

Panel n°2

« Qualifier, déqualifier, requalifier »

11h00-13h00 – jeudi 15 octobre 2020

Interventions

Construire la psychiatrie, encadrer la folie, manquer le fou - Madagascar, 1912-1933.

Raphaël GALLIEN, Doctorant en Historio-Anthropologie, CESSMA, Paris Descartes.

Quelle place pour la victime dans le processus de sélection des crimes.

Rémi ROUMÉAS, Doctorant en Sociologie, Centre Max Weber, ENS de Lyon.

Gérer les émotions. Usages et appropriations du trouble de la personnalité borderline.

Ivan GARREC, Doctorant en sociologie, IRIS, Université Sorbonne Paris Nord (USPN).

Épidémiologies coloniales dans la psychiatrie de Nouvelle Calédonie.

Nathanaëlle SOLER, Docteure en Anthropologie, CEMS, Université Paris Nanterre.

Modération

Martine KALUSZYNSKI, Directrice de recherche, Pacte, CNRS.

Lara MAHI, Maitresse de conférences, Centre Max Weber, Université Lyon-Saint-Etienne.

Julie MINOC, Doctorante en sociologie, laboratoire Printemps, Université Versailles Saint-Quentin, CNRS.

Construire la psychiatrie, encadrer la folie, manquer le fou (Madagascar, 1912-1933).

Raphaël Gallien

Doctorant en histoire, Centre d'études en sciences sociales sur les mondes africains, américains et asiatiques (Cessma), Université de Paris Descartes.

Année 1933, à une dizaine de kilomètres de la capitale Antananarivo. Au sein de l'asile d'Anjanamasina, seul établissement public malgache entièrement dédié à la question psychiatrique sur la Grande Île et figurant parmi les plus importants asiles coloniaux français, le docteur Huot tout juste nommé médecin responsable de l'établissement alarme l'administration : la plupart des données médicales et des nosographies recueillies jusqu'alors par ses prédécesseurs ne correspondraient à aucune réalité empirique. Dans un rapport d'une quarantaine de pages, le médecin s'inquiète du décalage entre situation effective des malades et consignations médicales retrouvées dans les dossiers, mettant à mal la capacité nosographique et thérapeutique de l'institution.

Alors que le docteur Huot justifie cette situation par le manque de formation des médecins l'ayant précédé, notre communication souhaite s'emparer de ce rapport pour interroger les réalités de l'ambition psychiatrique à Madagascar durant la colonisation, ses itinéraires, sa construction. L'équilibre entre impératifs d'ordre et ambitions thérapeutiques semble en effet bien difficile à trouver. Alors que s'estompe progressivement la capacité des médecins à construire médicalement une nomenclature de la folie à Madagascar, se dévoile en négatif une volonté administrative consistant avant tout à classer et hiérarchiser les individus selon une multitude d'autres critères (sociaux, économiques, politiques...). Loin de vouloir réduire cette faillite médicale à une pure domination institutionnelle, voire étatique, qui reposerait sur un arbitraire de l'ignorance médicale et une prédominance de l'administratif, ce rapport du médecin nous oblige à interroger la faillite de ces catégorisations comme autant de moyens pour les internés et leur famille de négocier modalités et durée d'internement. On découvre alors que ces derniers usent localement de la psychiatrie comme un nouvel avatar dans la gestion de la folie, déplaçant ainsi la normativité psychiatrique qui ne cesse d'être réactualisée dans l'invention d'un quotidien habité tout autant par les injonctions des colonisateurs que les ruses des colonisés.

Ainsi, si l'institution asilaire coloniale, dans l'historiographie, reste souvent présentée comme un outil fondamental à la construction des catégories coloniales, l'écrit du docteur Huot nous oblige à complexifier cette lecture qui ferait de la psychiatrie coloniale un pouvoir capable de statuer sur une *psyché indigène* à partir d'un savoir apte à pathologiser le malgache. En m'appuyant sur le rapport du docteur et en croisant cette première source aux dossiers des internés de la même période, c'est toute une subjectivité du quotidien asilaire que j'entends faire apparaître au fil de mon intervention.

Du délit au crime. Approche sociologique d'une hiérarchisation judiciaire. Quelle place pour la victime dans le processus de sélection des crimes ?

Rémi Rouméas

Doctorant en sociologie, Centre Max Weber, École normale supérieure (ENS) de Lyon.

