

Panel n°7

« Inciter au gouvernement de soi, façonner les subjectivités »

14h30-16h30 – Vendredi 16 octobre 2020

Interventions

Protéger, évaluer, faire sortir.

Alexandre MICHEL, Doctorant en Sociologie, Cermes3, Paris Descartes.

C'est pour le bébé. Contours et enjeux de la sanitarisation des grossesses.

Elsa BOULET, Docteure en Sociologie, Centre Max Weber & IRIS, Université Lyon 2 & EHESS.

Le soft government des jeunes délinquants.

Guillaume PÉRISSOL, Enseignant-Chercheur en Histoire, CESDIP, ENPJJ.

Repenser l'empowerment à travers la recherche communautaire.

Mathilde PERRAY, Doctorante en Psychologie Sociale, GREPS, Université Lyon 2.

Modération

Luc BERLIVET, Chargé de recherche, CERMES3, CNRS.

Julia LEGRAND, Docteur en sociologie, CRESPPA, Université Paris 8.

« L'intérêt, c'est de vivre, pas de survivre ». L'injonction à mener une vie satisfaisante à la sortie de l'hôpital en psychiatrie ».

Alexandre Michel

Doctorant en Sociologie, Centre de recherche médecine, sciences, santé et société (CERMES3),
Université Paris Descartes.

Dressant une généalogie du pouvoir psychiatrique, Michel Foucault (Foucault 1976; Foucault 2003) décrit le déploiement de dispositifs de pouvoir : les « dispositifs disciplinaire ». Ses travaux ultérieurs (Foucault 2004) rendent compte d'une bascule vers des « dispositifs de sécurité », s'exerçant sur les phénomènes étudiés non plus de l'extérieur mais de l'intérieur. À rebours d'une conception archéologique, je défendrai dans cette communication que les psychiatres travaillant en service de psychiatrie disposent de plusieurs *registres d'action* (Dodier 1993; Baszanger 1995) qui empruntent leurs outils à ces différents modes de gouvernement. Ces registres d'action sont des modèles qui constituent autant de ressources pour les médecins, leur permettant d'organiser leurs interventions.

Ces analyses sont issues d'un travail de terrain dans le cadre d'une thèse en cours. J'ai réalisé des observations ethnographiques pendant un an dans une unité de psychiatrie universitaire spécialisée dans le diagnostic et le traitement de dépressions. Cette unité a pour particularité d'être ouverte et de ne pas admettre de patients en soins sous contrainte. J'ai complété ce travail par des entretiens auprès des patients et des professionnels.

À partir d'une analyse pragmatique du travail médical, je montre comment les psychiatres déploient ces registres d'action pour mettre en forme des trajectoires de maladies psychiatriques à l'hôpital. Je dégage ainsi trois registres d'action aux logiques propres : protéger, évaluer et faire sortir. Ils permettent d'aligner le travail des professionnels sur la maladie, l'engagement qui est attendu des patients dans ce travail et les différents états de maladie. Ainsi, lorsque les patients présentent des manifestations de maladie aiguë, les psychiatres organisent un travail de protection. Celui-ci est rendu possible par la mise en place de techniques de surveillance rendant l'état des patients observable à tout moment. Il est alors attendu des patients qu'ils se laissent faire. Au contraire, lorsque l'état des patients est plus stable, s'ouvre une phase d'évaluation qui doit conduire les psychiatres à la formulation d'un diagnostic. Les professionnels attendent des patients qu'ils s'autoévaluent et soient capables de livrer un récit de leur maladie cohérent, sans quoi ils sont qualifiés « d'inauthentiques ». Enfin, lorsque l'état des patients s'améliore, les psychiatres préparent leur sortie. Ils déploient alors des techniques qui incitent les patients à s'exposer au monde extérieur, appelées « stimulations ». Ces pratiques comprennent un double horizon normatif : elles visent à la fois à éprouver la guérison de la maladie et à évaluer la capacité des malades à vivre une vie définie comme normale. Les professionnels attendent alors des malades qu'ils deviennent « acteurs de leur prise en charge ».

