et du système de prise en charge – ce dont elle semble avoir pris acte : « Je ne suis pas un cas, à mon avis, pour la psychiatrie. Et c'est ça le problème ». Sur ce point de départ, les mots qu'elle emploie pour exprimer son malaise (qu'elle verbalise beaucoup) sont alors multiformes : « J'ai sans arrêt des trucs ah !! émouvants ! Je n'en peux plus. D'abord, j'ai fait des crises de spasmes, que je tombe dans les pommes. Maintenant, je ne tombe plus dans les pommes. Mais (...) j'ai une boule là, des glaires, j'ai plein d'air qui brasse... Alors j'ai un peu de mal à vivre avec les gens » ; ou encore « j'ai l'impression qu'avec ma thèse, j'ai été jusqu'au bout de moi-même en plus » ; et aussi : « je me motive pour plein de choses. Si je n'étais pas à fleur de peau et si je n'avais pas cette blessure en moi. Mon Dieu, je ne sais pas comment je suis toujours ici mais on dirait que je porte une croix, on dirait que je me laboure de l'intérieur »... Face à ce mal être, elle exprime alors sa quête d'une prise en charge adaptée. « Tous les gens que je rencontre, s'ils étaient une minute à ma place, ils me mettraient sous morphine. Mais il n'y a personne qui veut me mettre sous morphine... Je ne sais pas comment leur dire. Il faut qu'ils me viennent en aide. Il faut qu'ils se consultent tous, qu'ils se disent : on a un cas, on n'a jamais vu ça. Qu'est-ce qu'on fait avec elle ? Mais personne fait ça... Moi, je voudrais que tout le monde se mobilise et dise, qu'est-ce qu'on fait avec elle ? Qu'est-ce qu'on fait avec sa douleur ? Il faut qu'on arrête cette douleur. Elle ne peut plus... ».

Derrière la profusion de mots, c'est donc le registre de la souffrance qui est mobilisé, et au nom duquel, elle cherche une réponse dans des solutions institutionnelles coordonnées – comme elle le suggère en creux quand elle déplore ne pas en avoir trouvé : « Jamais, un médecin n'appelle un autre médecin, un généraliste ne veut pas appeler le gastro qui ne veut pas appeler un psy. Le psy ne va pas appeler le gastro et pas le généraliste ».

C. Quel rapport à la désignation ?

Il ressort des témoignages évoqués la distance, implicite ou explicite, prise avec la désignation et la prise en charge psychiatrique. Cette distance est un des ressorts de la stratégie de recherche (aboutie ou non) d'une autre institution pour traiter le problème.

Par exemple, Laurence subit une situation qu'elle ressent comme un échec de la psychiatrie à son égard. Elle appelle de ses vœux une prise en charge coordonnée et la reconnaissance qu'elle est un « cas », mais reste dans une attitude relativement passive, comme l'illustre cet échange : (Enquêteur) « Tout à l'heure, je vous ai demandé si vous n'aviez pas envie de rencontrer d'autres personnes qui ont un peu

les mêmes symptômes, cela vous a été proposé ? (Réponse) Je ne sais pas où les trouver. Ils ne m'ont jamais dit ça ». Par différence, le récit de Thibault illustre à la fois le refus du circuit et de la désignation psychiatrique et la confiance dans les bienfaits de la fréquentation d'une institution comme Voyage qui lui semble aussi acceptable, justement parce qu'elle ne porte le stigmate du « malade mental » ou du « fou ». Dès lors, la question de savoir si l'usager est actif ou passif prend son sens en fonction des contextes relaté par le récit de vie.

Une des difficultés de l'interprétation vient de l'interrogation que l'on peut poser, ce que serait l'usager « actif » : celui qui fait tout pour « guérir » -donc, du point de vue de l'institution, qui suit la procédure indiquée (par exemple, le traitement médicamenteux) ; celui qui investit dans le fonctionnement de l'institution ; ou encore, celui (celle), qui va d'institution en institution (ce qui suppose un rapport distancié à la prise en charge) et qui se « débrouille » pour ne pas être désigné, ou de la manière, la moins stigmatisante possible.

