UNIVERSITÉ PARIS XIII – SORBONNE PARIS NORD

École doctorale Érasme

TROUBLE DANS LES EMOTIONS
Enquête sur l'existence sociale du « trouble de la personnalité *borderline* » en France

THÈSE DE DOCTORAT
présentée par

Ivan Garrec

Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux

pour l'obtention du grade de
DOCTEUR EN SOCIOLOGIE

soutenue le 13 novembre 2024 devant le jury d'examen constitué de :

BRETIN Hélène, Professeure de sociologie, Université de Picardie Jules Vernes, *Présidente*
DÉTREZ Christine, Professeure de sociologie, ENS de Lyon, *Rapportrice*
LIGNIER Wilfried, Directeur de recherche CNRS, *Rapporteur*
BROSSARD Baptiste, Lecturer, University of York, *Examinateur*
SICOT François, Professeur de sociologie, Université de Toulouse Jean-Jaurès, *Examinateur*
VASSY Carine, Maîtresse de conférence, Université Sorbonne Paris Nord, *Directrice de thèse*
COUTANT Isabelle, Directrice de recherche CNRS, *Co-directrice de thèse*

Trouble dans les émotions
Enquête sur l'existence sociale du « trouble de la personnalité *borderline* » en France

Résumé :

Cette thèse problématise l'existence sociale d'une catégorie de santé mentale genrée et contestée : le « trouble de la personnalité *borderline* ». Pour ce faire, elle éclaire les conditions de sa disponibilité dans l'espace social, les contextes dans lesquels elle circule, ainsi que les pratiques de catégorisation qui participent, concrètement, à la *faire exister*. L'analyse se fonde principalement sur une enquête ethnographique et sur des entretiens biographiques réalisés dans trois espaces : le segment universitaire de la psychiatrie (urgences psychiatriques), le segment des psychothérapeutes spécialistes du trouble de la personnalité *borderline* (hôpital de jour spécialisé), ainsi que l'espace des réceptions non-professionnelles de la catégorie. Cette thèse documente ainsi la fonction du trouble de la personnalité *borderline* ainsi que les intérêts des différent·es acteurs et actrices à son existence. L'existence du trouble de la personnalité *borderline* repose tout d'abord sur des pratiques professionnelles. Au sein des urgences psychiatriques universitaires, l'usage de la catégorie, qui s'articule avec des stéréotypes de genre, sert à nommer des personnes qui suscitent des tensions dans l'organisation des soins et la définition de la frontière entre normal et pathologique. Du côté des psychothérapeutes spécialistes, le trouble de la personnalité *borderline* sert de support de professionnalisation au sein du champ de la santé mentale. Au-delà de ces variations, les usages et les significations de cette catégorie reposent sur un fond commun. Le trouble de la personnalité *borderline* constitue systématiquement une proposition de qualification et de gestion de déviances de genre. Aux urgences psychiatriques, cela se traduit par du rejet ; à l'hôpital de jour, la prise en charge spécialisée suscite des mécanismes d'individualisation et de biologisation. Du côté des personnes diagnostiquées ou auto-diagnostiquées, le trouble de la personnalité *borderline* peut constituer une catégorisation qui donne du sens à des souffrances tout en véhiculant des solutions pratiques, mais elle peut aussi susciter des résistances potentiellement articulées à une perspective politique. Les réceptions de la catégorie se répartissent en trois pôles : un premier pôle est constitué d'appropriations complètes, un second de formes de rejet de la catégorie, tandis que s'insère, entre les deux, un éventail d'appropriations ambivalentes. Tout ceci permet finalement d'éclairer des variations dans les styles de catégorisation de la vie mentale.

