ethnographiques.org

Artur Perrusi

Savoir psychiatrique *versus* savoir commun : un dialogue impossible ?

Résumé

Tiré d'un travail plus important qui porte sur l'identité professionnelle du psychiatre, cet article est le fruit d'une recherche qualitative réalisée dans la ville brésilienne de Recife, capitale de l'Etat de Pernambuco (Brésil). La "maladie mentale", envisagée ici comme l'objet professionnel de la psychiatrie, n'a jamais été complètement encadrée par les paradigmes médicaux. C'est la raison pour laquelle la relation entre savoir psychiatrique et savoir social sur la "maladie mentale" est tendue et problématique. Les psychiatres doivent constamment délimiter les frontières entre le savoir psychiatrique et le savoir du sens commun. Concrètement, cette délimitation comporte un processus complexe de négociation de représentations différentes de la "maladie mentale" entre les psychiatres et leurs patients. Ainsi, la relation entre les deux types de savoirs s'avère-t-elle être, pour les psychiatres, une question identitaire.

Abstract

This article is part of a broader text whose theme was the psychiatrist professional identity. In this sense, it is the product of a piece of qualitative research done in Recife, the capital city of Pernambuco, in Brazil. "mental illness", considered here as a professional issue of psychiatry, has never been fully comprised by medical paradigms. Therefore, the relationship between what psychiatrists know and what society knows about "mental illness" is tense and problematic. Psychiatrists need constantly to set up a boundary between psychiatrists' knowledge and common sense knowledge. This boundary involves a complex process of negotiation between psychiatrists and patients concerning different representations of "mental illness". Thus, to the psychiatrists, the relationship between the two types of knowledge presupposes an identitary issue.

Pour citer cet article :

Artur Perrusi. Savoir psychiatrique versus savoir commun : un dialogue impossible ?, *ethnographiques.org*, Numéro 14 - octobre 2007 [en ligne]. http://www.ethnographiques.org/2007/Perrusi.html (consulté le [date]).

Sommaire

Problématique et méthodologie

Le dialogue comme occultation d'un pouvoir

Le Haldol n'a pas de croyance : technique versus relationnel

Le démon doit être combattu : la lutte contre le préjugé

L'attente : l'ignorance jamais éclairée et la science toujours retardée

Considérations finales

Notes

Bibliographie

Traduit du portugais par Armelle Giglio-Jacquemot

Problématique et méthodologie

Tiré d'un travail portant sur l'identité professionnelle du psychiatre [1], cet article traite des relations entre le savoir psychiatrique et le savoir profane [2] sur la "maladie mentale" [3]. Il est le fruit d'une recherche qualitative réalisée au Brésil dans la ville de Recife, capitale de l'Etat de Pernambuco, où ont été effectués cinquante entretiens semi-directifs avec des psychiatres ainsi qu'une observation participante dans les services psychiatriques locaux. L'intention initiale était de découper la population des interviewés en fonction du service de prise en charge existant : hôpital public, universitaire, privé, service ambulatoire, centre d'accueil, cabinet de consultation. Mais comme il s'est avéré que tous les interviewés avaient deux activités, ou plus, dans des services différents, ce découpage nous est apparu inutile.

Nous porterons plus particulièrement notre attention ici sur l'hôpital psychiatrique et le service ambulatoire qui, tous deux, font partie de l'assistance publique à la santé mentale. C'est là que la majorité des psychiatres que nous avons interviewés reçoivent leurs patients. Lors de la recherche, nous avons élaboré une typologie des psychiatres en trois groupes sur le critère de leur représentation de la maladie mentale : psychanalystes, biomédecins et cliniciens [4]. Ces trois groupes se trouvent être ceux qui dominent largement la formation universitaire et professionnelle des psychiatres de Recife. Dans le cadre de cet article, l'utilité de cette typologie a néanmoins été relativisée dans la mesure où les réponses des interviewés sur la question des relations entre savoir psychiatrique et savoir profane ne suivent pas nécessairement les représentations de la maladie mentale propres à chaque groupe de psychiatres.

Face à la nécessité d'interpréter les discours et les comportements, nous avons choisi d'adopter une posture méthodologique qui part d'abord d'un procédé inductif, en accompagnant les psychiatres dans leurs passages par des mondes ou des logiques d'action différents, pour ensuite confronter les résultats de l'analyse inductive à ceux du processus déductif, appréhendés à partir de l'examen du savoir psychiatrique, des textes législatifs et des dispositions réglementaires. Ainsi avons-nous suivi les psychiatres dans leurs logiques d'actions présentes, en prenant des notes, en les observant et, surtout, en les interrogeant. Nous ne les avons pas "suivis" seulement dans le but de les percevoir comme des agents rationnels, conscients et intentionnels, mais également dans l'objectif d'analyser les conditions de réalisation de leur rationalité et de leur intentionnalité dans l'action. L'activité conceptuelle de l'acteur n'est pas conçue comme immanente à sa conscience et à son cerveau, mais comme un raisonnement qui peut être appréhendé dans l'extériorité de l'action, en tant que phénomène social, susceptible donc d'être appréhendé empiriquement (Ogien, 1989). A partir de l'analyse de la pratique quotidienne des psychiatres, nous avons construit des inférences sur les logiques d'action qui ont été placées en contexte et mises en relation avec des processus identitaires.

Contextualiser le discours des psychiatres suppose que nous percevions les interviewés de deux façons, à la fois comme sujets actionnés par la structure et comme sujets co-producteurs de sens, ce qui implique en fait qu'on analyse les sujets dans trois formes d'action : comme agents, comme auteurs et comme acteurs. L'agent est le sujet qui agit, indépendamment du fait qu'il ait conscience ou non du sens et des motivations de son action ; l'acteur est celui qui exécute, joue le jeu, interprète son rôle social, parvenant à influencer le sens de l'action et à laisser une marque d'originalité mais qui n'est pas, de fait, l'origine de l'action ; l'auteur est celui qui crée et produit, celui qui se situe par rapport au contexte et qui l'influence au travers de son action. Ainsi le tryptique

agent / acteur / auteur éclaire-t-il le niveau d'implication du sujet dans le contexte, il explicite l'implication.