Par exemple, Rina dans le récit de ses différents contacts avec le champ de la prise en charge, témoigne de la distance qu'elle a prise (tout en admettant un malaise pour lequel elle a longtemps cherché une solution institutionnelle, même si elle semble (?) y avoir aujourd'hui renoncé. Elle raconte comment dans son enfance, elle a perdu son frère et s'indigne contre le médecin qui « n'a trouvé que le truc intelligent de (lui) donner du Prozac ». Aujourd'hui son problème selon elle, c'est sa difficulté à quitter son compagnon. Ça a commencé quand elle a vu sa gynéco qui lui a expliqué, que ses problèmes d'infection urinaire et de mycose étaient d'origine psychologique, parce que ça n'allait pas avec son « mec » et que c'était à cause de lui. Lors de la rupture, qui a été difficile, elle s'est auto-mutilée, elle est passée aux urgences, mais « le psychiatre, à part m'avoir convaincu que j'étais débile, il a rien fait d'autre ». Elle a alors repris du Prozac, délivré par son médecin généraliste. Depuis, elle n'a plus de problème gynéco, elle a un nouveau compagnon, mais exprime le regret de son premier compagnon « en fait depuis que je l'ai quitté je ne vois que les bons moments ». Elle a essayé une voyante, une psychothérapeute, mais elle n'y retournera pas parce que maintenant qu'elle a son nouveau compagnon, « c'est moins cher ». Lors de l'entretien, elle présente aussi à l'enquêtrice une amie fleuriste qui prône la conscience de soi / confiance en soi / maîtrise de soi et « sent les choses » mais qui n'acceptera pas d'entretien « parce qu'elle n'a pas envie d'être prise pour une sorcière dans le village »

Cet exemple me semble illustrer la difficulté à identifier dans les récits, ce qui relève de la tactique de présentation de soi, et/ou des infléchissements selon les moments de la trajectoire (soit, la difficulté de faire une analyse longitudinale du « trouble psychique », et d'interpréter l'évolution de la désignation). À un moment du parcours de Rina (celui de la rupture avec son premier compagnon), son « problème » semble en effet relever clairement du trouble psychiatrique désigné (elle parle de dépression », évoque l'obligation de voir un psychiatre quand elle est passée aux urgences après son automutilation, la consommation de Prozac). Puis son récit semble plutôt glisser vers un problème de santé mentale (« cette dépression là,

enfin cette déprime, ce moment de vide là, s'est accompagnée d'une prise de poids. Donc tu ne t'acceptes plus). Enfin pour la période de son parcours qui correspond au moment de l'entretien, on ne trouve plus vraiment de désignation ni auto-désignation (plutôt des dénégations que ça ne va pas, « la vie est belle », malgré les regrets de l'ancien compagnon). En même temps, on trouve exprimé clairement le rejet de la psychiatrie (les médicaments ne la soignent plus...); mais dans sa recherche de mieux être multiforme, elle ne semble pas se satisfaire ou hésite à se contenter du soutien de son nouveau compagnon.

III – Se situer aux marges du champ pour mieux en sortir et « s'en sortir »

Dans notre échantillon, ce troisième type de stratégie est mis en œuvre surtout par des personnes qui vont d'institution en institution, brouillant les pistes de la désignation ; et par des personnes qui évitent autant que possible toute prise en charge par une institution qui leur semblerait « labellisée » dans le champ du trouble psychique. Mais cette stratégie semble mobilisée aussi, et c'est là qu'elle devient plus difficile (et plus intéressante peut-être encore) à analyser, par des personnes qui à certains moments de leur récit de vie, témoignent qu' ils ne sont pas ou plus vraiment désignés, ou qu'ils ne veulent plus l'être (l'enjeu implicite ou explicite, pour eux, étant précisément de sortir du champ du trouble psychique, au sens large).

A. Quels mots pour le dire ?

Pour ces usagers, il n'y a pas à proprement parler auto-désignation claire et explicite ni même, récit de la désignation par un tiers « légitime ». Par exemple, Jacques raconte comment il a organisé avec Jean-Marie un lieu d'accueil dans les locaux de la municipalité, un espace plus ou moins associatif, en fait, simplement volontaire, puisqu'il ne relève pas de la loi 1901), le moins reconnu possible pourrait-on dire : l'objectif étant de faire venir une quinzaine de personnes, un peu comme les alcooliques anonymes (mais se défendant de cette comparaison), pour « parler », dans ce qui apparaît de l'extérieur, comme un groupe de soutien informel. On se trouve ici bien à la limite du champ, ce qui est d'ailleurs cohérent, avec la faiblesse ou l'absence de désignation institutionnelle.

Dans les récits de vie qui relèvent de cette stratégie, le récit lui-même est difficile à interpréter comme porteur (ou non) de l'auto-désignation d'un trouble, puisque d'une part, les mots pour dire le « négatif » sont eux-mêmes des mots limites, très proches d'une acception la plus « normalisée » possible d'un malheur ; et que d'autre part, ce malheur est moins souvent situé par la personne dans le psychisme ou l'esprit que dans le déroulement de la vie et de ses aléas. À la question de savoir

comment ce « trouble psychique » est désigné, le chercheur se trouve ainsi démuni, puisqu'il lui revient d'interpréter des mots quand il en trouve - le récit n'en comportant pas toujours (même quand intuitivement, il pense que le cas relève « sans doute » du champ).