La grande majorité des dossiers pénaux susceptibles de recevoir une qualification criminelle est, au terme de l'enquête judiciaire, traitée en audience en tant que délit. En effet, en raison d'impératifs professionnels visant d'une part à maîtriser les dépenses et les délais judiciaires et d'autre part à préserver le prestige de la cour d'assises, les magistrats sélectionnent minutieusement les dossiers qui « méritent » d'être jugés sous l'étiquette de crime. L'étude de ces pratiques montre que l'application stricte du code pénal en matière de qualification juridique est travaillée par des jugements et des affects qui évaluent les conduites et les profils des protagonistes – auteur et victime – d'une affaire. Cependant, devant un dossier criminel « démobilisateur » (Dodier et Camus, 1997), les magistrat.e.s chargé.e.s du renvoi devant une juridiction de jugement doivent s'assurer que personne ne s'oppose à la dénaturation des faits proposée – par exemple, un « viol » deviendra une « agression sexuelle ». Parmi les acteur.trice.s en mesure d'entraver les décisions des professionnel.le.s se trouvent les victimes, et ce notamment depuis une loi de 2004 qui incite les magistrat.e.s à recueillir leur consentement avant d'entamer une correctionnalisation (loi n° 2004-204 du 9 mars 2004).

Cette communication étudiera de quelle façon se déroule cet échange de vues entre professionnel.le.s et victimes afin de mesurer la marge d'initiative dont disposent ces dernières dans une relation qui paraît d'emblée asymétrique. Sur mon terrain, la correctionnalisation est souvent présentée par les professionnel.le.s du droit comme un « deal à l'anglo-saxonne » dans lequel chaque partie en présence trouverait son compte. Pourtant ce déclassé judiciaire paraît davantage profiter à l'accusé.e. qu'à la victime : la gravité du préjudice est dévaluée ; la peine encourue est réduite ; le traitement en audience est plus expéditif et moins ritualisé. Il s'agit donc d'interroger les tenants et aboutissants de cette négociation, de se pencher à la fois sur les raisons qui motivent les acteur.trice.s en présence et les ressources dont ils disposent pour comprendre comment se construit le « processus » de qualification pénale (Julien, 2014). Je présenterai principalement deux résultats montrant que le consentement de la victime à la disqualification de son cas est largement produit par l'institution judiciaire (Burawoy, 2015). Premièrement, les professionnel.le.s peuvent profiter du désintéressement des victimes ou de leur méconnaissance des différences entre délit et crime, en insistant par exemple sur les aspects négatifs du procès d'assises pour les dissuader de s'opposer à la disqualification. Deuxièmement, je montrerai que le rapport de domination présent dans cette négociation peut s'inverser selon les dispositions et les ressources de la victime et/ou en raison du positionnement de son avocat.e. Ces résultats s'appuient sur des observations d'audiences, des entretiens semi-directifs avec les professionnel.le.s qui y ont participé, des observations au service du traitement en temps réel de deux parquets et, enfin, sur l'étude de dossiers criminels archivés.

Gérer les émotions. Usages et appropriations du « trouble de la personnalité borderline ».

Ivan Garrec

Doctorant en Sociologie, Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux Sociaux (IRIS), Université Sorbonne Paris Nord (USPN).

Le « trouble de la personnalité borderline », défini comme une « maladie des émotions », est une catégorie diagnostique entrée dans le DSM-III en 1980 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, considéré comme la référence mondiale en termes de classification psychiatrique). Il catégorise en premier lieu des « dysrégulations émotionnelles » ainsi que des comportements dits « impulsifs » et est quasi-systématiquement attribué à des femmes. Les travaux concernant cette catégorie font émerger deux positions *a priori* contradictoires. Alors que pour certaines sociologues, cette catégorie est source de stigmatisation et de démedicalisation dans les structures de soins (Bonnington et Rose, 2014 ; Sulzer, 2015), les travaux féministes quant à eux mettent en évidence que cette catégorie sanctionne, en les medicalisant, des déviances féminines qui risqueraient de subvertir l'ordre patriarcal de nos sociétés (Ballou et Brown, 2002 ; Becker, 1997 ; Reimer, 2009 ; Ussher, 2013). Ces deux perspectives dessinent les contours des enjeux d'usages, d'appropriations et de résistances face à une catégorie donnant une définition d'un trouble dans les émotions.