Quoiqu'il soit centré davantage sur le discours des interviewés que sur leurs logiques d'action à proprement parler, le présent article est le résultat direct de l'adoption de cette posture méthodologique. Laissant de côté les logiques d'action, nous nous sommes en effet essentiellement attachés ici aux représentations des psychiatres. Au sujet de ces dernières, deux observations s'imposent. Tout d'abord, nous n'avons pas fait une analyse des relations entre les représentations des psychiatres interviewés et celles des usagers ; c'est-à-dire une étude comparative entre les deux champs de savoirs (psychiatrique *versus* sens commun). Nous nous sommes focalisés sur les psychiatres, l'objet de la recherche étant leur identité professionnelle. Ensuite, la primauté donnée aux représentations possède sa justification car nous discuterons ici d'un problème spécifique qui a surgi durant la recherche : les représentations des psychiatres face à des patients qui ont une vision de la maladie mentale différente des nosologies usuelles en psychiatrie. Quoique particulière, cette question peut être rattachée à un problème plus général : celui des relations entre un savoir professionnel, ici celui de la psychiatrie, et celui constitué par une autre sphère du savoir, le sens commun, entendu comme producteur de représentations et de savoirs, qui ne sont pas encadrés de manière normative et cognitive par des institutions comme la psychiatrie par exemple. Il importe néanmoins de préciser que dans le cadre de cet article et à cause des circonstances du matériel empirique, lorsque nous parlerons de savoir profane ou de sens commun, il faudra entendre par là les représentations surnaturelles, mystiques ou religieuses de la folie, en particulier celles de patients spirites [5] et umbandistes [6]. Nous n'avons hélas pas connaissance de recherches plus amples, réalisées à Recife, sur d'autres représentations de la maladie mentale, produites par le sens commun.

Les relations entre le savoir psychiatrique et le sens commun ont toujours été tendues et importantes pour la légitimation de la psychiatrie. La reconnaissance scientifique du savoir médical a joué un rôle capital dans la légitimation sociale de la médecine, en excluant d'autres formes de connaissance, de traitement et de cure du champ professionnel, et en faisant du savoir médical l'unique détenteur d'une compétence reconnue dans le traitement des maladies (Freidson, 1984 ; Foucault, 1987). Ce processus de légitimation sociale, à travers une forme d'organisation professionnelle, s'est évidemment basé sur une lutte et sur l'usage du pouvoir, mais il était lié aux impératifs de reproduction et de maintien d'un savoir.

La psychiatrie est une des rares disciplines médicales, sinon la seule, qui n'a jamais connu de consensus étiologique et nosologique stable [7] — c'est-à-dire une représentation unique et stable guidant la conduite des psychiatres — et qui souffre, de ce fait, d'une inadéquation permanente avec la représentation biomédicale de la maladie. Elle a toujours été "faible" dans l'appareil de formation médical, et dans la lutte pour sa reconnaissance comme discipline à l'intérieur de la médecine où elle n'est parvenue que tardivement et de façon mitigée à se différencier de la neurologie, et "forte" dans le champ institutionnel avec ses appareils de traitement spéciaux, séparés du champ médical en général. Ne réussissant pas, d'un point de vue disciplinaire, à garantir un consensus, le savoir psychiatrique est plus "fragile" face aux interpellations d'autres sphères de savoir productrices de représentations sur la maladie mentale (quoiqu'il compense cette situation par un fort apparat institutionnel). D'où la difficulté de la psychiatrie à encadrer la maladie mentale de manière normative, en tant qu'objet professionnel. Il n'est pas surprenant que cet encadrement ait été interprété davantage comme une question de pouvoir, qu'une question de savoir par divers auteurs [8]. La transformation de la maladie mentale en objet professionnel de la psychiatrie implique en effet un conflit politique avec d'autres représentations de la maladie mentale qui sont répandues de façon diffuse dans divers segments sociaux et qui sont soit incorporées, soit éliminées ou encore diminuées dans leur portée cognitive. L'affrontement est important puisque c'est le pouvoir de classer une catégorie sociale aussi vitale que la maladie mentale qui est en jeu. Il s'agit de la lutte pour un mandat social, permettant à un groupe social de déterminer, de manière exclusive, des catégorisations sur un phénomène social. Transformée en objet professionnel, et par suite, en une

représentation professionnelle, la maladie mentale devient un objet spécifique, puisque marquée par le groupe professionnel. C'est à travers cette spécificité, à savoir sa transformation en un objet professionnel, qu'elle serait valorisée socialement. Ainsi, la maladie mentale est-elle difficile à circonscrire en tant qu'objet professionnel. Elle se trouve dans une situation différente de la maladie dite somatique, objet professionnel bien plus facile à appréhender et à contrôler, dont la normalisation est plus profonde et ancienne. A cause du caractère assez insaisissable de la maladie mentale, la nécessité de contrôle de leur objet professionnel est devenu une question d'identité et de cohésion sociale (cohésion de groupe) pour les psychiatres. L'appropriation de la maladie mentale comme objet représente un défi qui questionne la légitimité professionnelle de la psychiatrie. A la différence des objets de la profession médicale, la maladie mentale ne possède pas de consensus étiologique, ce qui autorise la concurrence entre diverses représentations psychiatriques de l'objet professionnel et débouche sur une profusion de nosologies et de pratiques thérapeutiques. En l'absence de consensus, les psychiatres ne sont pas, comme les neurologues par exemple, soumis à une instance de régulation qui définirait un système orthodoxe de contrôle de cet objet (un ensemble de règles et de pratiques liées, dans le cas de la médecine, au diagnostic et, surtout, au traitement). Et encore même qu'on puisse admettre qu'il existe, de fait, un système orthodoxe en psychiatrie, il n'est pas consensuel mais sujet à des révisions constantes et source d'éternels conflits entre les psychiatres.

Dans un système orthodoxe de faible encadrement normatif, la délimitation de frontières entre savoirs et entre représentations est fondamental pour la construction identitaire, et c'est en fin de compte, par rapport à un "autre" suprême, le sens commun, qu'elle est effectuée. La question est importante, car la psychiatrie a toujours lutté pour la transformation de la "folie" en "maladie mentale" et donc, pour la ratification de la maladie mentale comme son objet de connaissance et son objet professionnel. Elle a également toujours lutté pour un monopole discursif sur la maladie mentale : la logorrhée de la psychiatrie sur son objet correspond au silence des autres productions discursives sur le phénomène plus général de la folie. Les psychiatres interviewés sont sensibles à ce problème : n'étant pas stabilisé par un consensus dans le milieu psychiatrique, leur objet professionnel est exposé à des interpellations d'origines diverses, dont celles qui proviennent de l'imaginaire social. Nombre d'entre eux vivent cette situation comme inconfortable, conscients, de façon plus ou moins avouée, que la psychiatrie n'a pas obtenu une pleine sanction sociale sur l'objet de son discours.