Ces trois registres d'action suivent généralement un ordre chronologique bien que des retours en arrière soient possible. Je montrerai comment ces registres empruntent -certes de façon assez lâches- leurs outils à des modes de gouvernement qu'on peut qualifier de sédimentés : des dispositifs disciplinaires aux dispositifs sécuritaires et de l'exercice du regard clinique au travail sur « l'expérience subjective » (Armstrong 1984).

« C'est pour le bébé » : Contours et enjeux de la sanitarisisation des grossesses.

Elsa Boulet

Docteure en Sociologie, Centre Max Weber, Université Lyon 2 & Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS), École des hautes études en sciences sociales (EHESS).

Les analyses historiques et sociologiques de la reproduction humaine ont mis en lumière le processus de médicalisation de l'accouchement et de la grossesse, souvent problématisé sous l'angle de la prise de pouvoir du corps médical sur les femmes. Les interventions techniques sur les corps des femmes ont particulièrement retenu l'attention : échographie, césarienne, épisiotomie, analgésie péridurale, etc. (Akrich, 2006 ; Oakley, 1980 ; Jacques, 2007). Cette communication propose de déplacer le regard en explorant la sanitarisisation des grossesses. À la suite de P. Conrad, la sanitarisisation (*healthization*) est ici comprise comme « une présence des questionnements de santé à tous les niveaux de la vie quotidienne (alimentation, activité physique, etc.) » (El Kotni & Faya Robles 2018) qui « transforme la santé en morale » (Conrad, 1992). Il s'agit donc de questionner les enjeux et les effets de cette extension du sanitaire, en problématisant la manière dont l'institution médicale participe à produire une morale genrée de la responsabilité maternelle. Cette communication est basée sur une enquête de terrain réalisée en Île-de-France (2014-2017) qui a combiné des observations dans deux maternités hospitalières (accueil, consultations, cours de préparation à la naissance) et des entretiens avec des femmes enceintes, parfois leur conjoint, et des professionnelles de santé hospitalières.

L'institution hospitalière joue un rôle majeur dans le « gouvernement des grossesses » (Cahen, 2014) en France : la quasi-totalité des accouchements ont lieu à l'hôpital, et pour plus d'une femme sur trois l'ensemble du suivi est réalisé en maternité hospitalière (Blondel & Kermarrec, 2011). Dans la maternité qui a constitué le terrain principal de l'enquête, la totalité du suivi prénatal était réalisé à l'hôpital. Si une partie du soin est réalisé à l'hôpital, une grande part du « travail sanitaire » est produite par les femmes enceintes elles-mêmes qui sont amenées à s'auto-surveiller et à modifier leur vie quotidienne en fonction d'impératifs de prévention. Nous examinerons dans un premier temps la manière dont l'institution hospitalière institue les fœtus comme objets des soins et les femmes enceintes comme « mères » responsables de la santé de leur futur enfant. Dans un second temps, nous verrons que les femmes enceintes sont amenées à prendre soin d'elles *pour autrui*, non seulement en se conformant à un parcours de soins mais aussi en modifiant leur hygiène de vie et en effectuant une auto-surveillance au quotidien. Cette surveillance est appuyée sur un ensemble de dispositifs matériels (livrets d'informations, etc.) et l'entourage y prend une part, notamment les conjoints dont le rôle est souvent ambivalent entre soin et rappel à l'ordre. Enfin, nous montrerons que l'adhésion et la mise en pratique de la prévention au quotidien est socialement située : les femmes les plus diplômées et les plus aisées se montrent plus enclines à modifier leur vie quotidienne pour préserver la santé du fœtus, en l'absence de pathologie avérée, tandis que les femmes de milieu populaire sont plus distantes des pratiques de prévention. Aborder le gouvernement des grossesses par la sanitarisisation permet ainsi de se départir d'une opposition rigide entre pouvoir médical et impuissance des patientes, discours savants et pratiques profanes.