Mots clés : trouble de la personnalité borderline, émotions, genre, psychiatrie, psychologie, psychothérapie, santé mentale, professionnalisation, réception-appropriation

Emotions trouble
A study on the social existence of '*borderline* personality disorder' in France

Abstract :

This thesis examines the social existence of a gendered and contested mental health category: '*borderline* personality disorder'. To do so, it sheds light on the conditions of its availability in social space, the contexts in which it circulates, and the practices of categorisation that concretely contribute to its *existence*. The analysis is mainly based on an ethnographic survey and biographical interviews conducted in three spaces: the academic segment of psychiatry (psychiatric emergencies units), the segment of psychotherapists specialised in *borderline* personality disorder (specialised day hospital), and the space of non-professional receptions of the category. This thesis thus documents the function of *borderline* personality disorder and the interests of the various actors in its existence. The existence of *borderline* personality disorder is based firstly on professional practices. In academic psychiatric emergencies units, the use of the category, which is linked to gender stereotypes, serves to name people who give rise to tensions in the organisation of care and the definition of the boundary between normal and pathological. For specialist psychotherapists, *borderline* personality disorder serves as a basis for professionalisation within the field of mental health. Beyond these variations, the uses and meanings of this category are based on a common foundation. *Borderline* personality disorder is systematically used to describe and manage gender deviance. In psychiatric emergencies, this results in rejection; in day hospitals, specialised care gives rise to mechanisms of individualisation and biologisation. For people who are diagnosed or self-diagnosed, *borderline* personality disorder can be a categorisation that gives meaning to suffering while providing practical solutions, but it can also give rise to resistances, potentially linked to a political perspective. The category receptions can be divided into three poles: the first pole is made up of complete appropriations, the second of forms of rejection of the category, with a range of ambivalent appropriations in between. In the end, all this highlights the variations in styles of categorising mental life.

Keywords: borderline personality disorder, emotions, gender, psychiatry, psychology, psychotherapy, mental health, professionalisation, reception-appropriation

Remerciements

Au moment de finaliser ce manuscrit, je pense en premier lieu aux personnes dont les témoignages et les savoirs ont nourri les analyses de cette thèse. Je les remercie de m'avoir ouvert les portes de leur lieu de travail et, pour certaines, de leur vie. Merci pour les discussions et les réflexions que ces rencontres ont suscitées.

Je tiens à adresser toute ma gratitude à mes deux directrices de thèse. Merci à Carine Vassy de m'avoir accompagné depuis mon mémoire de master et de m'avoir ouvert les portes de la thèse. Merci à Isabelle Coutant d'avoir accepté d'endosser la codirection de thèse et pour les discussions qui m'ont beaucoup apporté. Je les remercie infiniment pour leur confiance, leur soutien, ainsi que pour la qualité de leurs remarques et de leurs conseils lors de nos échanges passionnants et toujours très éclairants.

Je remercie Hélène Bretin, Baptiste Brossard, Christine Détrez, Wilfried Lignier et François Sicot d'avoir accepté de lire ce manuscrit et de participer au jury. Je remercie Philippe Lemoigne qui m'a aidé à formuler le projet de cette thèse. Je tiens également à remercier Marcos Azevedo, Marie Jaisson et Delphine Moreau pour leur accompagnement, leurs lectures bienveillantes, et leurs retours enrichissants lors de nos réunions annuelles du comité de suivi de thèse.

Les trajectoires biographiques, dont la relecture se fait toujours au risque de l'illusion, comportent des moments clés dont le souvenir m'apparaît aujourd'hui des plus réels. Je tiens donc à remercier grandement les personnes qui, quelque part et à chaque étape de ma trajectoire, m'ont permis d'arriver jusqu'à cette thèse. Merci tout d'abord à Michel Samie qui a su, par son enseignement passionné devant les Terminales ES du lycée Vincent Van Gogh, me transmettre le goût pour les sciences sociales. Merci à Ary Gordien pour les cours d'anthropologie auxquels j'assistais, il y a plus de 10 ans maintenant, et d'où a émergé cette envie de faire une thèse. Merci à Alice Sophie Sarcinelli de m'avoir orienté dans ce labyrinthe que constitue le milieu académique. Merci à Lara Mahi pour sa sollicitude lors du master, ainsi qu'à Anna Marques ; je leur dois mes premiers pas dans le monde de la recherche.