Le dialogue comme occultation d'un pouvoir

L'analyse des matériaux empiriques montre que tous les interviewés délimitent nettement le savoir professionnel en le distinguant du "savoir profane", vingt d'entre eux soutenant toutefois la possibilité d'un "dialogue" entre visions professionnelles et profanes de la maladie mentale. En vérité, la délimitation est d'abord effectuée par rapport à d'autres représentations du champ médico-psychiatrique, et ensuite, seulement, par rapport aux savoirs profanes présents dans le milieu social. La délimitation de la représentation apparaît fondamentale dans la quête d'une identité professionnelle. Les entretiens laissent percevoir une défense du savoir psychiatrique en général et non, véritablement, de la représentation particulière (celle du psychiatre interviewé) comme si nous avions affaire, implicitement, au raisonnement suivant : contre une autre représentation provenant de la psychiatrie, l'accent est mis sur une représentation en particulier, celle défendue par le psychiatre interviewé ; mais par rapport aux représentations profanes, c'est le savoir psychiatrique en général qui est affirmé, c'est-à-dire les différentes représentations psychiatriques. En délimitant ces représentations comme psychiatriques, indépendamment de leurs divergences, les praticiens les circonscrivent par rapport aux représentations profanes de la maladie mentale.

La position des vingt interviewés qui défendent le "dialogue" entre représentations psychiatriques et profanes de la maladie mentale est paternaliste et mélangée d'un certain pragmatisme. Pour eux, le "dialogue" est utile à la construction du lien thérapeutique : en d'autres termes, il importe d'adopter une conduite compréhensive pour convaincre le patient de la nécessité de son traitement. Ainsi les conceptions de ce dernier sont-elles "respectées" sans trop tarder, s'il apparaît qu'il faille les reconnaître pour obtenir son adhésion à la thérapie. Il s'agit là d'une adaptation pragmatique au contexte culturel du patient (pragmatisme paternaliste) et non de la défense d'une continuité entre les deux types de savoirs. Le "dialogue" n'est pas basé sur la reconnaissance de la véracité de l'autre savoir mais bien plutôt sur la tolérance vis-à-vis d'une vision différente de la maladie mentale. La fonction de la tolérance n'est pas de permettre un échange de connaissances au sujet d'un objet commun, la maladie mentale, mais d'aider le patient à accepter le traitement [9]. Comme le dit un interviewé : « peu m'importe que le patient soit spirite et qu'il se croit possédé du moment qu'il prend la médication. Ce qui compte c'est qu'il accepte le traitement ». Un autre psychiatre se souvient d'un cas pour lequel il a dû "partager" la thérapie avec un *terreiro* [10] d'*umbanda* : « j'ai passé avec le patient l'accord suivant : va au *terreiro* et enlève l'*encosto* [11] mais prends le *Haldol* [12] ».

Il importe de préciser que ces affirmations présentent une particularité : elles sont le fait de professionnels qui travaillent dans le S.U.S. [13], autrement dit des personnes qui sont en contact direct avec des patients originaires des milieux populaires de Recife. Ces derniers — du moins la majorité absolue de ceux que nous avons observés dans le service — possèdent des représentations bien différentes des conceptions dominantes en psychiatrie mais qui ne se mêlent pas moins, souvent de façon contradictoire, avec les représentations psychiatriques de la maladie mentale. Ce mélange peut produire la situation suivante : le patient (ou sa famille) qui croit que son état mental est l'effet d'une possession, s'en remet à l'*umbanda* ou au spiritisme, et ensuite, surtout si aucune amélioration ne se produit, à la psychiatrie.

Les représentations de la psychiatrie ne sont pas hégémoniques (ou du moins pas encore) dans les dites classes populaires de Recife. Leur diffusion n'y est pas suffisante pour qu'elles se substituent à leurs représentations de la maladie mentale ou qu'elles les déterminent : ainsi, par exemple, n'existe-t-il pas de croyance bien établie que la "folie" possède une causalité typiquement psychiatrique (psychanalytique, biologique ou clinique). Le psychiatre mène un combat quotidien contre des représentations de la maladie mentale qui sont très différentes de celles qu'il considère comme les plus vraies (sic). Dans cette situation, le "dialogue" est rendu nécessaire sous peine de "perdre" le patient. Son maintien aurait donc un rôle important, celui de convaincre et de persuader le patient que la psychiatrie possède la légitimité du traitement et, bien entendu, en arrière-plan, qu'elle détient la vérité sur la maladie mentale.

Comme nous l'avons signalé précédemment, la majorité absolue des patients possède de la maladie mentale des représentations religieuses ou mystiques : cette dernière est invariablement vue comme un *encosto* ou une possession. Leurs représentations sont donc bien distinctes des représentations psychiatriques, "désenchantées" et sans la moindre trace, du moins explicite, d'explications surnaturelles ou magiques. Dans ces conditions, le "dialogue" proposé par les psychiatres interviewés comporte un processus de négociation très complexe. Comme l'environnement institutionnel dans lequel ils travaillent est, soit un service ambulatoire du SUS, soit un hôpital psychiatrique — environnement au sein duquel la psychothérapie est réalisée par des psychologues ou n'a tout simplement jamais lieu — le point fondamental de négociation pour les psychiatres [14] retombe sur la médication. C'est le traitement — ici médicamenteux — qui est important. « Je dois garantir le minimum nécessaire », dit un psychiatre, « qu'au moins le malade prenne la médication qui est, convenons-en, le traitement principal ». Comme nous l'avons vu, le patient peut bien faire une « psychothérapie spirite », selon les propos d'un psychiatre, à condition qu'il prenne la médication. La prise du médicament est le « minimum nécessaire », la juste compensation du "dialogue". C'est comme si elle garantissait le contrôle du traitement, même si le patient continue à fréquenter des

séances spirites ou des *terreiros* d'*umbanda* [15]. Ainsi, n'est-il pas nécessaire que le patient et sa famille soient convaincus que le cadre délirant n'est pas produit par un *encosto*. Ces derniers peuvent conserver leurs croyances et leurs pratiques "psychothérapeutiques", sans aucun problème. En revanche, il est fondamental, qu'ils soient persuadés de la nécessité du traitement médicamenteux.

Le Haldol n'a pas de croyance : technique versus relationnel

La négociation tourne donc autour du traitement — en somme, autour des techniques, des pratiques — et non autour des croyances, et des représentations proprement dites. Ce constat peut être interprété de la façon suivante : on renonce à la psychothérapie et à son contrôle normatif et professionnel, en la laissant libre d'être appréhendée ou non, par les représentations des patients. Ainsi, fait-on quelques concessions, dans le but de garantir le principal, à savoir la thérapie médicamenteuse conçue en dernier ressort comme le traitement le plus fondamental, surtout par les psychiatres qui valorisent et identifient la thérapie à la médication. En même temps, il semble que la médication soit considérée comme une imposition neutre, qui respecterait les représentations différentes du patient. Elle est conçue ainsi dans la mesure où elle ne dicterait pas de représentation ; au contraire, puisque le patient peut prendre la médication, conserver sa conception de la maladie mentale et participer à des rituels exorcistes. Le traitement médicamenteux est considéré comme une technique et, comme tel, il est neutre par rapport aux croyances des patients. Ainsi, par exemple, ne rivalise-t-il pas avec la croyance en la possession. Son usage ne serait pas en contradiction avec les représentations des patients qui s'opposeraient, pour leur part, aux représentations psychiatriques. La démonstration, explicite ou implicite, de la neutralité de la médication serait essentielle au maintien du "dialogue". Et comme les croyances des patients ne s'opposent pas à la prise de la médication, l'administration médicamenteuse peut avoir lieu sans grande résistance [16].

