

# Une nouvelle carte du normal et du pathologique. L'institutionnalisation de la santé mentale aux États- Unis

**Philippe Le Moigne**

DANS **SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ** 2010/1 Vol. 28 , PAGES 81 À 108  
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0294-0337

DOI 10.1684/sss.2010.0105

Date de mise en ligne : 15/11/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2010-1-page-81?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour JLE.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# Une nouvelle carte du normal et du pathologique. L'institutionnalisation de la santé mentale aux États-Unis

Philippe Le Moigne\*

**Résumé.** L'article revient sur les tensions qui ont accompagné, entre 1950 et 1980, le développement de la prise en charge de l'affection mentale aux États-Unis. Il rapporte ces tensions à la diffusion d'un idéal influencé par l'élan subjectiviste de l'Amérique de l'après-guerre, mais pour le moins contradictoire. Dans ce cadre, le diagnostic psychiatrique a été assimilé à une entreprise de disqualification de l'individu, critique aboutissant à nier l'existence de la maladie mentale. Mais ce contexte a également contribué à associer l'affection psychique à une forme d'incomplétude de soi, et a suscité sur ce fond une multiplication des demandes de soin. L'article évoque d'abord l'antagonisme de ces revendications à partir des effets qu'elles ont exercés sur la professionnalisation et la division du travail dans le champ psychiatrique. Puis, il tente de montrer comment le standard nosographique qui s'est imposé en 1980, le fameux DSM-III, en offrant le moyen de concilier les différentes visions du trouble psychique, a finalement institutionnalisé une nouvelle carte du normal et du pathologique sous la bannière de la « santé mentale ».

**Mots-clés :** *psychiatrie, DSM, psychologie du soi, standardisation.*

---

\* Philippe Le Moigne, sociologue, Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société (CESAMES) ; INSERM U611 - CNRS UMR 8136, Université Paris-5 René-Descartes, 45, rue des Saints-Pères, 75006 Paris, France ; [philippe.lemoigne@sfr.fr](mailto:philippe.lemoigne@sfr.fr)

Les tensions qui ont affecté la psychiatrie américaine au cours des années 1960 et 1970 sont parfois rapportées à une opposition théorique entre biologie et psychanalyse (Shorter, 1997), le cas échéant, à la rivalité des professions psychiatriques et psychologiques (Buchanan, 2003). Une autre voie d'explication consiste à resituer ces tensions au cœur d'un débat social plus large. Car, en effet, si la psychiatrie figure alors au centre des débats, ce n'est pas tout à fait par hasard : son diagnostic enferme une désignation du pathologique et, par extension, de la normalité qui finit par acquérir, dans le contexte américain des années 1960, l'aspect d'une dimension et d'un enjeu génériques. Plus exactement, cette période est marquée par la montée en puissance d'une psychologie du sujet, tout à la fois académique et profane, qui en appelle à une transformation de la société pour large part adossée aux principes d'une nouvelle caractérisation du pathos et de la normalité psychiques.

Cette caractérisation n'est pas nouvelle : de fait, la psychologie du sujet qui se diffuse au cours des années 1960 a une longue histoire derrière elle. Comme le démontrent de la manière la plus convaincante les travaux de Taylor, c'est à James, le fondateur de la psychologie américaine, que l'on doit une des premières formalisations de cette *self psychology* à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (Taylor, 1982, 1996). Dans la continuité de la pensée jame-sienne, cette philosophie du sujet a informé la psychologie américaine de la personnalité durant l'entre-deux-guerres, à travers les figures de Allport et de Murray. Elle connaît son apogée à travers l'écho reçu par le courant humaniste de l'après-guerre, sous la bannière des psychologies de la personne et du développement défendues par Rogers et Maslow (Taylor, 1991). Mais cette psychologie essaime, dans les années 1960 et 1970, bien au-delà des cercles académiques. Elle aiguille une large part des revendications du mouvement des ex-patients, des libertés individuelles et des droits civiques, et favorise le mouvement de désinstitutionnalisation et de lutte contre le stigmate psychiatrique. À ce titre, ce mouvement subjectiviste a contraint l'exercice de la psychiatrie, modifié les termes de son autorité, et a obligé la profession à un certain nombre de négociations dont le standard nosographique — le fameux *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Third Edition* (DSM-III) (APA, 1980) — a été, tant par son histoire que par son organisation, directement témoin (Cooksey et Brown, 1998 ; Mayes et Horwitz, 2005).

Aussi, pour saisir la dynamique de ce mouvement de fond, convient-il d'abord de comprendre à quelles exigences se rallie cette psychologie du sujet, qu'elle soit universitaire, professionnelle ou militante. Quels en sont les principes, si tant est qu'on puisse dégager l'unité de cette psychologie au-delà de sa diversité d'approches et de manifestations ? Surtout, à quelles problé-

matiques d'action cette psychologie du sujet confronte-t-elle la psychiatrie ? Et comment celle-ci parvient-elle à composer avec cette orientation ?

Pour tenter de répondre à cette série de questions, on a suivi une démarche qui s'appuie sur des éléments du cas américain. En effet, on dispose, depuis une dizaine d'années, d'un nombre d'études assez substantiel, de sorte qu'il est devenu possible d'identifier les changements survenus outre-Atlantique entre 1960 et 1980, époque charnière de la transformation de la psychiatrie. Toutefois, cette démarche ne se veut pas proprement historique ou américaniste. Il s'est plutôt agi de tirer parti des faits saillants qui ont marqué l'histoire de la discipline aux États-Unis dans le but d'y cerner, comme un prototype, le mode de pensée qui a essaimé après cette date en psychiatrie dans la plupart des sociétés occidentales. Comme en rend compte la première partie de l'article, l'exploitation de ces données donne à voir toute la contradiction que la diffusion de la psychologie du sujet a fait peser non seulement sur la pensée mais également sur la pratique psychiatrique. Cette philosophie bute sur deux antagonismes en particulier : d'une part, elle est porteuse contradictoirement d'une restriction de soin et d'une demande thérapeutique sans précédent et, d'autre part, elle contribue à la fois à faire de la santé mentale une notion de sens commun et à la rendre proprement indéfinissable.

C'est en tenant compte de ces contradictions qu'il devient possible de comprendre le rôle joué par le DSM-III, comme cherche à le montrer le propos défendu dans la deuxième partie de l'article (1). Cette section s'appuie sur l'analyse de la construction du Manuel, en particulier sur l'étude de son découpage en cinq axes. Cette enquête donne à voir, par certains aspects, l'influence exercée par le standard nosographique sous un nouveau jour. D'abord, le fait qu'il y soit question de l'imposition d'un standard à proprement parler s'avère, dans un contexte dominé par la question du sujet, immédiatement intelligible : dans « *un univers de sujets* », dont l'opinion est supposée à chaque fois singulière, la diffusion d'une norme collective ne peut que prendre le caractère d'un critère dûment normalisé, objectif et objectivable.

Mais, il y a plus : le DSM, souvent présenté sous les traits d'une nosographie à la fois biologique et proprement formaliste, pour ne pas dire totalement dépersonnalisée, est en réalité lui-même hautement subjectiviste. En effet, son mode de composition emprunte tant à la psychobiologie qu'à la psychologie du sujet, simplement parce que ces approches

---

(1) L'ensemble de ce projet a bénéficié du soutien d'un programme Appel à projets nouveaux (APN) du CNRS. Il a pu être prolongé dans le cadre d'une Action concertée incitative (ACI) (Le Moigne, 2003 ; Shinn *et al.*, 2006).

décrivent les deux faces d'une même pièce. Dans le premier cas, la biologie est convoquée pour tenter de caractériser des problèmes qui sont censés affectés des individus qui ne seraient liés entre eux, précisément, que par leur biologie. Dans le second cas, c'est l'individu lui-même qui est fait nature, sous les traits d'une personnalité psychique — ou d'une conscience — dont la conformation ne devrait qu'à elle-même. Si la causalité est différente, l'unité de référence n'en est pas moins à chaque fois l'individu autonome, c'est-à-dire « désocialisé ».

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

Pour la psychologie du sujet, l'autonomie de l'individu est imprescriptible et produite en conscience. Cette perspective associe ainsi, de manière immédiate, l'action personnelle et la définition de soi à une activité autodéterminée, d'une part, mentale et intérieure, d'autre part. En ce sens, cette psychologie ne méconnaît pas la psychopathologie : pour elle, l'affection mentale porte atteinte au libre arbitre et à la détermination individuelle, et incarne en cela le démenti des principes qui lui sont les plus chers.