Lors de cette communication, je montrerai tout d'abord, et de manière succincte, que cette catégorie est controversée dans le champ de la santé mentale. Les enjeux tournent principalement autour de sa reconnaissance ou non comme « véritable » maladie psychiatrique, et donc autour de la meilleure prise en charge des personnes qui souffriraient de ce trouble. Je mobiliserai ici des matériaux recueillis lors d'observations ethnographiques dans des services d'urgences psychiatriques, notamment concernant les usages de la catégorie par les professionnels. Dans un second temps, je mobiliserai des éléments recueillis lors d'entretiens biographiques avec des personnes diagnostiquées borderlines ou qui se reconnaissent dans ce trouble. J'exposerai alors les appropriations différenciées de la catégorie en fonction des propriétés et des trajectoires sociales des personnes. Pour ces personnes, l'appropriation du diagnostic arrive effectivement très souvent à la suite d'une période d'errance diagnostique où plusieurs diagnostics, parfois contradictoires, ont pu être posés, et où les personnes se sont retrouvées dans une quête de sens quant aux maux auxquels elles ont été confrontées. Ainsi, l'autodiagnostic est très courant. Après cette première étape, alors que certaines personnes continuent à s'identifier et à voir leurs comportements au prisme de cette catégorie, d'autres personnes s'en sont distancées, à la suite d'une transition de genre ou d'une socialisation politique et militante par exemple. Dans cette dernière possibilité, après avoir abandonné le diagnostic de trouble borderline, l'auto-catégorisation de leur « déviance » pourra alors se porter sur des catégories psychologiques qui semblent plus légitimes socialement et qui désignent une atypie plutôt qu'une pathologie (comme celle d'« Asperger », de « Zèbre » ou de « Surdoué »). Ces personnes pourront aussi s'engager dans un rapport critique à l'égard de l'institution psychiatrique, ou encore s'inscrire dans des pratiques militantes et politiques. À l'enjeu de reconnaissance et de promotion de la catégorie s'ajoute alors celui de sa dimension oppressive.

Controversé dans le champ de la santé mentale, attirant pour donner du sens à ses maux, puis parfois décevant, le « trouble de la personnalité borderline », ses usages, ainsi que ses appropriations, permettent de questionner le mode de gouvernementalité qui s'ancre dans la « nouvelle culture psychologique » (Castel, 1981).

Épidémiologies coloniales dans la psychiatrie de Nouvelle-Calédonie.

Nathanaëlle Soler

Docteure en Anthropologie chercheure associée, Centre d'études des mouvements sociaux (CEMS), École des hautes études en sciences sociales (EHESS).

En Nouvelle-Calédonie, la mesure épidémiologique de la maladie mentale se focalise fortement sur l'abus de substances – alcool et cannabis – et oriente les représentations de la maladie ainsi que les politiques de santé publique. L'alcool, d'abord, a été un prisme central de l'observation des pathologies psychiatriques des bagnards, mais aussi des Kanaks. Pour ces derniers, les symptômes d'allure psychotique étaient rapportés à des phénomènes de sorcellerie ou de totémisme qui rendaient secondaire l'évaluation proprement clinique de ces troubles, et c'est l'abus d'alcool, plus aisément mesurable et explicable, qui a dominé les premières épidémiologies consacrées à la « folie indigène » au début du XX^{ème} siècle. Ces épidémiologies coloniales s'inscrivaient aussi dans la mise en place des techniques de gouvernement spécifiques à cette colonie. En établissant les normes et les déviances psychiatriques, le pouvoir colonial dessinait les contours de ses sujets et déplaçait les marges de la colonie : une fois les bagnards intégrés au corps social, ce sont les Kanaks qui furent constitués comme marge de la société calédonienne naissante. La mesure de l'abus d'alcool et d'autres substances continue d'être au cœur de l'établissement du pouvoir colonial et (post)colonial et contribue aussi largement aux représentations de la maladie mentale dans la population calédonienne. Dans le contexte contemporain de la décolonisation institutionnelle de ce territoire, cette modalité du gouvernement des corps rencontre également l'émergence du fait autochtone, qui consolide sa légitimité en mobilisant ce régime discursif. En posant la consommation de cannabis comme modalité explicative centrale de la maladie mentale, les leaders kanaks prolongent le traitement largement répressif qui a été fait de la maladie mentale en Nouvelle-Calédonie, tout en asseyant leur légitimité à gouverner leur population, en particulier la jeunesse.

Sans nier l'ampleur de ces consommations ni leur impact en Nouvelle-Calédonie, cette communication propose d'examiner la violence épistémique que recouvrent de telles analyses. Plus largement, l'examen des instruments employés pour évaluer les troubles psychiatriques sur ce territoire permettra d'interroger la notion de gouvernementalité dans un contexte colonial et (post)colonial.

Cette communication, qui reprend une partie des résultats de la recherche doctorale menée entre 2012 et 2016, est basée d'une part sur une revue des rapports épidémiologiques produits en Nouvelle-Calédonie depuis le début du XX^{ème} siècle, d'autre part sur l'enquête ethnographique menée sur l'île de Lifou auprès de familles touchées par la maladie mentale et de chefs religieux ou coutumiers.