Comme le dit l'un des psychiatres interviewés : « pourquoi interdirais-je au patient d'aller à une séance spirite ? Il peut bien croire à ce qu'il veut ! La médication que je lui donne n'a rien à voir avec sa croyance. Quelle est la croyance d'un Haldol ? A chacun sa place [17] : je donne la médication et le patient fait sa psychothérapie sauvage avec le père de saint [18] ». On peut supposer, en effet, qu'une psychothérapie rencontrerait de plus fortes résistances chez les patients puisque, par analogie, elle rivaliserait avec les rituels d'exorcisme. La « psychothérapie sauvage » de ces rituels pourrait concurrencer la "psychothérapie civilisée" et standardisée du *setting* psychothérapeutique. La médication peut être perçue comme neutre dans la mesure où elle s'adresse au corps du patient alors que, pour lui, ce qui est vraiment en jeu, c'est son « âme ». Il est possible que la psychothérapie ne paraisse pas très efficace au patient convaincu d'être possédé, et que pour apaiser ses démons, il lui faille recourir à des processus de transferts et de suggestion "sauvages" [19]. Quoi qu'il en soit, la préoccupation exclusive du psychiatre pour la prise du médicament, lui permet d'esquiver une question importante : la reconnaissance de la véracité de la possession de son patient. La stratégie du "dialogue" contourne tout simplement ce nœud gordien. La psychothérapie ne peut reconnaître la vérité de la possession que d'une manière tout au plus métaphorique, ce qui n'est pas suffisant. Cantonnée au corps, la médication ne la questionne pas. Elle est rendue neutre par rapport aux croyances du patient.

La situation est encore plus complexe lorsque que le psychiatre est lui-même spirite, ce qui est le cas de quatre de nos interviewés — trois cliniciens et un psychanalyste — tous psychiatres du SUS. Face à un patient et à une famille qui croient à la possession, ils utilisent la stratégie suivante : ils cherchent d'abord à établir si le cas est psychiatrique ou spirite. Cette distinction — véritable

"diagnostique différentiel" — est entièrement basée sur l'expérience du professionnel, et présente ainsi une forte composante intuitive. Ces psychiatres utilisent deux registres différents, spirite et psychiatrique et, selon le cadre présenté par le patient, choisissent le plus approprié. Lorsque la nature psychiatrique du cas leur semble avérée, ils commencent la négociation autour de la médication selon les procédés déjà discutés.

La médication est conçue comme une technique et elle est considérée, dans un second temps, comme neutre. Bien sûr, elle peut avoir une autre signification et, en ce sens, changer selon le groupe des interviewés. Ainsi les psychiatres biomédecins sont-ils convaincus que la médication est une technique mais ils ne considèrent pas qu'elle soit neutre. Elle revêt pour eux une importance fondamentale dans la mesure où elle est la preuve de la vérité de la représentation biomédicale de la maladie mentale. Liée au succès de la thérapie médicamenteuse, la vérité de cette représentation se confond avec la réussite, l'efficacité et le résultat du traitement. La médication n'est donc pas neutre... Elle est une technique, certes, mais qui possède une valeur et, en tant que telle, elle est liée à une pratique ou à des procédés thérapeutiques qui marchent. Elle est la preuve de la vérité. Comme le dit l'un de nos interviewés :

> « Ce qui me préoccupe, c'est le résultat du traitement. C'est lui qui va dire si j'ai tort ou raison. La psychothérapie dépend beaucoup du processus. La médication, non, car c'est une technique qui va me montrer le bout du chemin, s'il est faux ou vrai ».

Ou encore, selon les propos d'un autre interviewé :

> « Fondamentalement, le traitement est biochimique. La psychothérapie y entre pour 30%, 20%. Je pense que la médication est essentielle. Je ne m'éloigne pas de cela, c'est ma conception, c'est ma façon de penser, ma façon d'agir professionnellement. Essentiellement médicamenteux ».

Pour les psychanalystes, la médication n'est pas neutre non plus mais bien un symbole d'une représentation de la maladie mentale. Leur argument est semblable à celui des psychiatres biomédecins, mais inversé : ici la valorisation est négative. Le succès du traitement médicamenteux masquerait la face occulte de la psychiatrie biologique : il dissimulerait la victoire d'une pratique qui déshumanise le patient et élimine la relation médecin-patient. La technique est ici perçue comme une pratique de pouvoir et d'exclusion du patient, et l'exclusivisme médicamenteux comme son expression dans la psychiatrie. Preuve de la réalité d'un pouvoir, elle est assurément différente de la psychothérapie considérée moins comme une technique, que comme un processus relationnel. Pour ces interviewés, la technique comprend un ensemble de procédés "matériels", alors que la psychothérapie, parce qu'elle est relationnelle et, si l'on peut dire, "spirituelle", ne saurait être encadrée comme un procédé technique [20]. Comme le dit un interviewé :

> « Le patient n'est pas un objet. Il n'est pas l'instrument d'une technique. La neuropsychiatrie transforme le malade en un objet, en un dépôt de seringues. Je n'arrive pas à imaginer un traitement sans psychothérapie, sans le relationnel, sans humanisation. La seringue, c'est le revolver du psychiatre ! »

On peut supposer qu'en opposant la psychothérapie à la technique, ces interviewés éludent l'épineuse question de la psychothérapie comme pratique de pouvoir. De leur point de vue, c'est la psychothérapie qui serait neutre contrairement à la médication, la neutralité d'une pratique thérapeutique étant appréhendée par ces psychiatres à partir de sa relation avec le pouvoir. Plus une pratique est éloignée du pouvoir, plus elle est neutre et peut-être aussi, pour cette raison, plus elle est thérapeutique. Plus elle en est proche, plus elle est imbriquée avec des techniques de domination. Les psychanalystes tiennent nettement à appliquer la critique traditionnelle de la psychiatrie comme pratique de pouvoir, à la psychiatrie biologique. En ce sens, la critique formulée à l'encontre de la stratégie médicamenteuse adoptée par les psychiatres biomédecins, est bien plus incisive que celle qui est adressée à la psychothérapie, considérée, au pire, comme inutile [21].