Mais, en vertu du caractère imprescriptible de la conscience personnelle, il reste, pour cette pensée, que l'affection mentale ne saurait totalement annihiler l'expression individuelle. C'est pourquoi ce subjectivisme porte condamnation du diagnostic psychiatrique lorsque cette désignation réduit le patient à un être aberrant, qu'elle prononce sa mise à l'écart dans l'asile ou, comme ce sera de plus en plus le cas à partir des années 1960, lorsque cette désignation aligne son donné sur celui de la biomédecine et de son arrière-plan physiologique. Selon cette philosophie, la maladie mentale, conçue à partir d'une étiologie biologique ou inconsciente, c'est-à-dire comme un phénomène agissant à l'insu de l'individu, n'existe pas. Le pathos, construit ici à distance de la psychobiologie comme de la psychanalyse, est toujours relatif : le trouble mental n'a de sens que rapporté aux particularités du psychisme de chaque individu et, comme état « sub-conscient » ou « co-conscient », il demeure toujours accessible en probabilité à la conscience de celui qu'il affecte (2).

L'existence de la pathologie mentale étant relativisée, les troubles psychiques accèdent de la sorte à une certaine normalité (Le Moigne,

---

(2) C'est là un argument constant de cette « *personnologie* » depuis James jusqu'à Rogers (1961).

2005). Pour autant, si la juridiction de la normalité est ainsi appelée à connaître une large extension, elle est elle-même relativisée. Pourquoi ? Parce que, dans le contexte de cette philosophie du sujet, la normalité s'apprécie également au regard de l'expression individuelle. Ainsi, qu'une expression mentale soit fonctionnelle, convenable ou adaptée, en un mot « normale », ne suffit pas à faire d'elle l'élément probatoire d'un développement personnel abouti : pour que cette expression soit jugée saine et authentique, faut-il encore qu'elle puisse être associée à des actions et des pensées imputables en propre à la personne considérée. L'« épanouissement personnel », la « réalisation de soi », la libération d'un « potentiel intérieur » sont perçus ici comme la condition d'une individualité achevée et, par extension, d'une santé mentale pleine et entière (3). À l'inverse, l'incomplétude de soi ou l'insuffisance d'estime pour soi sont assimilées à un motif de détresse, voire à une morbidité, à part entière, requérant une prise en charge psychothérapeutique, voire médicale (Baumeister, 1987 ; Mruk, 1995) (4).

De ce double processus de recomposition du pathologique et de la normalité se déduit un programme pour le moins contradictoire. Dans le premier cas, l'incapacité de l'aliéné étant relativisée, l'affection mentale perd une partie de son caractère aberrant, au risque de réduire de manière drastique son traitement. Dans le second cas, l'appel à une prise en charge du développement personnel tend au contraire à conférer au désordre psychique, sous l'égide de l'incomplétude de soi, le statut d'un déficit particulièrement partagé.

Deux implications se déduisent de cette contradiction. D'abord, une part de l'argument va au bénéfice d'une réduction de l'offre, institutionnelle notamment, tandis que l'autre part de l'argument invite, au titre d'un soutien inconditionnel à la réalisation de soi, à une expansion sans limite de la prise en charge, sans pour autant dire clairement si son expertise doit être confiée aux psychiatres, aux psychologues ou encore à des groupes d'auto-assistance. C'est ce qu'on tendra d'abord de montrer par un bref

---

(3) L'idée du « potentiel intérieur » structure au départ la psychologie anglo-américaine du génie et des états mentaux dits « exceptionnels ». Après-guerre, cette idée débouche sur une thèse qui tend plus généralement à faire de l'accès à la plénitude de soi le centre même de la motivation humaine, comme dans la théorie de la personnalité de Maslow (1954).

(4) C'est à Jahoda que l'on doit, en 1958, la première synthèse des travaux dédiés au lien introduit ici entre accomplissement de soi et santé (Jahoda, 1999 [1958]). Cette relation se situe au cœur du champ d'études dédié depuis en psychiatrie à la « santé mentale positive ».

retour sur la politique de désinstitutionnalisation américaine. Ensuite, la psychologie du sujet ouvre la voie à une forme de confusion entre pathologie mentale et affliction, si bien que le désordre mental paraît être partout et nulle part à la fois, et devient finalement inqualifiable (Horwitz et Wakefield, 2007). Cette indécision, comme on tentera de le montrer ensuite, est au cœur du processus qui, plus ou moins paradoxalement, a favorisé le déclin de la clinique psychiatrique et appuyé le retour d'autorité de la discipline.

### ***La santé au risque de la maladie : les deux visages de la désinstitutionnalisation***

En 1963, le Congrès américain vote la loi dite de « désinstitutionnalisation » (Grob, 1983, 1991, 1994 ; Menninger et Nemiah, 2000). Celle-ci prévoit de mettre fin à la construction des asiles et de limiter la vocation des hôpitaux psychiatriques gérés par l'administration centrale à la prise en charge des maladies chroniques. La création des *Community Mental Health Centers* (CMHC), placés sous la responsabilité des États, cherche en contrepoint à encourager l'accueil en milieu ouvert et à promouvoir l'intégration sociale des patients. Les effets de la législation sont considérables : entre 1955 et 1988, le nombre de malades accueillis par les hôpitaux psychiatriques chute de près de 80 %, tandis que le volume annuel d'actes est multiplié par cinq (Grob, 1995). Cette évolution contrastée témoigne de la croissance de l'hospitalisation en secteur privé et de l'essor des dispositifs locaux. Mais, pour l'essentiel, le développement de la prise en charge, et des structures communautaires en particulier, a surtout bénéficié aux pathologies légères. Pour la grande majorité des patients psychotiques sans ressources, la désinstitutionnalisation s'est soldée par une privation de soin. L'engorgement chronique des hôpitaux publics et l'invention des médicaments psychotropes ont œuvré pour beaucoup à la réduction de la politique asilaire. Mais celle-ci fait également écho aux revendications des ex-patients et du mouvement des droits civiques, associées à l'antipsychiatrie des années 1960.

Pour les plus radicaux de ces mouvements, à l'instar du *consumer-survivor movement*, la maladie mentale n'existe pas, si bien qu'ils refusent les thérapeutiques pharmaceutiques et contestent la légitimité de la profession psychiatrique. Cette partie du mouvement a opté pour la promotion d'un soin alternatif, organisé à l'extérieur du système médical, et sa mobilisation s'est finalement essouffée au début des années 1990, faute de moyens. À l'inverse, certaines organisations ont pu conduire une critique aussi radicale de la psychiatrie mais au nom de la maladie mentale.

Pour en comprendre le principe, il faut revenir au contexte d'après-guerre et à la nouvelle légitimité qu'il a offerte aux approches environnementales de l'affection psychique. La multiplication alors, selon l'expression de Kardiner, des « *psychonévroses de combat* » chez les soldats, a paru corroborer les thèses développées, dans le cadre de l'hygiène mentale, à l'occasion de la crise de 1929. Selon cette vision, tout individu, confronté à des événements de vie intenses, peut développer en probabilité une affection mentale (Barke *et al.*, 2000 ; Pols, 2001 ; Young, 1995). La perspective oblige à concevoir le trouble psychique dans les termes d'une vulnérabilité partagée. Elle laisse profiler une large extension de la politique sanitaire, d'autant que certains des mouvements des années 1960, dans la lignée de l'hygiène mentale, plaident pour l'introduction d'une action prophylactique sur ce terrain. La perspective affirme la nécessité de traiter les sujets « sains » par prévention des traumatismes qu'ils sont susceptibles de subir au contact de la vie sociale. En ce sens, le mouvement considère que l'enfermement asilaire offre aux patients une protection artificielle contre les conditions de vie qui sont à l'origine de leur trouble, et s'affirme favorable à une politique de soin en « situation ».

Ces revendications, qu'elles s'appliquent à la défense des patients ou à la prévention de la pathologie, sont favorables dans leur ensemble à la désinstitutionnalisation. Toutefois, dans le premier cas, le droit du patient à l'autonomie appelle un rejet explicite du trouble et de la médicalisation, au risque de réduire la prise en charge à sa part congrue. Dans l'autre, la maladie paraît au contraire servir de levier à la reconnaissance et à la protection de l'individu contre les agressions de la vie sociale, au risque de déboucher sur une politique particulièrement inflationniste (5).