Par exemple Henri, fait le récit de ses malheurs, au travail, dans sa vie personnelle, sans jamais nommer la souffrance ni même la tristesse, même si elle affleure tout son discours (à travers des expressions comme : c'est difficile, ou des soupirs). Henri ne fréquente aucun dispositif : peut-être, s'il allait dans un lieu d'écoute, ou un dispositif interstitiel, aurait-il les mots pour le dire ? De même Bernard, qui évoque un parcours professionnel et familial chaotique et ses « problèmes » sans les nommer (peut-être, se demande l'enquêteur, l'alcool ?). Ou encore Brigitte, apparemment pas désignée ni autodésignée ; qui se dit seulement fatiguée mais de façon permanente, évoque des troubles somatiques (ou psychosomatiques), prend des médicaments pour dormir ou « tenir ».

À travers ces exemples, on mesure que l'on est dans une conception limite, à la fois du trouble et de la désignation (en particulier, à travers l'absence de mots et l'interprétation des pratiques associées : alcool, médicaments) ; la « stratégie » (si toutefois c'en est bien une) consistant précisément à se situer aux marges du champ - à moins qu'il ne s'agisse, mais l'hypothèse devrait être confirmée dans une autre étude, d'une difficulté à verbaliser, puisque plusieurs des cas cités appartiennent aux catégories populaires et faiblement diplômées.

B. Rapport à la désignation

Les populations « limites » dont il est ici question ont en commun, me semble-t-il, un rapport distancié mais complexe à la désignation et à la prise en charge : elles n'expriment aucun diagnostic présent, ou invoquent des désignations plurielles et concurrentes, et certaines n'ont jamais désignées (mais pour certaines, le seraient peut-être, si elles trouvaient un lieu d'écoute ?). L'exemple de Rina, dont les stratégies varient au cours de sa trajectoire, suggère que leur rapport à la désignation et à la prise en charge, oscille entre deux pôles : d'une part, la figure de l'« usager » actif, à la recherche du meilleur traitement (donc finalement, capable de « s'en sortir ») ; d'autre part, la figure du « non usager », qui n'aurait pas ou plus besoin de soutien institutionnel, et aurait trouvé le moyen de « s'en sortir » (c'est aussi une « solution » évoquée dans nombre de ces entretiens ; sortir, avoir des occupations pour ne plus penser à ses « petits problèmes personnels »).

Comme les usagers de la stratégie de « l'autre statut », ces usagers « hors statut » rejettent implicitement ou explicitement, le rôle du malade. C'est ce que confirme là encore Rina, quand elle dit : « les psychiatres ça ne sert à rien », affirme qu'elle n'est « pas médicament pas du tout », s'interroge sur le Prozac qui « détruit les neurones » et condamne les médecins qui sont « dans la facilité de donner des médicaments et point ! »

En revanche, et c'est ce qui les différencie de la stratégie qui précède, la distance prise avec le traitement médicalisé voire son refus, les mots flous et même le parcours

pluri institutions, semblent pour ces usagers d'un « mal être » moins des moyens d'accéder à d'autres formes de désignation qu'une stratégie qui se fixe comme horizon, l'absence de désignation : avec l'idée implicite qu'ils sont ou se veulent en dehors (ou au moins, aujourd'hui sortis) du champ (même large ?) du trouble psychique.

Dans ces conditions, on peut comprendre la difficulté du chercheur à identifier les mots du mal être : chaque mot est un enjeu aussi pour ces usagers qui visent à garder un rapport distant au champ, éviter le stigmata (et d'abord, celui du trouble psychiatrique ; mais aussi, celui de la « faiblesse » et du « laisser aller », parfois associés à tout ce qui touche au mal être psychique). C'est là encore, ce qu'illustre Rina tout à la fin de son entretien, qui porte un jugement moral sur la dépression (« c'est une faiblesse ») et présente les déprimés comme des gens « faibles », affirmant qu'elle ne va jamais « vers les déprimés », comprend les gens qui ne l'ont « pas aidée » à s'en sortir, parce qu'elle « ne supporte pas que l'on se laisse aller »

Conclusion – La parole et les tactiques des usagers, révélateurs d'une catégorie dominée.

L'analyse que je propose des paroles des usagers pour exprimer leurs malaises et leurs troubles psychopathologiques, suivant la typologie de leurs stratégies, met en évidence la diversité des formes d'autodésignation et de rapport à la désignation, dans le champ du trouble psychique. Le positionnement dans ce champ diffère notamment suivant le rapport (assumé ou refusé) au statut de malade. Il diffère aussi suivant le rapport aux institutions, avec la recherche d'une autre forme de prise en charge et/ou le rejet, implicite ou explicite, d'une forme de prise en charge qui pourrait constituer aussi, une forme de désignation.