D'un côté, la technique — la médication comme technique — est considérée comme la preuve du succès du traitement. Sa valeur est son utilité, son utilité est sa réussite et le résultat est le gage de la vérité de la représentation de la maladie mentale. D'un autre côté, la thérapie exclusivement médicamenteuse est perçue comme la face visible d'une pratique de pouvoir. La technique est considérée avec réserve, car ce ne sont pas les procédés matériels ou technologiques qui sont fondamentaux dans le traitement mais bien le "relationnel". C'est ce dernier, et non la technique (ou la médication) qui diminuerait ou éliminerait le pouvoir que le psychiatre possède sur son patient. Ces deux positions sont cohérentes au regard des représentations de la maladie mentale, défendues par les interviewés. Les biomédecins défendant la neuropsychiatrie, les conquêtes des neurosciences et l'usage intensif de la technologie, il n'est pas surprenant qu'ils valorisent la technique et, bien entendu, le traitement médicamenteux, dernier bastion de la cure psychiatrique. Quant aux psychanalystes, ils critiquent durement la technologisation de la psychiatrie, la primauté de la médication dans le traitement psychiatrique, et le pouvoir du psychiatre sur le patient auxquels ils opposent une apologie de la psychothérapie sur laquelle se greffe une critique politique de la psychiatrie traditionnelle.

Le démon doit être combattu : la lutte contre le préjugé

Nous avons examiné jusqu'à présent les positions des psychiatres qui défendent le "dialogue" avec les patients. Mais qu'en est-il des psychiatres partisans du "non dialogue" ? Ceux-ci admettent que si la conception psychiatrique devient hégémonique dans la population, le dialogue sera possible, mais qu'en attendant, il n'y a pas de dialogue à proprement parler puisqu'il n'y a pas de représentations de la maladie mentale différentes des représentations psychiatriques avec lesquelles on puisse dialoguer. Ces interviewés estiment que les représentations profanes de la maladie mentale sont fausses et surtout, qu'elles relèvent du préjugé. Parce qu'elles sont fausses, elles sont des préconceptions, et vice-versa. Dans leurs réponses, le faux semble posséder une relation nécessaire avec le préjugé. Comme le déclare un interviewé :

> « Penser que la folie est une possession, c'est un préjugé très sérieux. Les psychiatres doivent combattre ce préjugé avec beaucoup de zèle. C'en est fini du Moyen Âge. Le patient doit être éclairé. Il doit savoir que son problème n'a pas été causé par un démon. C'est une idiotie ! »

Ces propos pointent implicitement le rôle de conscientisation que doit assumer le psychiatre. Dans la perspective de ces interviewés, l'une des fonctions professionnelles du psychiatre est, en effet, d'éclairer le public sur la nature de la maladie mentale en projetant une lumière sur la folie, sur la vérité. Pour eux, c'est à la psychiatrie qu'il revient d'accomplir légitimement ce rôle. La stratégie n'est plus celle de la persuasion, comme dans le cas des psychiatres "du dialogue", mais bien celle du combat qui passe par un processus de conscientisation du patient et suppose que le psychiatre assume un rôle pédagogique. Ce rôle comporte également une dimension politique, puisque le combat exige l'occupation de l'imaginaire profane de la maladie mentale par les représentations psychiatriques. Il est politique, car il implique fondamentalement le recours à des politiques publiques, en somme à l'Etat, pour la diffusion de ces représentations. Il est politique dans la mesure où il suppose la modification de la corrélation des forces, de nature symbolique, au détriment des représentations profanes. Il est également politique, car il comprend du pouvoir, le pouvoir inscrit et engendré par une confrontation entre des savoirs ou des représentations différents. Il est politique, enfin, car il implique le pouvoir d'inscrire, dans un savoir déterminé, le monopole de la vérité. En résumé, il implique une lutte pour la vérité qui suppose également un combat sémantique. Pour souligner la distance qui sépare le savoir psychiatrique du savoir du sens commun, une bonne part des interviewés fait en effet une distinction intéressante entre "folie" et maladie mentale. Ils emploient le premier terme comme la contrepartie péjorative du second. La "folie" ramasse l'ensemble des préjugés dont souffre la maladie mentale. C'est une notion de sens commun. Fausse et incontrôlable, elle déborde le champ médical en se mêlant à d'autres sens, d'autres registres, d'autres significations. Ainsi, le combat traverse-t-il également les mots, et exige-t-il la victoire d'une notion médicale, la seule qui soit réellement vraie et neutre d'implications stigmatisantes. Comme le dit un interviewé :

> « Je n'accepte pas ce terme "folie". Je suis davantage pour la définition de maladie mentale. Parce que "folie", c'est devenu très péjoratif aujourd'hui ; au début, elle n'englobait que les psychoses mais aujourd'hui il suffit que le comportement d'un individu soit un peu altéré et il est fou. Selon ma conception, "folie" est juste un adjectif et non un synonyme de maladie mentale ».

Outre ses conséquences politiques, la conscientisation permettrait également, en amoindrissant le préjugé contre la maladie mentale, d'atténuer la dévalorisation dont la psychiatrie fait l'objet aussi bien dans la société que dans la médecine elle-même. Une relation causale est établie entre préjugé et dévalorisation. L'argument avancé par les psychiatres, défend l'idée qu'ils paient un prix pour le préjugé attaché aux patients psychiatriques. Victimes indirectes de ce préjugé, ils n'en souffrent pas moins un effet immédiat : la dépréciation de la discipline psychiatrique et, par conséquence, de leur activité professionnelle. Le préjugé contamine la société et le milieu médical lui-même, à tel point qu'en médecine, les plus grands responsables de cette discrimination sont, selon les interviewés, les cliniciens et les neurologues. Les premiers « ont peur de la folie » (sic) et, pour cette raison, peur de la psychiatrie ; les seconds nient le « fait psychopathologique », pour reprendre l'expression d'un interviewé, et pensent que la psychiatrie est inutile car elle traite d'une maladie qui n'existe pas.

Nous touchons ici à un point particulièrement sensible comme le montre l'exubérance des expressions argumentatives : le préjugé est généralement expliqué par la peur. Ainsi, c'est une peur répandue de la folie, qui pousse la psychiatrie dans l'ostracisme disciplinaire. Le psychiatre serait la victime de ce processus, qui fait de lui un étranger au sein de la famille médicale : un étranger au sens où il ne parvient pas à se mêler à cette famille dans laquelle il est perçu comme bizarre. Puis, par un saut argumentatif, les interviewés passent du thème de l'étrangeté psychiatrique, à la peur du psychiatre lui-même [22]. Le fameux cliché qui veut que « tout psychiatre est fou » vient corroborer l'argument.

Décidément, la peur de la folie contamine tout le milieu psychiatrique, des institutions jusqu'aux professionnels.

Le psychiatre semble être victime de son propre objet professionnel. Même si la faute n'est pas sienne, mais qu'elle revient aux préjugés dont il est la cible, certains entretiens donnent l'impression que la peur de la folie est inévitable et que le destin du psychiatre est de choisir entre être une victime ou l'un des protagonistes qui doivent œuvrer à tempérer la situation. Quoi qu'il en soit, la majorité des interviewés pensent que la meilleure manière d'affronter le préjugé ou « la peur de la folie », dans le milieu médical, est d'éclairer les professionnels, durant leur formation universitaire principalement. Cette conscientisation — sorte de politique pédagogique préventive — permettrait aux futurs professionnels d'avoir une vision plus sympathique de la psychiatrie et de moindres difficultés dans leurs relations avec les patients. De cette façon, elle serait inévitablement valorisée.