Ce nouveau contexte élargit le spectre de la plainte au domaine du mal-être, mais elle en complexifie la réception et l'éligibilité dans la

---

(5) En 1980, le *National Institute of Mental Health* (NIMH) a conduit une étude épidémiologique auprès de 20 000 résidents américains (Robins et Regier, 1990). D'après cette recherche, la plus importante jamais menée, 32 % des personnes interrogées auraient souffert d'un trouble mental au cours de leur vie, et 20 % l'année précédant l'enquête. Ces chiffres sont tributaires des extensions portées au cours des années 1970 à la nomenclature des désordres mentaux. Mais ces données font également écho aux transformations qui affectent les manières d'éprouver et d'exprimer le mécontentement ou l'échec. On peut supposer, en effet, que la diffusion de la plainte psychique s'alimente au fait de reconnaître aujourd'hui l'insatisfaction et l'injustice d'abord à l'impact qu'elles exercent sur la vitalité, mentale ou psychomotrice, de l'individu. Pour autant, la question reste posée de savoir dans quelle mesure ce type de plainte suffit à qualifier un trouble mental.

mesure où son diagnostic ne peut plus être confié au seul regard du thérapeute. En effet, la question dite de la « souffrance personnelle » appelle au premier chef le diagnostic de l'individu. C'est lui qui est censé en juger au premier chef. Cet horizon n'est pas sans affecter directement l'autorité de la psychiatrie et de sa clinique. Pour autant, dans un contexte de « sujets », cet horizon laisse également totalement ouverte la question de savoir qui peut, avec un minimum de consensus, définir les contours de la pathologie et de la santé mentales.

### ***Une pathologie inqualifiable : apogée et déclin de la clinique psychiatrique***

Après la seconde guerre mondiale, l'écho rencontré par le thème de la santé mentale marque une exigence nouvelle de soin qui tend à placer assez rapidement, aux États-Unis, la psychothérapie au cœur de l'intervention psychiatrique (6). Ainsi, l'essentiel des fonds du *National Institute of Mental Health* (NIMH), créé en 1946, est dédié jusqu'au milieu des années 1960 à la formation de nouveaux praticiens (7). Cette politique promeut un enseignement qui finit, au-delà du doctorat en médecine qui reste exigé, par signer la domination de la psychanalyse (8). La santé psychique fait alors partie intégrante du soin, y compris et d'abord dans l'hôpital général : c'est l'apogée de la clinique psychiatrique. La psychiatrie dite de « liaison », inventée durant les années 1930, connaît un véritable essor. Elle cherche à orienter le soin hospitalier, au-delà de la réduction de la maladie, vers une prise en charge globale de la personne (Laurence et Weisz, 1998). Les psychiatres sont appelés, dans cette perspective, à former les somaticiens aux techniques

---

(6) En 1957, pas moins de 14 % de la population américaine a déjà bénéficié de soins psychothérapeutiques (Buchanan, 2003).

(7) À la fin de la guerre, on compte 3 634 psychiatres aux États-Unis. Ce chiffre ne va cesser de croître. En 1962, on dénombre un peu plus 13 000 praticiens, 18 000 en 1965, 25 000 en 1970 et près de 31 000 en 1985. À partir de cette date, les effectifs de la profession cessent d'augmenter, si bien que la psychiatrie doit faire face aujourd'hui à une crise de recrutement (Blashfield, 1984).

(8) Entre 1940 et 1965, près de 50 % du cursus des psychiatres est consacré à la psychanalyse. La cure analytique permet également à la profession de s'ouvrir, durant cette période, à la pratique libérale. Dans les années 1940, la majorité des cliniciens appartient au milieu hospitalier ; en 1970, 66 % d'entre eux exercent à titre privé (Shorter, 1997).

relationnelles et à constituer des services d'interface dans les établissements afin d'assurer l'écoute préopératoire du patient, son suivi, et de dépister d'éventuels signes psychopathologiques. Mais, cet essor a son revers.

En effet, dans le même temps, la critique de l'institution psychiatrique, attisée par la sociologie au détour des années 1960 (9), exerce un effet dévastateur sur la profession, d'autant qu'elle est issue pour large part de ses rangs. Les débats qui agitent alors la discipline sont marqués, pour l'essentiel, par la question de la caractérisation de l'affection mentale. D'un côté, des thèses dénie aux désordres psychiques le statut de maladie et préfèrent les considérer — dans une veine héritée du mouvement humaniste — sous l'angle d'une atteinte au développement personnel. Certaines de ces perspectives s'accordent à penser que l'origine du dysfonctionnement est sociale, et s'emploient sur ce fond à dénoncer le rôle pathogène des institutions ou de l'économie de marché (Crossley, 1998) (10). D'autres thèses refusent, au contraire, d'attribuer aux troubles du développement le statut d'affection. Contre la psychanalyse, certains cliniciens considèrent, à l'instar d'Eysenck, que la plupart des névroses relèvent d'une « *pathologie de l'existence* », c'est-à-dire d'une conduite normale qui n'a pas à être traitée par la profession (Eysenck, 1975). Cette perspective, souvent acquise à l'étiologie biologique des troubles mentaux, conteste l'excès d'intervention de la discipline dans la vie sociale. Mais elle peut également se déduire d'une opposition globale à l'existence de la maladie mentale, selon l'argument développé par Szasz, pour qui la caractérisation pathologique des comportements représente une manière d'amender l'individu et de le soustraire à ses obligations (Szasz, 1964). Bref, on n'a pas à faire seulement à la dénonciation d'une médicalisation arbitraire mais également à la critique d'une légitimation excessive du mal-être.

Ces débats permettaient-ils de statuer sur la qualité de l'affection mentale et d'imposer dans ce domaine une définition consensuelle ? Fallait-il ici donner priorité au sentiment du patient, ou s'en remettre au jugement d'un expert ? Et de quel expert en particulier ?

Cette dernière question a été pour partie arbitrée par l'introduction, à la même époque, des dispositifs communautaires de soins. En misant sur le recrutement massif de psychologues et de travailleurs sociaux, ces

---

(9) On pense, en particulier, aux thèses développées alors respectivement par Goffman (1961) et Scheff (1966).

(10) Dans la veine de cette critique, voir les arguments développés à l'époque en Angleterre par Laing (1965) ou aux États-Unis par Horney (1950).

dispositifs ont concouru à la démedicalisation de la prise en charge et, par suite, au recul de l'autorité psychiatrique (11).

Mais, dans le même temps, avec le développement des thérapeutiques, et des médicaments psychotropes en particulier, la psychiatrie finit par bénéficier d'un accès à la recherche biomédicale, à la croisée de la biologie du cerveau et de la psychopharmacologie (Healy, 1997) (12). En outre, la multiplication des actes lui permet d'affirmer une position d'expertise. En effet, devant la diffusion des attentes de prise en charge, la profession a dû très tôt tenter de garantir, aux patients comme aux praticiens, le remboursement des soins et de la prestation thérapeutique (Barton, 1987). Or, la politique publique qui cherche, à partir de la fin des années 1960, à encadrer l'explosion de la demande comme l'offre du secteur marchand est acquise à une logique proprement biomédicale (Marks, 1997). Cette orientation a offert un appui considérable aux prétentions monopolistiques de la psychiatrie dans le domaine du diagnostic.

Ainsi donc, l'essor de la psychologie du sujet contribue-t-il à mêler, au point de les confondre, les questions de la *désignation* du trouble mental à celles relatives à la *régulation* du soin prodigué dans ce domaine. Ici, la catégorisation des désordres implique directement celle des qualifications et des compétences requises pour leur traitement. Dans un premier temps, cette équation a contribué, entre 1950 et 1980, à la forte croissance de l'activité thérapeutique mais, pour l'essentiel, hors et contre le soin psychiatrique. Ce n'est qu'à la faveur de la conception du standard nosographique qui s'est imposé depuis comme la référence mondiale — le DSM-III — que la psychiatrie a pu, au détour des années 1980, reconquérir son influence.

Ce retour d'autorité peut être expliqué par le rôle de négociation et de conciliation que la discipline a joué à cette occasion. En effet, la fabrication du standard a permis de composer un lieu propice à la résolution

---

(11) En 1950, les psychiatres représentaient environ 25 % des professionnels de santé mentale, les infirmières formant plus de 50 % des effectifs. Avec la diffusion du traitement ambulatoire, les psychologues et les travailleurs sociaux occupent aujourd'hui une position majoritaire. En 1959, on dénombrait 3 000 psychologues aux États-Unis ; ils seraient aujourd'hui plus de 200 000, dont environ 40 000 officieraient en clinique (Caphew, 1999). Les travailleurs sociaux exerçant dans le domaine de la santé mentale étaient au nombre de 2 000 en 1945. En 1985, ils étaient plus de 80 000 (Shorter, 1997).