Bien qu'il puisse paraître, et être par certains aspects, solitaire, le travail de thèse doit énormément à la dimension collective de l'enseignement supérieur et de la recherche ; dimension qu'il faut en ce moment, et peut-être plus qu'à tout autre, défendre avec la plus grande véhémence. J'ai eu pour ma part la chance inouïe de bénéficier de parfaites conditions de travail et de sociabilités idéales tout au long de ces six dernières années. Le travail de recherche s'est tout d'abord articulé à l'enseignement, et je remercie grandement mes collègues de l'UFR SMBH, au sein duquel j'ai eu la chance et le plaisir de commencer à enseigner, Benoît Belloni, Hélène Bretin, Lisa Carayon,

Gaëlle Chartier, Marie Eude, Nathalie Ferré, Karima Guenfoud, Samira Guennif, Marie Jaisson, Corinne Lanzarini, Arzhelenn Le Diguerher, Nadia Ouarti-Saighi, Carine Vassy et Arthur Vuattoux. Je remercie Lynda Sifer-Rivière pour sa confiance et l'agréable expérience d'un enseignement conjoint de la sociologie de la santé dans le master de Santé publique de Paris Saclay. Je remercie également l'équipe du master 2 de cette même université de m'avoir embarqué dans ce bel objectif de transmettre les apports des sciences sociales là où ils ne sont pourtant pas toujours évidents à recevoir, Isabelle Bourgeois, Guillaume Coindard, Joséphine Eberhart, Cécile Fournier, Christine Hamelin, Lynda Sifer-Rivière.

Tout au long de cette thèse, j'ai bénéficié d'un cadre extrêmement agréable au sein des locaux de l'IRIS. Je remercie toutes celles et ceux qui ont rendu plaisantes les journées de travail. Merci tout particulièrement à Issa Cissé, Myroslava Kovalenko, Carmen Mata et Alhamid Saidi qui ont permis et accompagné les nombreuses activités de recherche que suscite un doctorat. Un grand merci à Estelle Girard pour son aide inestimable dans le tortueux labyrinthe des contrats de recherche. Je remercie également les doctorantes et doctorants de l'IRIS pour les pauses café (sur la passerelle et la terrasse du sixième), pour les après-midi de manif, pour les sessions d'escalade, ou pour les moments plus festifs, Ninon Alaux, Baptiste Bailly, Chloé Bonafoux, Elsa Boulet, Laïs Caminoto Geiser, Martin Cavero Castillo, Paul Durand, Toprak Erdeniz, Titouan Fantoni-Decayeux, Emma Fedele, Héloïse Ferber, Déborah Guy, Raphaël Hotchamps, Cyril Knetch, Inès Labainville, Romance Lassis, Marianne Le Gagneur, Hadrien Mallier, Alex Maignan, Judith Marcou, Anne-Charlotte Millepied, Adrien Primerano, Virginie Rigot, Julie Rodrigues Leite, Océane Sipan, Léo Tertrais-Flamand et Hugo Wajnsztok. Merci à Samuel Vansyngel, pour sa présence au 3ème, et pour son aide précieuse dans la finalisation de ce manuscrit.

J'ai la chance d'avoir fait partie du projet Passage qui m'a, à travers des terrains passionnants et des discussions inspirantes, grandement nourri. Un grand merci à Aurélie Dammame, Adrien Primerano et Arthur Vuattoux pour cette formidable expérience. L'implication dans des collectifs d'animation et d'organisation de la vie scientifique a également été une grande source d'épanouissement et d'inspiration tout au long de ces années. Je remercie Mehdi Ayachi, Julie Rodrigues Leite, Océane Sipan pour l'organisation des Doctoriales de l'IRIS (et ce moment mémorable de la chouette rose). Merci encore à Julie Rodrigues Leite et à Océane Sipan pour l'organisation du colloque Développez-vous, qui a été l'occasion d'échanges et de discussions passionnantes. Je pense ici tout particulièrement à Marc Bessin, dont la bienveillance et la sollicitude m'ont éminemment marqué, ainsi qu'à Scarlett Salman et Hélène Stevens. Je remercie les organisateurs et organisatrices de l'atelier santé mentale de l'IRIS, Baptiste Brossard, Nathalie Bajos, Javiera Coussieu-Reyes, Isabelle Coutant et Franck Enjolras. Je remercie également les

membres du bureau du RT19 de l'AFS, Anne-Cécile Bégot, Charlotte Bruneau, Joséphine Eberhart, Yaël Eched, Marie Ghis Malfilatre, Etienne Nouguez, Thibaud Pombet et Louise Virole.