Valorisée ou non, la psychiatrie possède un avantage immense par rapport aux représentations profanes de la maladie mentale. Même si cet avantage ne garantit pas l'élimination complète des représentations profanes, il assure sans aucun doute leur totale « neutralisation ». De quelle façon ? Expliquons le problème en illustrant l'argument à l'aide d'un exemple hypothétique, construit et déduit de nos observations : celui d'un patient qui croit à la possession et qui accepte passivement les approches et les traitements de la psychiatrie. Sa représentation de la maladie mentale ne serait plus une croyance mobilisatrice induisant des comportements et des conduites. Ce patient pourrait à la rigueur reconnaître la possession chez un autre sujet délirant mais, compte tenu de son acceptation passive de la médication, sa croyance n'aurait plus d'effet sur sa conduite. Il n'aurait plus, dans la pratique, de conviction dans sa croyance. Tout au plus, suspecterait-il qu'il est possédé. Il se soumettrait au traitement psychiatrique, ne serait-ce que parce que sa famille le souhaite, parce que c'est ce que tout le monde fait. Et un beau jour, la majorité absolue des patients, si ce n'est la totalité, croira aux représentations psychiatriques. Tel est le consensus autour de la thérapie auquel aspire la psychiatrie, produit de la conscientisation dont les protagonistes sont les psychiatres eux-mêmes.

L'attente : l'ignorance jamais éclairée et la science toujours retardée

« Mais comment conscientiser la population si la psychiatrie n'est pas respectée comme discipline médicale ? », s'interroge un interviewé. Selon divers psychiatres, la dévalorisation de la psychiatrie est également due à sa faible « scientificité » (sic). S'il existe bel et bien un préjugé, il n'est pas seulement dû à la maladie mentale mais aux insuffisances scientifiques de la psychiatrie. Pour ces interviewés, la seule façon pour la psychiatrie de s'insérer dans le milieu médical, est de devenir scientifique. Alors seulement, elle obtiendra naturellement la reconnaissance disciplinaire et professionnelle. Mais que signifie « scientificité » dans les propos de ces psychiatres ? De prime abord, on pourrait penser que le terme renvoie à une scientificité comme celle de la neurologie, par exemple, c'est-à-dire à la défense d'une psychiatrie biologique et, de fait, les psychiatres biomédecins soutiennent une position de ce type. En réalité, les interviewés semblent se référer à une scientificité qui est encore à découvrir, propre au champ psychiatrique. Toute la question est de savoir ce qu'elle serait. « Scientificité » est ici un terme vague et quelque peu normatif : comme de nombreux interviewés considèrent que les disciplines médicales sont scientifiques, la scientificité de la psychiatrie, une fois découverte, permettrait à cette dernière de trouver sa place dans la médecine et, *pari passu*, dans la société. Situation quelque peu angoissante, puisqu'il s'agit d'une scientificité qui n'existe pas, qui devrait exister et qu'il faut découvrir car elle est absolument nécessaire à l'intégration de la psychiatrie dans le champ disciplinaire médical. Situation étrange également,

puisque les interviewés considèrent la psychiatrie comme une discipline scientifique mais reconnaissent paradoxalement que la dévalorisation dont elle fait l'objet dans le milieu médical est précisément due à son manque de scientificité. Nous nous trouvons face à une contradiction, entre ce qui est ressenti et ce qui est désiré, entre ce qui arrive en réalité et ce qui devrait arriver. Comme le dit un interviewé :

> « Je ne sais pas si la psychiatrie est une discipline scientifique. Nous souffrons, à l'intérieur de la médecine, d'un préjugé très fort. Quand je discute avec un profane, je le considère de haut, mais au fond je ne sais pas si son discours est pire que le mien. J'aimerais beaucoup que les recherches résolvent cette impasse en nous disant rapidement ce qu'est la maladie mentale. Ce serait réglé, on serait enfin respectés ».

En effet, le psychiatre semble toujours dans l'attente de quelque chose. Tous les entretiens laissent transpirer une même impression d'inconfort vis-à-vis de la situation présente de la psychiatrie. Les interviewés persévèrent dans un discours qui est, pour ainsi dire, basé sur l'espoir. Et cet espoir, du moins tel qu'on peut le définir à partir du discours des interviewés, renvoie à ce que l'on n'a pas (la psychiatrie valorisée dans la médecine) — d'où un discours en manque de reconnaissance —, à ce que l'on n'a pas non plus l'assurance de voir se réaliser, à ce que l'on ignore (en définitive, qu'est-ce que serait la scientificité de la psychiatrie ?) et enfin à un contexte qui ne dépend pas de la volonté des psychiatres (les transformations de la psychiatrie en une discipline scientifique). En somme, il s'agit d'un discours basé sur un désir sans satisfaction (manque), sans savoir et sans pouvoir (Comte-Sponville & Ferry, 1999 : 312).

Trente interviewés sont partisans du "non dialogue", soit la majorité absolue. Parmi les cliniciens, seuls neuf sont en faveur du "dialogue" ; parmi les biomédecins, ils sont cinq et, parmi les psychanalystes, six. Davantage de psychanalystes et de biomédecins sont favorables au "dialogue" que de cliniciens. En ce qui concerne les psychanalystes, le nombre élevé de ceux qui défendent le "dialogue" ne surprend pas dans la mesure où ces interviewés considèrent que l'interaction entre le psychiatre et le patient (ce qu'ils appellent le « relationnel ») est fondamentale au traitement psychiatrique. Mettre l'accent sur l'interaction signifie, au moins, une conversation avec le patient, et même une reconnaissance de sa parole. Cela signifie une situation de compréhension entre le psychiatre et son patient (cette compréhension peut représenter la reconnaissance d'une part de vérité dans le discours du patient). Elle serait l'une des bases de l'interaction, ledit « contrat thérapeutique » (sic). En théorie, les psychanalystes seraient enclins au dialogue.

Quant aux biomédecins, il n'est pas étonnant (ni non plus surprenant) que douze d'entre eux soient opposés au dialogue. De tous les interviewés, ce sont eux qui affirment avec le plus de force, le caractère scientifique de la psychiatrie. Le savoir psychiatrique, en tant que connaissance scientifique, se constitue en rupture avec le sens commun et, par suite, avec les représentations profanes de la maladie mentale. Pour eux, le sens commun est faux et dangereux, car source de préjugés. L'unique manière de le combattre est de conscientiser la population au moyen d'une politique publique de santé mentale. Même si cinq d'entre eux sont favorables au dialogue, l'examen attentif du contenu de leurs entretiens montrent que le soutien est bien timide. Pour eux, le dialogue doit servir avant tout à éclairer sur le rôle du psychiatre et la nature de la maladie mentale.