(12) Aux États-Unis, en 1970, la prévalence annuelle de la prescription de médicaments psychotropes, délivrée dans 80 % des cas par les généralistes, était de 10 %. Elle s'élève aujourd'hui à plus de 20 % (Le Moigne, 2000).

des conflits suscités par la désignation du trouble mental. À ce titre, elle a contribué à l'institutionnalisation d'un nouveau cadre de référence et d'action, capable d'aiguiller et de fédérer à la fois l'orientation politique de l'*American Psychiatric Association* et les stratégies des représentants des minorités ou des associations de patients. De quelle manière ? Le standard psychiatrique a offert le moyen de séparer les troubles mentaux comme la santé mentale de toute référence à la normalité sociale. Ainsi, la psychiatrie a pu revendiquer le monopole de l'expertise diagnostique tout en offrant un débouché aux revendications exprimées par les mouvements de défense de l'individu.

### **Une santé, entre rémission et bien-être : l'architecture du standard psychiatrique**

Les catégories du DSM-III se veulent à la fois impersonnelles et généralisables, et se réclament à cet égard de l'universalisme bureaucratique. Par son orientation scientifique, le Manuel revendique en outre un jugement indépendant et neutre, et s'estime capable de résoudre par la preuve les tensions nourries par la discrimination du trouble mental. Naturellement, cette prétention est excessive. Aucune classification ne peut être naturelle, c'est-à-dire valoir pour réelle (Bowker et Star, 1999). Tout classement repose sur une architecture, c'est-à-dire sur une hypothèse interprétative ou, à tout le moins, sur une anticipation de la réalité. Lorsque celle-ci est suffisamment explicite, elle peut être confrontée aux faits et, éventuellement, reconnue comme vraisemblable. Dans le cas du DSM-III, ces éléments d'architecture ne sont pas articulés par une interprétation de la pathologie, le Manuel revendiquant son athéorisme, du moins formellement (13). Pour autant, la nomenclature s'informe bel et bien à une structure logique. Celle-ci, bien qu'elle ne soit pas rendue

---

(13) En dehors d'éléments issus de la recherche biologique et pharmacologique, la démonstration d'objectivité du Manuel se déduit essentiellement d'une métrologie du consensus : la fidélité interjuges. Celle-ci a pour objet d'évaluer la convergence d'opinion des cliniciens dans le diagnostic des patients. Ce projet probatoire est guidé par l'intention de transcender l'incommensurabilité des points de vue. Il est, en ce sens, directement marqué par la montée du subjectivisme : dans ce contexte, le dépassement de la subjectivité et de l'idiosyncrasie prêtées aux cliniciens revêt un caractère si structurant que l'obtention d'un consensus de leur part suffit, à bien des égards, à faire preuve (Le Moigne et Ragouet, 2003 ; Sadler, 2002 ; Sadler *et al.*, 1994).

explicite par le répertoire, introduit une série de distinctions nouvelles. Pour en comprendre le sens, il est utile d'évoquer au préalable les conflits que la confection du standard a suscités et permis de régler à la fois. On se contentera ici de mentionner le cas du déclassement de l'homosexualité, particulièrement exemplaire de la restructuration du paradigme psychiatrique.

### *Le déclassement de l'homosexualité : la préfiguration d'un modèle*

Les tensions qui ont émaillé la rédaction du DSM-III ont été d'autant plus aiguës que ses concepteurs se sont ralliés à une discrimination catégorialiste de l'affection mentale (Blashfield, 1984). À la différence du dimensionnalisme — de facture psychologique — qui admet que la psychopathologie est diffuse dans l'ensemble de la population à des degrés divers, le catégorialisme considère que les troubles psychiques enferment, en tant qu'entités discrètes, des traits qui ne sont partagés que par certains individus. Dans ce cadre, l'enjeu présenté par le diagnostic psychiatrique est triple : il se rapporte à la question de savoir, d'une part, si les traits recensés marquent bien une expression atypique, d'autre part, si cette spécificité se signale par une gêne ou une déficience et, enfin, si elle témoigne bien d'une affection psychique.

Le conflit engagé entre l'*American Psychiatric Association* et les représentants des mouvements gays, au début des années 1970, met en lumière la manière avec laquelle cet enjeu est susceptible d'être négocié. Dans le DSM-II, publié en 1968, l'homosexualité est assimilée à une orientation sexuelle perturbée et est classée, à ce titre, parmi les pathologies mentales. Lors du congrès de l'APA en 1970, les membres de l'Association des psychiatres gays contestent ce classement en faisant valoir que l'homosexualité représente une variante normale de la sexualité. Les psychanalystes, qui sont encore majoritaires au sein de l'APA, s'opposent à cette issue. En vue de sortir de la crise, Spitzer, rédacteur en chef du *Manuel*, imagine la proposition suivante : reprenant à son compte l'argument des représentants du mouvement gay, il fait remarquer que les données scientifiques ne permettent pas de rapporter le comportement homosexuel à un dysfonctionnement biologique. S'appuyant là encore sur l'expérience des membres du mouvement gay, il fait également valoir que la condition homosexuelle ne constitue pas un obstacle au bien-être, bien qu'elle puisse être vécue le cas échéant dans la douleur (Bayer, 1981 ; Kirk et Kutchins, 1992). Spitzer entend de la sorte plaider pour le déclassement de l'homosexualité, tout en retenant la possibilité qu'elle puisse représenter un motif de souffrance. Il propose de créer un nouveau dia-

gnostic, sous le terme d'homosexualité ego-dystonique, et de réserver son application aux sujets qui vivent mal leur identité. La proposition est votée à l'unanimité par le Conseil d'administration de l'APA en 1973 (14).

Le règlement du conflit est exemplaire à plusieurs égards.

1. Il offre un appui à la légitimation sociale de l'identité homosexuelle, en reconnaissant à travers elle une expression pleine et entière de l'autonomie individuelle : en ce sens, la psychiatrie admet qu'elle n'a pas, par son diagnostic, à produire un stigmat qui pourrait ruiner une prétention légitime au bien-être.

2. Mais, si le règlement du conflit admet que l'épanouissement peut être constitué en critère de santé, il n'indique par pour autant que son absence suffit à caractériser une pathologie mentale : autrement dit, le mal-être exprime une dissonance ou un défaut d'accomplissement qui ne doivent pas être confondus avec l'incapacité physiologique à laquelle le Manuel entend bien, en dépit de l'athéorisme affiché, rapporter l'affection mentale.

Ce *modus vivendi* ne témoigne pas seulement de la possibilité d'une alliance ponctuelle entre orientations physiologistes et subjectivistes : il gouverne l'architecture du DSM-III dans son ensemble. Bâti à partir de ce jeu de contraintes, le Manuel porte la marque d'un ordre négocié, de la même manière qu'il concourt, par sa diffusion, à l'institutionnalisation de cet ordre. L'effet le plus immédiat de ce travail de composition a été de considérer l'affection mentale dans les termes d'une incapacité relative.

### *Ni sain, ni malade : déviance et conformité selon le DSM-III*

L'architecture du DSM-III — dite multiaxiale — se compose de cinq répertoires indépendants. Les cotations cumulées de ces répertoires doivent permettre, selon Millon (1983), le créateur du système, de dresser un état général du patient. Leur visée est la suivante :

- le premier répertoire fixe la liste des syndromes (schizophrénie, troubles affectifs, anxietés, toxicomanies, etc.), et livre pour chacun d'eux une grille diagnostique. Sous la notion de syndrome, le Manuel admet l'idée

---

(14) De la même manière, les mouvements féministes sont parvenus à faire supprimer du Manuel les troubles de personnalité dits « *défaitistes* », inspirés de la lecture psychanalytique du masochisme. La nosographie laissait en effet entendre que la fréquence de ces troubles était plus grande chez les femmes (Valenstein, 1998). Pour un aperçu de la régularisation dont les déviations sexuelles ont fait l'objet en psychiatrie, voir Castel (2003).