Ce travail a également bénéficié de nombreux échanges et discussions. Je remercie l'ensemble des relecteurs et relectrices de ce travail qui, bien que tous les égarements et approximations me reviennent, ont grandement aidé à la finalisation de cette thèse ; un grand merci à Déborah Guy, Cyril Knecht, Inès Labainville, Marianne Le Gagneur, Julia Legrand, Alex Maignan, Adrien Primerano, Julie Rodrigues Leite, Océane Sipan et Léo Tertrais-Flammand. Je remercie grandement Marlène Bouvet, Baptiste Brossard, Marc Joly, Julia Legrand, Alex Maignan, Luigigiovanni Quarta, et Léo Tertrais-Flammand pour les discussions sur la passionnante question de la santé mentale et de ses catégories. Je remercie Samuel Fély, Louisa Laïdi, Aude Lebrun et Sarah Yvon pour leur invitation et les discussions dans le cadre du GT handicap qui ont accompagnées cette fin de thèse. Merci à Alexandre Michel pour son aide inestimable et pour nos parcours de master et de doctorat (quasi) synchrones ! Merci à Tonya Tartour pour les échanges sur les urgences. Merci à Déborah Guy pour les discussions sur les tréfonds du psychisme. Merci à Léna Dormeau pour l'exploration des frontières. Merci à Sofia Meister pour nos plongées épistémologiques. Merci à Yoann Trégon pour nos discussions à bâtons rompus sur les méandres de la pensée sociologique. Merci à Mischa Dekker pour nos échanges entre critique, pragmatique et informalisation. Enfin, le congrès de l'AISLF a quant à lui été une bouffée d'air bienvenue dans la toute fin d'écriture, et je remercie Héloïse Ferber, Hélène Malarmey, Sofia Meister, Julie Rodrigues Leite, Agathe Roux-Lafay et Raphaëlle Sors de l'avoir accompagnée.

Un énorme merci à Damien, Maximilian, Meldine, Lucas, Aileen, Thomas, Camille, Clara, Lucas et Louis-Gabriel, pour leurs présences et pour les moments de décompression, de marathon (de film) ou de rugby ! Merci à Anne-Charlotte, Déborah, Julie, Marianne et Océane pour ces moments passés au Front Populaire, et ailleurs. Merci à Kevin et son groupe pour l'incroyable voyage qui a accompagné cette thèse.

Merci à mon frère, Maël, pour son soutien affectueux et les respirations dans ses montagnes ardéchoises qui m'ont tant aidé à garder le cap. Merci à mes parents, Bernard, Marie-Annick, Thierry et Marie pour leur soutien indéfectible et leurs encouragements inestimables.

Table des matières

REMERCIEMENTS 9
TABLE DES MATIERES 13
LISTE DES ENCADRES 19
LISTE DES TABLEAUX 19
LISTE DES GRAPHIQUES 19
PLANNINGS DES OBSERVATIONS 20
AVERTISSEMENT : REDACTION EPICENE 23
DEFINITION DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE SELON LE DSM-5 25

INTRODUCTION GENERALE. INTERROGER L'EXISTENCE SOCIALE DU PSYCHOLOGIQUE 27
Une catégorie de santé mentale genrée 28
Qu'est-ce qu'un homme veut faire aux borderline ? 30
Comment la place attribuée sur les terrains éclaire l'objet de la recherche ? 32
Une évolution indifférenciée des subjectivités contemporaines ? 35
L'individualisme contemporain en question 36
Narcissisme ou informalisation ? 37
Des prémices à une enquête 40
L'illusion de l'autonomisation du social 43
Une surreprésentation féminine considérée comme des « biais » ou des « facteurs » isolés 44
L'instabilité des catégories « psys » 45
L'irréductibilité des troubles aux significations, positions et configurations sociales 48
Le déjà-là social des troubles « psys » 50
Qu'est-ce qui fait exister le trouble de la personnalité borderline ? 54
Une forme symbolique dans la culture psychologique 54
La double existence du psychologique 57
Dépasser le paradoxe de la critique des catégories de santé mentale 59
Une enquête dans trois espaces 62
Le segment universitaire de la psychiatrie publique 62
Le segment des psychothérapeutes spécialistes 63
L'espace des réceptions non-professionnelles 66
Un appel à participation et une formation de pair-aidance 67
Un recrutement qui sélectionne des personnes proches des sciences sociales 68
Des entretiens biographiques à distance 68
Des intérêts différenciés à l'enquête 74
Des intérêts professionnels 74
Des intérêts personnels 77
Argumentaire 79
Choix d'écriture 84