Enfin, les cliniciens sont de tous les interviewés ceux qui défendent le moins le dialogue. Mais si l'on se penche avec attention sur le contenu de leurs entretiens, on s'aperçoit que lorsqu'ils y sont favorables, ils le défendent avec beaucoup plus de vigueur que les biomédecins et même que les psychanalystes. Pour autant, dix-huit d'entre eux n'y sont pas favorables, c'est-à-dire la majorité absolue. Les cliniciens n'insistent pas autant que les biomédecins sur la scientificité du savoir

psychiatrique, mais ils accordent une importance extrême à la conscientisation de la population au sujet de la maladie mentale. Cette question fait entre eux l'objet d'un consensus, qu'ils soient ou non favorables au dialogue.

Quoiqu'il en soit, il importe de rappeler qu'au plan discursif, la différence entre les psychiatres qui sont pour ou contre le dialogue n'est pas substantielle. Au contraire, les discours souvent se mélangent et ne sont pas nécessairement incompatibles entre eux, surtout chez les interviewés qui travaillent dans le secteur public (soit l'immense majorité des interviewés biomédecins et des cliniciens et la totalité des analystes). Dans la pratique, la situation est encore plus confuse. Nos observations révèlent en effet que l'environnement du S.U.S. fait obstacle à tout consensus ou dissension entre psychiatres et patients dans la mesure où les conditions de travail précaires empêchent l'établissement d'un quelconque dialogue. Le psychiatre peut bien, de son côté, avoir une conception favorable au dialogue, et le rechercher, la façon dont s'organisent, dans la pratique, les interactions entre les psychiatres et les patients inhibent toute communication.

En effet, le dialogue est une communication coordonnée par le langage et tournée vers la compréhension. Néanmoins, avec les patients psychiatriques, la communication est compromise puisqu'elle est pathologiquement altérée. Du fait de sa maladie, le patient ne réussit pas à se faire comprendre de l'autre. Il s'isole et ses liens de sociabilité sont fragmentés, ce qui produit un processus de détérioration de son identité, aussi bien en rapport à lui-même qu'en rapport à sa vie intersubjective. De ce point de vue, les grandes psychoses peuvent être considérées comme des maladies de la communication. Aussi, les organisations psychiatriques devraient-elles, en théorie, permettre de récupérer la parole et la capacité de communication (l'action communicative) des patients.

Or, on peut imaginer la difficulté du dialogue dans le contexte asilaire encore typique des hôpitaux psychiatriques publics (et privés qui ont un accord avec le S.U.S.) au Brésil. Nos observations nous conduisent à penser que l'action communicative est incompatible avec l'environnement asilo-hospitalier, ou qu'elle y est parfaitement vaine. La forme d'organisation de l'hôpital psychiatrique façonne un système anti-communicatif par excellence. Au lieu de restaurer la compétence communicative des sujets qui l'ont perdue, l'hôpital produit l'effet contraire en la diminuant au maximum dans l'environnement hospitalier, principalement entre les patients. Dans les services ambulatoires, le problème n'est guère différent. Des files d'attente immenses, des anamnèses extrêmement rapides et de précaires conditions de travail structurent une situation de communication amoindrie entre le psychiatre et le patient : une situation dans laquelle le patient se plaint, le psychiatre note la symptomatologie, administre ensuite la médication puis indique au patient qu'il peut partir. Le tout dure une dizaine de minutes, au regard desquelles le dialogue devient un objectif quelque peu chimérique. Dans la pratique, donc, la position et la représentation de la maladie mentale du patient peuvent difficilement être prises en compte.

Considérations finales

L'objet professionnel est constitutif de l'identité professionnelle chez les psychiatres. Il est un facteur identitaire important et ce phénomène est probablement spécifique à la psychiatrie. Nous ne savons pas si les autres objets professionnels de la médecine ont un poids semblable à celui de la maladie mentale dans le milieu psychiatrique. En ce sens, il serait intéressant de se demander si l'objet professionnel du neurologue, par exemple, possède une importance comparable à celui du psychiatre. Apparemment, la représentation de la maladie en neurologie est stable. Elle semble donnée au professionnel et il ne serait pas nécessaire de se positionner puisqu'un consensus étiologique existe

déjà, c'est-à-dire, une prise de position officielle au sujet de la maladie en neurologie. En psychiatrie, il n'y a pas d'orthodoxie proprement dite, mais une compétition entre des orientations nosologiques qui recherchent l'hégémonie dans le champ psychiatrique. L'objet de la psychiatrie possède une nature qui empêche son appropriation complète par la médecine psychiatrique. C'est justement cet empêchement qui, potentiellement, crée un conflit avec les représentations du sens commun.

Parce qu'il n'y a pas de consensus étiologique dans le champ psychiatrique, une lutte fratricide oppose divers courants nosologiques, même si des accommodations entre les positions existent également. Du point de vue du contrôle représentationnel de l'objet professionnel, la psychiatrie possède une faiblesse symbolique qui se traduit par une difficulté de légitimation : elle ne réussit pas à imposer sur la scène des disciplines médicales une conception homogène de la maladie. Cette situation donne prise à l'entrée d'autres représentations de la "maladie mentale", principalement à celles qui proviennent du sens commun. En conséquence, la conduite des interviewés est paradigmatique : il est constamment nécessaire de délimiter les frontières entre le savoir psychiatrique et le savoir profane, son éternel autre. Qu'elle soit basée sur la confrontation ou sur le rapprochement, la relation entre les deux types de savoirs est une question identitaire pour tous les interviewés. Jusqu'à aujourd'hui, la psychiatrie n'a pas réussi à affranchir complètement son modèle de la maladie des modèles inscrits dans l'expérience sociale. Elle n'a pas imposé une distance suffisante entre son objet professionnel et la "folie", comme objet social du monde vécu. Elle cohabite dans une inquiétante proximité avec le sens commun et n'échappe pas à l'attraction que cause la polysémie des signifiés sociaux de la "maladie mentale".

La psychiatrie n'est pas parvenue à édifier, de manière complète, un contrôle social qui domine, valide et maintienne le processus de construction de son objet professionnel de manière à garantir son autolégitimation, le maintien stable de l'identité de groupe et l'encadrement de la "folie" comme objet médical. Par conséquent, elle n'a pas pu absorber, neutraliser, isoler ou, selon les cas, exclure de l'horizon représentationnel les représentations du sens commun (Perrusi, 1995). Du point de vue de la psychiatrie, la signification de la "maladie mentale" reste libre, excessivement détachée de toute normalisation : une liberté qui, du point de vue de l'identité professionnelle, a l'avantage, pour parodier Nietzsche, de procurer la sensation d'un espace immense mais également celle d'un immense vide...