- qu'une affection est constituée lorsqu'un défaut expressif (comportemental, mental ou affectif) peut être mis en correspondance avec un dysfonctionnement physiologique lui-même discret ou, à tout le moins, qu'il en suggère la présence. Naturellement, le terme de « syndrome » ou de « désordre », en lieu et place de celui de « maladie » ou de « pathologie » mentale, vise à produire une désignation assez neutre, capable d'ouvrir la psychiatrie à la biomédecine sans pour autant que les notions d'aliénation ou d'aberration ne soient clairement évoquées (15) ;
- le second des axes a trait aux troubles de la personnalité. Ces troubles s'appliquent aux psychopathies ou conduites déviantes, et ne sont pas réputés morbides, au sens médical du terme (16) ;
  - le troisième répertoire est consacré aux affections somatiques, et vise d'abord un diagnostic différentiel : il a pour objet d'établir si le comportement du patient n'est pas dû en premier lieu à une maladie organique ;
  - le quatrième chapitre de la nomenclature s'applique à recenser les facteurs environnementaux qui sont susceptibles d'induire stress et souffrance chez le patient. Son objet est d'évaluer dans quelle mesure le milieu de vie du malade ajoute à son état pathologique ou peut concourir, à l'inverse, à son amélioration ;
  - enfin, le dernier axe consiste en une mesure de fonctionnement : il vise à établir le degré de réhabilitation ou d'intégration sociale du patient, au cours du traitement ou à son terme.

Cette axiologie introduit une rupture avec la psychanalyse. Dans le DSM-II, le découpage des affections, entre névroses et psychoses, était motivé par un ordre de sévérité, fixé par le degré d'adéquation du patient à la réalité : en ce sens, l'origine comme la signification du trouble étaient toujours rapportées à une situation. Le principe de différenciation qui s'affirme avec le DSM-III reconnaît dans la pathologie le signe d'un déficit

---

(15) Les premières définitions du trouble mental ébauchées par les rédacteurs du DSM-III n'avaient pas ce caractère tempéré puisque, étant question d'associer officiellement la psychiatrie à une branche de la médecine, c'est une référence directe à la maladie qui avait d'abord été privilégiée. Mais, sous l'influence de l'*American Psychological Association*, qui diligenta ses émissaires auprès de l'*American Psychiatric Association*, cette orientation fut, au moins explicitement, abandonnée (Millon, 1983).

(16) Si on exclut « les troubles du développement », tels que l'autisme et l'hyperactivité, qui sont également répertoriés sur cet axe. Le Manuel ménage ici une part d'ambiguïté puisqu'il comprend, sous cette appellation, des affections, soit discrètes, soit susceptibles d'apparaître durant l'enfance.

objectif de capacité, quel que soit le trouble considéré : à ce titre, le dysfonctionnement dont le désordre mental est le siège peut, en probabilité, être établi indépendamment des circonstances et des représentations qui l'ont vu naître (Blashfield, 1984). Mais, dans le même temps, les concepteurs du Manuel admettent que l'économie « endogène » du trouble n'affecte pas l'ensemble de la personne. Autrement dit, la nomenclature reconnaît, chez le patient, un individu capable d'élaborer ses propres conduites, indépendamment de la maladie. Son autonomie n'est, en probabilité, que partiellement abolie par le trouble.

« Une erreur commune est de considérer que la classification des désordres mentaux classe des individus, alors qu'elle classe les désordres que les individus ont. Pour cette raison, le texte du DSM-III évite l'usage des phrases telles que “un schizophrène” ou “un alcoolique”, et utilise à leur place des expressions peut-être plus complexes mais moins erronées telles que “un individu avec une schizophrénie” ou un “individu avec une dépendance à l'alcool” » (APA, 1980 : 6).

Par extension, cette perspective admet la pathologie sous les traits d'un préjudice dont le patient n'est pas coupable, mais elle ne dédouane pas pour autant celui-ci de ses responsabilités. L'individu est porteur de sa maladie — il en est l'occasion, mais peut encore répondre de ses actes, à l'instar du toxicomane ou du pédophile. En quoi, l'attribution de pathologie n'a valeur ici ni d'une exonération morale ni d'une altération de l'identité : l'amendement de l'individu demeure partiel, de la même manière que la maladie ne le prive pas totalement de son libre arbitre et de sa subjectivité.

L'axe II des troubles de la personnalité rend directement compte de cette possibilité. Il dresse la carte des traits jugés communs à l'ensemble des individus, et permet d'établir dans quelle mesure l'idiosyncrasie du patient est — au regard de cette distribution — conforme ou déviante à la moyenne. Les déviations recensées ici ne sont donc pas établies par référence à la pathologie mais au regard de la norme : plus exactement, les personnalités pathologiques sont déviantes au regard du comportement que la société est en droit d'attendre de l'individu (17), selon le Manuel. Ainsi les « personnalités antisociales » ou « dépendantes » peuvent faire l'objet d'une thérapie, motivée par l'attente d'une correction de compor-

---

(17) Le DSM-IV, qui succède à DSM-III puis au DSM-III-R, ne peut être plus explicite : les troubles de la personnalité se réfèrent à un mode de comportement qui « *dévie nettement des attentes de la culture à laquelle appartient l'individu* » (APA, 1994 : 633).

tement (18). Mais, en vertu de l'indépendance des axes, le DSM-III laisse entendre que ces personnalités, bien que déviantes, n'en sont pas moins saines au regard des troubles mentaux caractérisés.

Cet axiome permet de considérer, à l'inverse, que l'individu qui est atteint par un désordre psychique qualifié n'est pas nécessairement déviant, d'où un premier décrochage entre pathologie et transgression. Mais, il y a plus. Dans la mesure où le patient est porteur de sa maladie, il s'en suit que le contexte social n'est pas censé induire la morbidité mentale. Le DSM-III, sous le terme d'endogénie, fait dépendre la discrimination des troubles mentaux d'une clause de constitution, d'abord physiologique. Cette clause s'informe à une étiologie qui conçoit la relation sociale dans les termes d'une écologie, c'est-à-dire d'un contexte disjoint de la maladie et, plus avant, de l'individu lui-même : d'où un second décrochage entre l'affection mentale, d'une part, le sujet, d'autre part, et la norme sociale, enfin.

(À propos de la notion de syndrome) : « *En outre, il y a l'inférence selon laquelle il s'agit d'une dysfonction comportementale, psychologique ou biologique, et que cette perturbation ne réside pas seulement dans la relation de l'individu avec la société. Quand la perturbation est limitée à un conflit entre l'individu et la société, cela peut représenter une déviance sociale, qui peut être ou non condamnée, mais elle ne relève pas en soi d'un trouble mental* » (APA, 1980 : 6).

Toutefois, le Manuel reconnaît bien que l'individu peut subir en propre la pression de son milieu de vie, et être victime d'une situation stressante. L'axe IV admet cette possibilité ainsi que la souffrance qui peut l'accompagner. Mais, là encore, cette détresse n'est pas constituée en pathologie (19).

---

(18) Parmi les 14 troubles répertoriés dans ce domaine, la « personnalité antisociale » témoignerait plus particulièrement d'une recherche exclusive de l'intérêt personnel, tandis que la « personnalité dépendante » serait dominée, à l'inverse, par la quête compulsive du soutien d'autrui (APA, 1980).

(19) Faute de place, on n'évoquera pas ici l'axe III dédié au diagnostic somatique du patient. Mais il est certain que, en réduisant le soma à une lecture proprement organique, le DSM-III passe sous silence une partie des troubles mentaux dont l'expression est d'abord corporelle ou « psychosomatique », même s'il reconnaît par ailleurs l'existence, il est vrai, d'affections « somatoformes ».

### *Souffrance, stress, vulnérabilité : la part sombre de la normalité*

La distinction, introduite par l'axe IV du DSM-III, entre souffrance et désordre psychique, tient compte du mal-être que génère, le cas échéant, la condition du malade mental. Elle fait écho en ce sens aux revendications des mouvements de patients. Mais, selon le Manuel, si cette détresse est souvent associée à la maladie, si elle en constitue le corollaire, voire le signe avant-coureur, elle ne doit pas être assimilée à l'un de ses symptômes : elle s'y surajoute (20).

« Dans le DSM-III, chacun des désordres mentaux est conceptualisé comme un schéma ou un syndrome comportemental ou psychologique, significatif d'un point de vue clinique, qui apparaît chez l'individu et qui est typiquement associé avec un symptôme de douleur (détresse) ou un dérèglement d'une ou plusieurs aires du fonctionnement (incapacité) » (APA, 1980 : 6, c'est moi qui souligne).