CHAPITRE 1. DES ETATS LIMITES A UN TROUBLE DES EMOTIONS. ESQUISSE SOCIOHISTORIQUE 87
I. Genèse et historiographie du trouble borderline 92
1.1. Un flou dans les origines 92
1.1.1. Borderland psychiatric records ou Borderline group of neuroses ? 93
1.1.2. Une formulation historiquement située de la frontière de la folie 94
1.1.3. La réception américaine de la psychanalyse 97
1.2. Historiographie et enjeux de positionnement dans le contexte français 101
1.2.1. Positions et prises de position 101
1.2.2. Au-delà de l'opposition TCC versus psychanalyse 106
II. Des états limites à la personnalité émotionnellement troublée du DSM 108
2.1. Vers une nouvelle problématisation de la vie mentale 110
2.1.1. Alliances et luttes entre approches psychothérapeutiques 112
2.1.2. Une crise nosologique qui éclaire les reconfigurations du rapport normal-pathologique 115
2.1.3. L'idéal du bien-être et l'élargissement du champ de la santé mentale 118
2.2. De la fin des orthodoxies au nouvel ordre intégratif 122
2.2.1. L'espace des TCC comme cristallisation des évolutions du champ de la santé mentale 123
2.2.2. La prise de consistance du trouble de la personnalité borderline en France 128
2.2.3. Structuration du champ de la santé mentale au prisme du trouble de la personnalité borderline 138
Conclusion. Variations autour des manières de nommer la frontière de la folie 142

CHAPITRE 2. À LA FRONTIERE DE LA PSYCHIATRIE. LES « BORDER » AUX URGENCES 145
I. Une enquête au sein de la psychiatrie d'urgence universitaire 152
1.1. L'Organisation du travail des services d'urgences psychiatriques 153
1.1.1. Le Service A. Un espace de sélection aux portes du secteur psychiatrique 153
1.1.2. Le Service B. Un travail de liaison de la Consultation Pédopsychiatrique d'Urgence 158
1.2. Des espaces marqués par l'objectivisme médical, l'a-théorisme et l'idéal intégratif 162
1.2.1. L'optique intégrative et pragmatique des services d'urgences psychiatriques 162
1.2.2. Neurosciences, optique biologique et thérapies cognitivo-comportementales 164
1.2.3. Des espaces paradigmatiques du segment de la psychiatrie universitaire 170
II. Une objectivation flottante de la souffrance psychique 171
2.1. L'usage de l'expression « border » aux urgences psychiatriques 173
2.1.1. Borderline ou hystérie ? « Quoique les deux sont souvent intriqués ». 173
2.1.2. Borderline ou bipolaire ? 178
2.2. Catégorisations informelles et émotions professionnelles 181
2.2.1. De la parole à l'acte 182
2.2.2. Un langage des émotions professionnelles 186
III. Qui mérite les soins ? 191
3.1. L'évaluation de la crédibilité aux urgences psychiatriques 194
3.1.1. Est-ce que cette personne est « psychotique » ? 196
3.1.2. Est-ce que cette personne est « authentique » ? 197
3.1.3. Le « travail contre » des patient·es « inauthentiques » jusqu'à preuve du contraire 198
3.2. Les « border-hystéro » et les « psychopathes » 200
3.2.1. « Psychiatriquement y a rien à faire, il va finir en prison c'est sûr » 201
3.2.2. Ambivalences de la dévalorisation et de l'illégitimité des « hystéro-border » 204
3.2.3. Protéger et défendre l'institution psychiatrique 205
3.3. La crise de la psychiatrie au prisme de ses interactions ordinaires 207
3.3.1. Les places d'hospitalisation et valeur mobilisatrice des patient·es 208
3.3.2. Sous le discours de la « mise en échec », la défense de la domination médicale 213
Conclusion. Le terme « border », un révélateur des tensions de la psychiatrie 216