Notes

[1] Perrusi (2003). Thèse de doctorat en sociologie soutenue en 2003 à l'U.F.P.B. (Université Fédérale de la Paraíba, Brésil) : Programa de Pós-graduação em Sociologia.

[2] "Savoir profane" est ici utilisé de façon très générale pour désigner toute connaissance sur la "maladie mentale" qui n'est pas issue de la formation universitaire ou professionnelle en médecine et en psychiatrie.

[3] Nous mettons également cette notion entre guillemets dans la mesure où seul existe, de fait, le malade ou la personne atteinte d'un type de souffrance psychique grave. La "maladie mentale" est, de notre point de vue, une construction sociale produite par le savoir psychiatrique, c'est-à-dire une catégorie de valeur que nous nommons ici « objet professionnel ».

[4] Le groupe des psychanalystes est formé par des médecins psychiatres qui ont reçu une formation analytique, qui ont une représentation psychanalytique de la maladie mentale et qui utilisent la

psychanalyse comme méthode thérapeutique. Le groupe des biomédecins est formé par des médecins psychiatres qui ont reçu une formation neuropsychiatrique ou qui adhèrent au modèle nosologique d'une psychiatrie calquée sur la neurologie. Les psychanalystes et les biomédecins possèdent une représentation de la maladie mentale qui présente plus de cohésion et qui est davantage encadrée par une orthodoxie nosologique. De ce point de vue, les représentations psychanalytique et neuropsychiatrique remplissent chacune un rôle idéologique de cohésion beaucoup plus prononcé que les représentations des cliniciens qui sont des psychiatres plus éclectiques et plus pragmatiques et dont la représentation de la maladie mentale a moins une relation avec la vérité qu'avec son usage pragmatique dans les divers contextes de l'activité professionnelle. Le cas du "clinicien" se différencie ainsi des deux autres dans la mesure où sa représentation de la maladie mentale (qui, en accord avec la psychopathologie classique, met l'accent sur l'aspect pathologique de la maladie mentale et sur une vision symptomatologique de la morbidité) possède une particularité : elle ne démontre pas la même force de cohésion logique et d'induction de conduites que les représentations analytique et biologique.

[5] Le spiritisme est basé sur la croyance en la survie de l'âme et sur la croyance en l'existence d'une communication, par le biais de la médiumnité, entre les vivants et les morts, entre les esprits incarnés et les esprits désincarnés. Au Brésil, cette doctrine religieuse est très influencée par Allan Kardec (1804-1869).

[6] L'*umbanda* est un syncrétisme religieux né à Rio de Janeiro au tournant du XXe siècle et qui, déjà à la fin du XIXe, présentait des éléments bantous, spirites et des termes du jargon umbandiste actuel. Aujourd'hui, l'*umbanda* se fractionne en dizaines de groupes qui englobent des influences ésotériques, cabalistiques, orientales, catholiques, etc.

[7] Etiologique car il n'y a pas en psychiatrie de consensus sur les causes des maladies mentales ; nosologique car il n'y a jamais eu non plus de consensus sur les maladies que traite la psychiatrie.

[8] Foucault (1978, 1979, 1984) ; Castel (1976, 1981) ; Basaglia (1976) ; Berlinguer (1985), entre autres.

[9] Rappelons qu'en psychiatrie, l'acceptation du traitement par les patients est souvent plus difficile que dans d'autres domaines de la médecine.

[10] *Terreiro* est le nom donné au lieu de culte de l'*umbanda* et à la communauté religieuse qu'il abrite.

[11] Esprit qui accompagne un être humain pour le protéger ou lui porter préjudice.

[12] Médicament principalement utilisé dans le traitement des crises psychotiques.

[13] S.U.S. : Système Unique de Santé. Service public de santé brésilien.

[14] Surtout pour les psychiatres qui possèdent des représentations cliniques et biologiques de la maladie mentale.

[15] Ce raisonnement est plus commun dans les cas de psychoses que dans ceux de névroses car la médication a une importance fondamentale dans le traitement des crises psychotiques.

[16] Au contraire, par exemple, de la situation de confrontation avec une croyance comme dans le cas des Témoins de Jéovah qui s'opposent explicitement à la technique de la transfusion sanguine.

[17] Note de la traductrice : dans la citation originale, l'interviewé dit « Cada macaco no seu galho », c'est-à-dire, littéralement, « Chaque singe sur sa branche ».

[18] Le père ou la mère de saint (*pai* ou *mãe de santo*), selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme, dirige le *terreiro* d'*umbanda* dont il représente l'autorité suprême.

[19] L'une des psychiatres interviewées est allée jusqu'à affirmer, sur un mode ironique, qu' « il n'y a pas de psychanalyse qui supplante un rituel d'exorcisme. Elle est trop délicate, trop lente ».

[20] Rappelons que de nombreux interviewés cliniciens, surtout les plus "pragmatiques", considèrent la psychothérapie comme une technique parmi d'autres.

[21] Certains interviewés biomédecins qualifient ironiquement la psychothérapie de

« bavardothérapie » (*papoterapia*).

[22] Selon divers interviewés, ce sont surtout les cliniciens qui ont peur des psychiatres.

Bibliographie

BASAGLIA Franco, 1985, *A instituição negada*, Rio de Janeiro, Graal.

BERLINGUER Giovanni, 1976, *Psiquiatria e Poder*, Minas Gerais, Interlivros.

CASTEL Robert, 1976, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les Éditions de Minuit.

CASTEL Robert, 1981, *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Les Éditions de Minuit.

COMTE-SPONVILLE André & FERRY Luc, 1999, *A sabedoria dos modernos*, São Paulo, Martins Fontes.

DEVEREUX Georges, 1970, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT Michel, 1978, *História da Loucura*, São Paulo, Perspectiva.

FOUCAULT Michel, 1979, *Microfísica do poder*, Rio de Janeiro, Graal.

FOUCAULT Michel, 1984, *Doença mental e psicologia*, Rio de Janeiro, Graal.

FOUCAULT Michel, 1987, *O Nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro, Forense, Universitária, 3º edição.

FREIDSON Eliot, 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.

HUGHES Everett C., 1996, *Le regard sociologique*, Paris, EHESS.

JODELET Denise, 1989, *Folies et représentation sociales*, Paris, Presses Universitaires de France.

MOSCOVICI Serge, 1978, *A representação social da psicanálise*, Rio de Janeiro, Zahar.

OGIEN Albert, 1989, *Le raisonnement psychiatrique*, Paris, Meridiens Klincksieck.

PERRUSI Artur, 1995, *Imagens da Loucura : representação social da doença mental na psiquiatria*, São Paulo, Cortez.

PERRUSI Artur, 2003, *Tiranias da Identidade : profissão e crise identitária entre psiquiatras*, Tese (Doutorado em Sociologia), Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.