Au-delà de l'analyse de la diversité des usagers, et de leurs paroles, je propose d'ouvrir en conclusion un espace de réflexion sur les points communs. Parmi ces points communs, je soulignerai d'abord le rôle de repoussoir que constitue souvent implicitement ou explicitement, la figure du « malade mental », désigné par un diagnostic psychiatrique « lourd » et confirmé dans cette désignation par une prise en charge « à 100% ». Même quand le statut de malade est revendiqué en effet, il est négocié, discuté, pour permettre par exemple, d'autonomiser la prise en charge du diagnostic psychiatrique. Pour les deux autres types de stratégies identifiées, la distance exprimée avec le « trouble psychiatrique » ouvre deux voies : soit chercher à se voir reconnaître le malaise, à travers des mots et une prise en charge, institutionnels mais non psychiatriques ; soit chercher à éviter toute forme de désignation institutionnelle du malaise et sa prise en charge spécialisée par une institution identifiée (pour sortir du champ et en espérant aussi de cette manière, « s'en sortir »).

Un deuxième point commun des récits de vie des usagers me semble être l'observation que les usagers, (ou plutôt, les personnes qui se racontent ici) ne se

situent pas, une fois pour toutes, dans une seule tactique ou stratégie mais qu'au long de leur parcours, ils ont oscillé dans leur façon de penser les problèmes, de les gérer et/ou les combattre.

Le troisième point commun, mais qui mériterait d'être confirmé par d'autres enquêtes, et approfondi, me semble être la difficulté des usagers à dire « ce qui ne va pas », en dehors des discours institutionnels. Les catégories profanes que cet article permet de mettre en évidence semblent encore en effet souvent situées, soit du côté du discours de la psychiatrie (même pour les dénier) ; soit au contraire du côté d'un refus ou d'une incapacité à nommer et désigner, à travers le souci d'euphémiser le « problème » et/ou ses modalités de prise en charge. Malgré tout, on trouve aussi des manières plus originales ou inattendues de dire ce qui ne va pas, dans chacune des catégories : par exemple, à travers la référence au « 100 % » pour ceux qui négocient un statut de malade ; ou sur le registre de la douleur et de la quête de sens, pour des personnes qui sont à la recherche d'une solution institutionnelle, différente de la prise en charge (seulement) psychiatrique.

Pourtant, au total, l'analyse présentée tend je pense à accréditer l'hypothèse qu'encore aujourd'hui, les usagers occupent une catégorie dominée, au sens où ils absorbent les catégories et les taxinomies dominantes (en dépit des « stratégies » ou peut-être faudrait-il dire plutôt, des tactiques de résistance mises en évidence). Cette remarque pourrait d'ailleurs expliquer le rapprochement qui pourrait être fait a posteriori, entre la typologie que je propose, fondée sur une analyse inductive des récits de vie des usagers ; et d'autres distinctions qui existent depuis longtemps dans le champ, en étant fondées sur la logique d'autres acteurs : notamment la distinction entre prise en charge médicale ; non médicale ; pas de prise en charge ou, la distinction « psychiatrique » des troubles entre troubles majeurs ; troubles mineurs ; « bleus à l'âme ». Le recouvrement n'est que partiel cependant, puisque par exemple les « bleus à l'âme » peuvent donner lieu à une prise en charge, ou non. Précisément, un des intérêts de faire sa place au point de vue (même dominé) des usagers, est qu'il autorise à intégrer les hiatus entre désignation et prise en charge. Il autorise aussi à intégrer la dimension longitudinale des parcours de vie, qui constitue pour les usagers, un espoir de sortir de ce champ dans lequel leur position reste souvent encore, ressentie et exprimée sous le double signe de la domination et du stigmaté.

Bibliographie

AIACH Pierre, FASSIN Didier, 1994, , Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris, Anthropos.

DEMAILLY Lise, BRESSON Maryse, 2005, Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge du trouble psychique, Rapport Mire-INSERM.

EHRENBERG Alain, 1998, La fatigue d'être soi, Dépression et société, Odile Jacob.

EHRENBERG Alain, et LOVELL Anne, 2001, La maladie mentale en mutation, Paris, Odile Jacob.

FASSIN Didier dir, 1998, *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte.

FASSIN Didier, 2004, *Des maux indicibles*, *Sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte.

JOUBERT Michel dir, 2003, *Santé mentale, ville et violence*, Éres.

LAZARUS Alain, 1995, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », rapport du groupe de travail Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, DIV/DIRMI.

ROELANDT Jean-Luc, PIEL Éric, 2001, « De la psychiatrie vers la santé mentale », Rapport de mission pour le Ministre délégué à la Santé, juillet.