CHAPITRE 3. SE SPECIALISER DANS LE SOIN DES EMOTIONS. LE TERRITOIRE PSYCHOLOGIQUE D'UNE THERAPEUTIQUE EMOTIONNELLE 219
I. Un territoire psychologique 222
1.1. Des gatekeepers inhabituelles. Un HDJ de psychologues 223
1.1.1. Une configuration locale des rapports de pouvoir en faveur des psychologues. 224
1.1.2. La centralité du registre psychologique 227
1.2. Un itinéraire professionnel dans le champ mouvant de la santé mentale. Le cas d'Anne Lise 229
1.2.1. Un sentiment de décalage dans un champ universitaire dominé par la psychanalyse 229
1.2.2. Un début de carrière à contre-courant : bénévolat et éloignement de la psychanalyse 231
1.2.3. Entre reconfiguration de l'organisation des soins et optique thérapeutique intégrative 232
1.2.4. Esquisse des propriétés du territoire psychologique des spécialistes du trouble borderline 236
II. La thérapeutique émotionnelle 238
2.1. Les thérapies spécialisées dans le trouble borderline 238
2.1.1. La dialectique de la gestion émotionnelle et la personnification des instances psychiques 239
2.1.2. Une approche comportementale à compléter par un travail sur « l'enfant intérieur » 245
2.1.3. Une pratique psychothérapeutique éclectique 247
2.1.4. Cadre et relation thérapeutique pour une pathologie du lien 248
2.2. Des techniques psychocorporelles 250
2.1.1. Trois dispositifs techniques : Symbioline®, Melomind® et PSIO® 251
2.1.2. Imaginaire du biologisme, marché de la santé mentale et du bien-être 259
2.1.3. L'ancrage de la thérapeutique émotionnelle dans le modèle biomédical 261
III. La professionnalité des spécialistes du trouble borderline 269
3.1. Les modes d'entrées dans la « médecine des émotions » 269
3.1.1. Une entrée par la voie institutionnelle 271
3.1.2. Une entrée par la reconversion professionnelle 274
3.2. Une valorisation de l'expérience de souffrance 280
3.2.1. La validation de l'expérience de souffrance 280
3.2.2. L'expérience comme instance de légitimation 281
Conclusion. Un territoire psychologique vitrine de l'arrangement des professionnalités du champ de la santé mentale 282

INTERLUDE I. LE LANGAGE DE LA THERAPIE DES SCHEMAS ET DES MODES 285
Tableaux des schémas et des modes 285
Description des schémas selon la Thérapie des schémas 286
Description des modes selon la Thérapie des schémas 289

CHAPITRE 4. QUI SONT LES BORDERLINE ? LA CONSTRUCTION DU DIAGNOSTIC EN PRATIQUE 293
I. Sélection et travail diagnostique à l'HDJ borderline 294
1.1. Sélection et écriture des dossiers 294
1.1.1. L'évolution de la composition des dossiers 295
1.1.2. Un jeu d'écriture psychologique 298
1.2. En amont de la prise en charge 300
1.2.1. L'adressage 300
1.2.2. Une pré-sélection 301
1.3. Le travail de catégorisation à l'HDJ borderline 303
1.3.1. Entre soma et psyché 305
1.3.2. Expressions singulières du trouble, comorbidités et bifurcations diagnostiques 308
II. Comment les attentes professionnelles façonnent-elles la population de l'HDJ borderline ? 316
2.1. Une étape dans des trajectoires de soins psychiatriques déjà engagées 317
2.1.1. La structuration de la population de l'HDJ selon l'âge 317
2.1.2. Position d'âge et trajectoire psychiatrique 319
2.2. Des attentes scolaires 321
2.2.1. La forme scolaire de la thérapie 321
2.2.2. Violence symbolique et ethnocentrisme de classe 324
2.2.3. Une situation de mépris de classe 330
2.2.4. Positions sociales, origines sociales et capital culturel des patientes de l'HDJ borderline 334
2.3. Le genre du trouble borderline 339
2.3.1. Le trouble borderline, la version universitaire de l'hystérie 340
2.3.2. Le trouble borderline au masculin 346
III. Cartographie des personnes catégorisées borderline rencontrées durant l'enquête 351
3.1. Positionnement social et comportements étiquetés déviants parmi les personnes rencontrées 352
3.1.1. Position sociale et âge des personnes rencontrées en entretien 352
3.1.2. Comportements étiquetés déviants dans les dossiers et les entretiens 355
3.2. Les violences vécues 358
3.2.1. Violences de genre et intrafamiliales 360
3.2.2. Donner une signification à et par la violence vécue 364
Conclusion. Nommer et donner du sens à des déviances de genre socialement situées 367