C'est la raison pour laquelle la caractérisation du syndrome dépressif a tenu un rôle si central dans la construction de la nomenclature (Ehrenberg, 1998). Son admission, au titre d'entité distincte, supposait en effet qu'il soit possible de distinguer formellement la tristesse pathologique du dépressif de la détresse vécue dans la pathologie mentale ou, plus généralement encore, dans le chagrin. L'entité dépressive permet d'établir la souffrance en symptôme, mais elle désigne aussi le point d'arrêt de cette conjecture. Hors d'une observation circonstanciée du patient et des signes indiquant la présence d'un épisode franc (humeur perturbée, ralentissement psychomoteur, auto-dévalorisation), la dépression ne peut être qualifiée. La psychiatrie affirme ici son expertise en appliquant une limite à la légitimation diagnostique du mal-être. Mais elle laisse également

---

(20) La distinction introduite ici entre facteurs morbides et sociaux traduit le déclin de la psychiatrie sociale et de l'hypothèse réactionnelle (Schulman et Hammer, 1988). En effet, au cours des années 1970, la psychopathologie a cessé d'attribuer un rôle causal aux événements de vie, ceux-ci étant dès lors considérés comme des facteurs précipitants, étrangers au processus morbide (Guelfi *et al.*, 1995). Le PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) a pu incarner, au moins pendant un temps, l'exception à cette règle. Le syndrome a été intégré au DSM sous la pression de l'Administration des vétérans qui cherchait à obtenir de l'État une pension pour les anciens combattants du Vietnam. Le PTSD fut d'abord conçu comme « une réaction normale à une situation anormale ». Mais, depuis 1994, il s'applique aux seules personnes qui auraient tendance à développer une réponse pathologique aux événements, quels qu'ils soient, de sorte que c'est moins la situation que le mode de réaction de l'individu qui est dès lors jugé discriminant (Young, 1995).

entendre que la déprime, que la psychopathologie qualifie de « dépression normale », s'apparente, à la différence de l'affection constituée, à une condition ordinaire, et donc que souffrance et normalité peuvent aller de pair (Marsella *et al.*, 1987).

Cette perspective, à l'instar de la thèse défendue par l'hygiène mentale, enferme l'aveu d'une fragilité assez commune, sinon d'une vulnérabilité généralisée. À ce titre, elle réduit d'autant les bénéfiques qui peuvent être attendus de l'intégration sociale : la conformité ne protège pas en probabilité du mal-être, ni même du trouble mental puisque le contexte social n'a pas prise sur celui-ci. Comme on l'a vu, les troubles de la personnalité, associés aux comportements de déviance, ne désignent pas non plus un syndrome psychiatrique. Au total donc, rapportée à la désignation de la pathologie, la normalité comprend la possibilité de la pleine autonomie mais également celle de la déviance et de la souffrance. Elle décrit la part sombre de la condition individuelle dans la mesure où rien ne semble la dédouaner.

C'est là le revers de la capacité conférée aux personnes, et de l'éthique de performance qui en bâtit le principe : l'individu sain, dépourvu d'incapacités, jouit pleinement de l'exercice de son autorité, mais ne connaît pas d'exonération. Ses faiblesses et ses fautes, à la différence de la perspective ouverte en son temps par la psychopathologie freudienne, ne fondent pas l'objet de la thérapie, pas plus que la catharsis n'en constitue l'horizon. Comme le souligne l'expression plébiscitée par la psychiatrie contemporaine, la thérapie vise d'abord « *une amélioration* ». Dans ce contexte, la valeur du soin est d'abord réparatrice : elle s'applique à la correction d'un dysfonctionnement neurologique, comportemental ou cognitif. En dehors de ce rétablissement de capacité, l'amélioration ne prétend pas produire de plus-value. Néanmoins, le Manuel reconnaît, à travers l'axe V, une définition plus positive de la santé. Laquelle ?

***Fonctionnement social et bien-être :  
le développement personnel comme idéal de santé***

L'axe V évalue le degré d'intégration ou de réhabilitation du patient au cours de la thérapie, ou à sa suite. Il retient, au titre de fonctionnement déficient, la dangerosité du patient, pour lui-même ou autrui. La déviance est donc mise ici au premier plan. Au titre d'un fonctionnement moyen, c'est-à-dire partiellement altéré, l'outil fait référence aux situations dans lesquelles les symptômes du patient nuisent à sa communication avec autrui. C'est donc ici l'impact de la pathologie qui est établi en mesure de la performance individuelle. Enfin, au titre d'un fonctionnement accepta-

ble ou satisfaisant, l'échelle retient, entre autres, l'absence de symptômes, l'intérêt du patient pour le travail et les loisirs, et le constat d'une sociabilité riche et pérenne. Ainsi, le fonctionnement est dit normal lorsqu'il répond aux caractéristiques d'un état asymptotique et d'une conduite intégrée.

La notion de fonctionnement introduit une certaine correspondance entre intégration sociale et accomplissement personnel. Cette conjonction vise à signifier que l'amélioration thérapeutique est susceptible de bénéficier à la vie sociale du patient, de la même manière qu'une réhabilitation bien conduite peut encourager la rémission du malade et induire chez celui-ci un « mieux-être ». Cette conjonction énonce un principe hiérarchique : elle laisse entendre que l'accomplissement personnel présuppose l'intégration. C'est pourquoi la déviance est jugée, plus encore que la pathologie, contraire au bien-être. Mais, la gradation admise ici s'applique également à l'amélioration thérapeutique. Si la rémission du malade œuvre à son intégration, elle ne suffit pas au bien-être du patient. Une telle organisation de sens n'est possible que si on admet, sous le bien-être, une entité à la fois séparée et supérieure. Alors, il devient possible de distinguer la rémission de l'épanouissement, mais également le soin médical d'une toute autre vision de la santé et de l'amélioration sanitaire.

Cette possibilité se reconnaît à la disjonction opérée par la discipline entre « amélioration » et « santé mentale », ou « santé mentale » et « santé mentale positive ». Ainsi, selon l'axe V du DSM-III, le fonctionnement individuel est jugé convenable lorsque le sujet, libéré de ses symptômes, est impliqué dans la vie sociale et est satisfait de cette implication. Mais, que ce fonctionnement soit normal n'implique pas qu'il soit optimal. La normalité, celle des états acceptables, n'est pas ici le signe d'une santé parfaitement accomplie, mais plutôt d'un bien-être à bas seuil. À cet égard, l'échelle de l'axe V, qui comprenait initialement un gradient de 0 à 100, a été réduite à une cotation de 0 à 90 lors de la parution du DSM-IV en 1990. L'intervalle supérieur de l'échelle a été supprimé dans la mesure où il a paru destiné à la cotation de sujets démontrant un fonctionnement particulièrement performant (Guelfi, 1998).

Autrement dit, selon le Manuel, l'optimisation du potentiel individuel est, au regard de la vocation du soin psychiatrique, hors de propos bien qu'elle ne puisse être tout à fait ignorée par la discipline. Dans une perspective proprement médicale, la psychiatrie entend permettre au patient de retrouver une condition suffisante, compatible avec ses idéaux et ses capacités. Passé ce seuil, elle ne le reconnaît plus en tant que sujet justiciable d'un soin. Mais, dans une perspective psychologique, celui-ci reste accessible à la psychothérapie et aux techniques dédiées précisément au traitement de la souffrance et au développement personnel.

Le thème du bien-être marque ainsi, plus globalement, la nécessité pour la clinique de tenir compte de la singularité de l'individu, sinon de veiller à son épanouissement. Une fois associée au soin, cette perspective dessine les contours d'un exercice capable d'agrèger l'amélioration et le développement, la médication et la psychothérapie, les approches biologiques et psychologiques du trouble mental, et de réunir, en dépit de rivalités structurelles, l'ensemble des professions mobilisées sous la bannière de la « santé mentale » (21).

L'impact exercé par ce nouveau cadre de référence peut se mesurer de diverses manières. La régularisation des désordres psychiques s'observe, par exemple, aux changements dont sont témoins les définitions sociales du trouble psychique. Ainsi, Phelan et son équipe ont analysé l'évolution des représentations sociales de la pathologie mentale aux États-Unis en comparant les données acquises au moyen du même questionnaire en 1950 et 1996. Si la schizophrénie convoque toujours le stéréotype de la dangerosité, les auteurs concluent néanmoins à la meilleure réception des désordres psychiques par le corps social, la majorité des répondants assimilant dès lors le trouble mental à un risque susceptible de les atteindre (Phelan *et al.*, 2000).