Le *soft government* des jeunes délinquants dans la France et les États-Unis du premier XXe siècle

Guillaume Périssol

Enseignant-chercheur en histoire, École nationale de protection judiciaire de la jeunesse (ENPJJ),
Ministère de la Justice & chercheur associé au Centre de recherche sociologique sur le droit et les
institutions pénales (CESDIP).

« La miséricorde ne se commande pas, Elle tombe comme la douce pluie du ciel ». Cette citation de Shakespeare sert encore dans les années 1950 de devise au Tribunal pour enfants de Boston. À la fonction traditionnellement répressive du droit, elle tend à substituer une fonction idéologique sous l'expression de l'amour. Le modèle américain initial de la *juvenile court*, saturé d'idéaux de compassion et de réhabilitation, connaît un succès mondial depuis la création à Chicago, en 1899, du premier tribunal pour enfants. Que cache ce progressisme des *juvenile courts* ? Que signifie le succès très rapide des tribunaux pour enfants aux États-Unis, en Europe et dans le monde ?

En reprenant la distinction opérée par Michel Foucault entre l'infacteur et le délinquant, identifié à travers ses anomalies par l'écart à la norme, essayons de comprendre pourquoi et comment à un moment donné s'est installé et a pu prospérer un certain dispositif de pouvoir appliqué à une jeunesse jugée déviante. La justice des mineurs s'impose en effet, dans la première moitié du XXe siècle, comme une justice socialisée, éducative et scientifique, s'appuyant sur la probation et sur un système d'évaluation, porté par le double souci d'adaptation et d'épanouissement du sujet. Lieu d'expérimentation pour pallier les défauts et insuffisances des systèmes disciplinaires trop rigides du XIXe siècle, elle participe de l'émergence du contrôle, ce « nouveau monstre » que Gilles Deleuze assimilait à un serpent, tandis qu'il utilisait la métaphore de la taupe pour les sociétés disciplinaires (G. Deleuze, 1990).

La comparaison internationale participe à faire découvrir les grands systèmes de pensée, structures sociales et modes d'exercice du pouvoir, sous-jacents ici au phénomène de la délinquance juvénile. À partir d'archives inédites comme les dossiers de mineurs de la Boston Juvenile Court et du Tribunal pour enfants de la Seine, à Paris, on essaiera donc de développer le concept de *soft government*, empruntant l'idée de *soft* à William Burroughs dont l'œuvre exprime la violence des dispositifs, même les plus « doux » ou les plus « mous ». D'une verve hallucinatoire, inspirant Deleuze dans son analyse du pouvoir qui s'exerce « à l'air libre », il explore sa vision d'un monde qui ne connaît plus de dehors et d'un contrôle accordant une liberté qui « n'est que la prise qui lui permet d'exercer sur vous son emprise » (F. Claisse, 2012). Ce « Contrôle », avec majuscule, ne peut fonctionner qu'en s'appuyant sur la liberté de chaque individu, car l'« on ne contrôle pas un magnétophone, on l'utilise » : pour qu'il y ait contrôle, il faut qu'existe la possibilité « d'opposition ou d'acquiescement » (W. S. Burroughs, 1978). Le nouveau paradigme de nos sociétés contemporaines, dont nous faisons l'hypothèse qu'il s'élabore en partie dans des institutions « bancales » à la fois éducatives et punitives comme les tribunaux pour enfants, révèle à quel point peut être juste l'idée foucauldienne d'un pouvoir qui ne cherche pas seulement à « réprimer », mais pénètre « plus profondément que cela, en créant le désir, en provoquant le plaisir, en produisant le savoir » (M. Foucault, 1975).

Repenser l'empowerment à travers la recherche communautaire

Mathilde Perray

Doctorante en Psychologie-Sociale, Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (GRePS),
Université Lyon 2.

Daouda Traore

Docteure en médecine, Association de Recherche, de communication et d'accompagnement à domicile
des personnes vivant avec le VIH/Sida (ARCAD-SIDA Mali).

Lucas Riegel

Docteur en Pharmacie, Ingénieur de recherche, Coalition PLUS.

Daniela Rojas-Castro

Docteure en Psychologie Sociale, Coordinatrice de recherche communautaire Coalition PLUS,
Membre associée Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (GRePS), Université Lyon 2.

Bruno Spire

Directeur de recherche, Sciences économiques et sociales de la santé et traitements de l'information
médicale (SESSTIM), INSERM.

Marion Mora

Ingénieure d'étude, Sciences économiques et sociales de la santé et traitements de l'information
médicale (SESSTIM), INSERM.

Adam Yattassaye

Docteur en médecine, Chargé de programme, Association de Recherche, de communication et
d'accompagnement à domicile des personnes vivant avec le VIH/Sida (ARCAD-SIDA Mali).

Marie Préau

Professeure en Psychologie-Sociale, Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (GRePS),
Université Lyon 2.

& le groupe ANRS 12373 Gundo So

L'empowerment est une notion fortement utilisée dans le champ de la santé mais dont la définition ne semble pas être consensuelle (Cattaneo & Chapman, 2010). Elle renvoie tout d'abord à la notion de pouvoir, et aux capacités d'agir des individus sur leur environnement (Ninacs, 2010). Présenté comme un idéal à atteindre pour les usagers du système de soins, quand est-il vraiment ?

La notion est à l'origine développée durant les mouvements sociaux et investie en psychologie communautaire en Amérique du Nord (Rappaport, 1987), ainsi que dans les mouvements d'éducation populaire et d'antipsychiatrie en Amérique du Sud et en Europe (Bacqué & Biewener, 2015b). On observe cependant peu à peu un glissement d'une vision radicale, visant un changement sociétal, vers une interprétation libérale prônant notamment une autonomie individuelle sans regard critique sur l'environnement social (Bacqué & Biewener, 2015a).

L'empowerment des patients est envisagé à l'image des gouvernementalités néolibérales ; dans une perspective d'auto-contrôle, de responsabilisation des individus ; et occidentale (Hache, 2007). Valorisé

et encouragé dans différents contextes, ce concept est-il transférable en tout lieu ? En effet, les dynamiques mondiales en terme de santé restent encore aujourd'hui marquées par des relations de pouvoirs du nord vers le sud, perpétuant des dynamiques néocolonialistes : l'empowerment apparaît dès lors comme une injonction.

Afin de répondre à cette critique, le développement de recherches et pratiques communautaires peuvent apparaître comme une première piste permettant de rester fidèle à l'idéal de justice sociale : une mise en place de contres pouvoirs, en faveur des populations marginalisées, passant par une appropriation de leurs problématiques.

Ainsi, l'enjeu de cette communication sera d'illustrer la façon dont les rapports de pouvoirs peuvent réellement se redistribuer ou se renverser équitablement au travers du processus d'empowerment. Afin d'illustrer nos propos nous nous appuyerons sur l'intervention Gundo-So, qui est un programme communautaire d'empowerment destiné aux femmes vivant avec le VIH au Mali. Il vise à proposer un accompagnement co-construit avec d'autres FVVIH (Femmes vivant avec le VIH) afin de développer une stratégie pour un choix éclairé sur la question du partage du statut sérologique. Ici, l'empowerment y est conçu comme un processus permettant de prendre des décisions afin de pouvoir agir sur leur maladie et leur quotidien. Inspirée d'une intervention communautaire québécoise, elle a été adaptée à la culture malienne avec et par les femmes et pensée en totale collaboration avec elles.

Ainsi, en partant des besoins des populations et en co-construisant les interventions, l'empowerment pourrait répondre à un besoin local qui prend sens pour les populations. Les collaborations permettent d'adapter culturellement le concept. La dynamique entre les différents interlocuteurs peut alors se renverser, permettant aux populations locales de s'approprier et de s'engager dans leurs pratiques de santé.

Cependant, une réelle transformation sociétale et un renversement des pouvoirs se construisent au travers des niveaux communautaire ou sociétal de l'empowerment (Zimmerman & Eisman, 2017). Ainsi, malgré une démarche communautaire, l'empowerment se développe –t-il au-delà d'un niveau individuel ? Permet-il une réelle transformation sociétale ? Ces problématiques apparaissent-elles comme primordiales pour les individus ?