Mais l'impact des nouvelles désignations de la normalité et de la pathologie se mesure plus encore à l'évolution des revendications des mouvements de patients. À partir de 1980, y compris en France, les organisations d'usagers, sous l'égide en particulier des fédérations de familles, ont eu tendance à revendiquer le caractère biologique de la pathologie mentale. Marquées par une orientation consumériste, ces organisations réclament aujourd'hui le remboursement des soins pour les affections répertoriées par la nomenclature psychiatrique. À ce titre, elles admettent l'hypothèse de l'origine endogène de la maladie, et s'opposent à la couverture des problèmes dits de « souffrance psychique » qu'elles jugent trop frustrés. Ces associations, regroupées sous l'égide de la *National Alliance for Mental Illness* (NAMI), représentent aujourd'hui le premier

---

(21) La psychologie a privilégié, de son côté, deux types d'approches du bien-être. La première, dite du potentiel humain, pense le bonheur à la manière d'un achèvement de forme : la plénitude ou la réalisation de soi, selon cet idéal de santé, résulteraient de la découverte puis de l'exploitation par l'individu de ses qualités ou vertus intrinsèques (Ryan et Deci, 2001). Dans la lignée de la psychologie de la personnalité, une seconde perspective considère, quant à elle, que l'accès au bien-être dépend d'une qualité inégalement partagée. L'accomplissement de soi rend compte ici d'une capacité personnelle à faire face, d'une intelligence particulière des faits émotionnels et sociaux, ou bien encore d'une aptitude remarquable à l'adaptation (Vaillant, 2003).

bailleur de fonds de la recherche psychiatrique aux États-Unis (Menninger et Nemiah, 2000).

Ce mouvement marque une recomposition du débat : on a moins affaire, depuis 1980, à une série d'oppositions guidées par l'imposition d'un cadre unique qu'à l'intrication permanente, et continûment négociée, des différentes représentations de la santé mentale. En ce sens, les revendications actuelles cherchent moins à s'exercer contre le soin qu'à défendre une participation active à son déroulement. De manière assez inattendue, ce processus oblige aujourd'hui la psychiatrie à composer, devant la multiplication des revendications de pathologies, avec une demande croissante de labellisation, au risque d'avoir sans cesse à négocier la définition de ses catégories et de son périmètre d'intervention.

## Conclusion

Aux États-Unis, la défense de l'expression individuelle autorise à reconnaître, dès les années 1960, le patient comme acteur du soin. Cette reconnaissance a contribué à relativiser l'extériorité de l'aliéné. Mais ce mouvement a également invité, sous l'égide de la « santé mentale positive », à placer le désordre psychique sous le signe d'un déficit expressif susceptible d'affecter chacun des membres de la collectivité. L'acceptation d'une telle vulnérabilité a réduit la portée normative de l'affection mentale et sa possible assimilation à la déviance. C'est pourquoi, globalement, un tel mouvement semblait appeler un développement naturel et massif du soin.

En réalité, cette défense du sujet contribue à importer sur le terrain de la médecine une problématique qui enrichit et complexifie à la fois la notion de santé. À travers la question du bien-être, la santé n'a plus seulement trait à l'amélioration thérapeutique, mais s'élargit à l'accomplissement de soi. Cet idéal projette la santé pour partie à l'extérieur du soin, vers la psychologie notamment, et en décharge partiellement la psychiatrie. Et, à la fois, celle-ci est bien tenue de composer avec cet idiome dans la mesure où celui-ci contribue à placer, dans le respect de la subjectivité et dans la qualité des expériences vécues dans la prise en charge, une disposition opposable au soin, comme en témoigne l'explosion de la jurisprudence relative aux « mauvaises pratiques » de la clinique. Autrement dit, le développement de l'exigence de santé permet d'observer comment le subjectivisme nourrit le développement du système sanitaire et est capable à la fois d'en contraindre l'organisation.

Aux États-Unis, cette ambivalence a exposé la prise en charge des troubles mentaux à une série de négociations et d'arbitrages qui, il est vrai, ont été subordonnés, pour une partie non négligeable, à la politique de remboursement de l'État, aux initiatives inégales des administrations locales et aux conditions fixées par les compagnies d'assurances. Toutefois, une telle régulation n'aurait pas été possible sans la diffusion conjointe d'une définition suffisamment stable et discriminante du trouble mental, celle du DSM-III.

Ce standard a contribué à l'introduction de définitions opérationnelles qui, depuis lors, régissent aux États-Unis un nombre exceptionnel d'actions dans des secteurs aussi variés que l'actuariat, l'expertise judiciaire, les essais cliniques, l'évaluation des produits pharmaceutiques et des psychothérapies, l'examen de la gestion hospitalière, l'estimation de la qualité des soins ou encore des pratiques professionnelles, etc. Par quoi, la contribution du Manuel, depuis sa mise au point jusqu'à sa diffusion, a été décisive dans le mouvement d'imposition de la santé mentale comme cadre général d'action, tant cognitif que pratique.

Si le Manuel s'est imposé, c'est sans doute parce que sa confection a réuni la plupart des instances mobilisées par la désignation formelle des troubles, qu'il s'agisse des sciences biomédicales, de l'administration sanitaire, des professions psychiatriques et psychologiques ou bien encore des représentants des minorités ou des mouvements de patients. Ainsi, cette entreprise a été d'emblée projetée au cœur des tensions qui ont entouré la qualification de l'affection mentale. Mais cette position lui a permis d'introduire précisément en retour un rapport d'interface et d'ouvrir une scène sociale propice à l'ajustement des rivalités présentes.

Par les ajustements qu'elle cherche à opérer, précisément, l'architecture du DSM-III témoigne, par bien des aspects, d'un syncrétisme. En particulier, elle réussit à condenser une lecture physiologique des troubles, qui gage l'entrée de la psychiatrie dans le champ de la biomédecine, avec une psychopathologie davantage centrée sur la souffrance psychique, proprement héritée d'une psychologie du sujet. En ce sens, le Manuel parvient à concilier deux visions extrêmement différentes de la santé mentale. Dans un cas, la notion s'applique à l'absence de pathologie ou à sa rémission alors qu'elle évoque, dans l'autre, une modalité non pas restitutive mais instauratrice de la santé, incarnée par l'accession à une expression personnelle pleine et entière.

À ce titre, le Manuel a participé à l'institutionnalisation d'une nouvelle carte du normal et du pathologique. Cette carte donne à voir un renversement de l'équation traditionnellement introduite entre les deux termes. En effet, l'entrecroisement d'un parti pathologiste et d'un idéal acquis à l'expressivité personnelle a plaidé en faveur d'une régularisation

et d'une extension des troubles mentaux, si bien que la normalité a été associée sous ce jour à une condition plus banale, elle-même inductrice de souffrances. Aussi, derrière le syncrétisme du Manuel, ce renversement trahit-il plus largement la montée des lectures biomédicales et psychologiques de l'existence. Loin d'être purement antagonistes, ces lectures tendent en réalité toutes deux à faire abstraction des fondements collectifs et relationnels qui président à la formation de la personne. De fait, si on faisait valoir ici une lecture sociologique, on ne pourrait manquer d'apercevoir que l'accès au bien-être n'incarne pas un dépassement de la normalité mais bien plutôt l'épicentre des obligations auxquelles il s'agit aujourd'hui de se conformer.

Toutefois, comme le démontre clairement la réforme nosographique américaine, cette refonte des catégories ne peut être mise au compte d'une pure imposition idéologique : ce changement a été traversé par un jeu d'oppositions pour le moins structurel qui a requis la composition d'arrangements, de médiations et d'outils d'un genre nouveau. C'est là, plus globalement, le sens que l'on peut conférer à la standardisation des catégories de l'affection mentale. Celle-ci ne se réduit pas à un travail de normalisation, c'est-à-dire à la production d'une norme. En tant que processus, la standardisation donne à voir plus exactement comment, dans un contexte où l'existence est censée dépendre d'un régime purement individuel, psychique ou biologique, particulièrement rétif à l'imposition d'un ordre commun, une issue a pu être trouvée à une négociation collective du changement.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association, 1980, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, third edition, Washington, APA.
- American Psychiatric Association, 1994, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition, Washington, APA.
- Barke M., Fribush R., Stearns P.N., 2000, Nervous breakdown in 20<sup>th</sup> century American culture, *Journal of Social History*, 33, 565-584.
- Barton W.E., 1987, *The history and influence of the American Psychiatric Association*, Washington, American Psychiatric Press.
- Baumeister R.F., 1987, How the self became a problem: a psychological review of historical research, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 163-176.

- Bayer R., 1981, *Homosexuality and American psychiatry. The politics of diagnosis*, New York, Basic Books.
- Blashfield R.K., 1984, *The classification of psychopathology: neo-kraepelinian and quantitative approaches*, New York, Plenum.
- Bowker G.C., Star S.L., 1999, *Sorting things out: classification and its consequences*. Parts II and III, Cambridge, MIT Press.
- Buchanan R.D., 2003, Legislative warriors: American psychiatrists, psychologists and competing claims over psychotherapy in the 1950s, *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 39, 225-249.
- Capshew J.H., 1999, *Psychologists on the march: science, practice and professional identity in America, 1929-1969*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Castel P.H., 2003, *La métamorphose impensable. Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*, Paris, Gallimard.
- Cooksey E.C., Brown P., 1998, Spinning on its axes: DSM and the social construction of psychiatric diagnosis, *International Journal of Health Services*, 28,3, 525-554.
- Crossley N., 1998, R.D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis, *Social Science and Medicine*, 47, 877-889.
- Ehrenberg A., 1998, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- Eysenck H.J., 1975, *The future of psychiatry*, London, Methuen.
- Goffman E., 1961, *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*, New York, Anchor Books.
- Grob G.N., 1983, *Mental illness and American society - 1875-1940*, Princeton, Princeton University Press.
- Grob G.N., 1991, *From asylum to community: mental health policy in modern America*, Princeton, Princeton University Press.
- Grob G.N., 1994, *The mad among US: a history of the care of America's mentally ill*, New York, The Free Press.
- Grob G.N., 1995, The paradox of desinstitutionalization, *Social Science and Modern Society*, 32, 5, 51-59.
- Guelfi J.D., 1998, *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, Rueil-Malmaison, Pierre Fabre.
- Guelfi J.D., Gaillac V., Dardennes R., 1995, *Psychopathologie quantitative*, Paris, Masson.
- Healy D., 1997, *The antidepressant era*, Harvard, Harvard University Press.
- Horney K., 1950, *Neurosis and human growth*, New York, WW Norton.
- Horwitz A.V., Wakefield J.C., 2007, *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*, New York, Oxford University Press.

- Jahoda M., 1999 [1958], *Current concepts of positive mental health*, Stratford, Ayer Company Publishers.
- Kirk S., Kutchins H., 1992, *The selling of DSM. The rhetoric of science in psychiatry*, New York, Walter de Gruyter.
- Laing R.D., 1965, *The divided self*, Baltimore, Penguin.
- Laurence C., Weisz, G., 1998, *Greater than the parts: holism in biomedicine (1920-1950)*, New York, Oxford University Press.
- Le Moigne P., 2000, Anxiolytiques, hypnotiques. Les données sociales du recours, *Revue Suisse de Sociologie*, 26, 71-109.
- Le Moigne P. (dir.), 2003, *La mesure de la dépression. La psychométrie au carrefour des sciences*, Paris, APN-CNRS.
- Le Moigne P., 2005, La reconnaissance du trouble mental : médecine, psychiatrie, bien-être, *Cahiers de Recherche Sociologique*, 41, 91-114.
- Le Moigne P., Ragouet P., 2003, L'articulation de la connaissance et de la règle. Le cas d'espèce de l'instrumentation psychiatrique, In : *Normes sociales et processus cognitifs*, Poitiers, Maison des Sciences de l'Homme et de la Société, 165-169.
- Marks H.M., 1997, *The progress of experiment: science and therapeutic reform in the United States - 1900-1990*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Marsella A.J., Hirschfeld R.M.A., Katz, M.M., 1987, *The measurement of depression*, New York, The Guilford Press.
- Maslow A., 1954, *Personality and motivation*, New York, Harper.
- Mayes R., Horwitz A.V., 2005, DSM-III and the revolution in the classification of mental illness, *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267.
- Menninger R.W, Nemiah J.C., 2000, *American psychiatry after World war II*, Washington, American Psychiatric Press.
- Millon T., 1983, The DSM-III: an insider's account, *American Psychologist*, 38, 804-815.
- Mruk C., 1995, *Self-esteem. Research, theory and practices*, New York, Springer.
- Phelan J.C., Link B.G., Stueve A., Pescosolido B.A., 2000, Public conceptions on mental illness in 1950 and 1996. What is mental illness and is it to be feared?, *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 188-207.
- Pols H., 2001, Divergences in American psychiatry during the Depression: somatic psychiatry, community mental hygiene, and social reconstruction, *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 37, 369-388.

- Robins L.N., Regier D.A., 1990, *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*, New York, The Free Press.
- Rogers C.R., 1961, *On becoming a person*, Boston, Houghton Mifflin.
- Ryan R.M., Deci E.L., 2001, On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being, *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Sadler J.Z., 2002, *Descriptions and prescriptions: values, mental disorders, and the DSMs*, Baltimore, The John Hopkins University Press.
- Sadler J.Z., Osborne P.O, Schwartz M.A., 1994, *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*, Baltimore, The John Hopkins University Press.
- Schulman G.I., Hammer J., 1988, Social characteristics, the diagnosis of mental disorders, and the change from DSM-II to DSM-III, *Sociology of Health and Illness*, 10, 543-560.
- Scheff T.J., 1966, *Being mentally ill. A sociological theory*, Chicago, Aldine.
- Shinn T., Ragouet P., Le Moigne P., Toubiana L., 2006, Instruments, formation de savoirs transversaux et institutionnalisation des disciplines. Approche socio-historique et épistémologique comparée des sciences physiques, sciences biologiques et médicales, et des sciences sociales, *ACI Culture scientifique*, Paris, Ministère de la Recherche.
- Shorter E., 1997, *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*, New York, John Wiley.
- Szasz T.S., 1964, *The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct*, New York, Hoeber-Harper.
- Taylor E.I., 1982, *William James on exceptional mental states. The 1896 Lowell lectures*, New York, Charles Scribner's Sons.
- Taylor E.I., 1991, William James and the humanistic tradition, *Journal of Humanistic Psychology*, 31 (1), 56-74.
- Taylor E.I., 1996, *William James on consciousness beyond the margin*, Princeton, Princeton University Press.
- Vaillant G.E., 2003, Mental health, *American Journal of Psychiatry*, 160, 1373-1384.
- Valenstein E.S., 1998, *Blaming the brain*, New York, The Free Press.
- Young A., 1995, *The harmony of illusions. Inventing posttraumatic stress disorder*, Princeton, Princeton University Press.

**Conflit d'intérêts :** aucun.

---

*ABSTRACT*

---

**A new map of the normal and the pathological.  
The institutionalization of mental health in the United-States**

The article examines the tensions involved in the development of treatment for mental disorders during the period 1950-1980 in the United-States. It relates those tensions to the diffusion of an ideal strongly influenced by the subjectivist fervor characteristic of post-war America but also internally contradictory. Psychiatric diagnosis came to be seen as a way of disqualifying the individual, but this context also worked to identify psychic disorder with an incomplete self, and this new orientation led to a substantial increase in demand for treatment. The article first considers the antagonism between these representations as suggested by the effects they had on professionalization and the division of labor in the psychiatric field. It then seeks to show how the standards established at the end of the period—the famous DSM-III—by offering a means of negotiating the different visions of mental disorder, has institutionalized a new map of the normal and the pathological under the flag of “mental health”.

---

*RESUMEN*

---

**Un nuevo mapa de lo normal y de lo patológico.  
La institucionalización de la salud mental en los Estados Unidos**

El artículo vuelve sobre las tensiones que han acompañado, entre 1950 y 1980, el desarrollo de la atención de la afección mental en los Estados Unidos. En éste se relacionan dichas tensiones con la difusión de un ideal influenciado por el impulso subjetivista de la América de la post-guerra, que resulta por lo menos contradictorio. Dentro de este contexto, el diagnóstico psiquiátrico fue asimilado a una campaña de descalificación del individuo, llegando a la negación de la existencia de la enfermedad mental. Pero, dicho contexto contribuyó igualmente a asociar la afección psíquica a una sensación de falta de plenitud del individuo (incompletude de soi) y bajo este argumento llegó a suscitar una multiplicación de solicitudes de cuidado. El artículo aborda en primera medida el antagonismo de esas reivindicaciones a partir de los efectos que ellas han ejercido sobre la profesionalización y la división del trabajo dentro del campo psiquiátrico. Posteriormente, intenta mostrar cómo el estándar nosográfico que se impuso en 1980 — el famoso DSM-III — ofreciendo el medio para conciliar las diferentes visiones del trastorno físico, institucionalizó finalmente un nuevo mapa de lo mental y de lo patológico bajo el estandarte de la « salud mental ».