CHAPITRE 5. LA GESTION PSYCHOTHERAPEUTIQUE DU TROUBLE BORDERLINE. UNE FABRIQUE INDIVIDUALISANTE ET BIOLOGISANTE D'UN TROUBLE DU GENRE 369
I. Donner une forme et une signification aux déviances émotionnelles 376
1.1. Une proposition de mise en forme des échecs du travail émotionnel 376
1.1.1. Le désir d'une « vie normale » 376
1.1.2. La stabilisation de la définition des difficultés émotionnelles 379
1.1.3. Déviances émotionnelles et auto-étiquetage 383
1.2. Donner du sens à la souffrance 386
1.2.1. La reproduction symbolique de la différence des sexes 386
1.2.2. Des excès émotionnels individualisés 391
1.2.3. La biologisation des émotions et discours sur le social 393
II. Au cœur de la psychothérapie 397
2.1. Un entraînement à une sociabilité sans social 398
2.1.1. Gérer la réaction aux émotions pour reprendre le contrôle sur son comportement 399
2.1.2. Origine et gestion de la colère 404
2.1.3. Affirmées ou agressives ? (Il)légitimité des comportements 407
2.1.4. Un cadrage par l'incompétence individuelle 412
2.2. La biologisation dans la thérapie 418
2.2.1. Les schèmes biologisants de la thérapie 419
2.2.2. Un embarras vis-à-vis des transitions de genre 422
2.2.3. Les effets de la biologisation 426
Conclusion. La gestion d'un trouble du genre par la culture neuropsychologique 430

INTERLUDE II. LES REPRESENTATIONS ICONOGRAPHIQUES DU TROUBLE BORDERLINE. L'OBJECTIVATION D'UNE DEVIANCE EMOTIONNELLE FEMININE 433
Une féminité troublée 434
Les voies de l'apaisement 438
Un équilibre précaire 441
Entre savoirs expérientiels et savoirs professionnels 442

CHAPITRE 6. SE SAISIR OU SE DESSAISIR DU DIAGNOSTIC ? USAGES SOCIAUX ET CONSTRUCTION DE LA SIGNIFICATION DU TROUBLE BORDERLINE 445
I. D'une souffrance diffuse à la rencontre du diagnostic 450
1.1. Les types de rencontre du diagnostic 450
1.1.1. Une rencontre par la psychiatrie 450
1.1.2. Une rencontre par la psychothérapie 453
1.1.3. Une rencontre par des sociabilités et la culture psychologique 455
1.2. Un outil culturel pour comprendre l'incapacité à dominer une partie de soi 463
1.2.1. Des comportements qui engendrent de la honte et de la culpabilité 463
1.2.2. Les crises : des réactions excessives aux sentiments d'injustices ? 466
1.2.3. Le « super pouvoir » des émotions 468
1.3. Stratification de la catégorisation et valeur sociale des catégories de santé mentale 471
1.3.1. Catégorisations primaires, secondaires et tertiaires 472
1.3.2. Des conflits de catégorisation 476
1.3.3. À la recherche de la manière socialement acceptable de nommer ses souffrances 478
II. Des réceptions polarisées 481
2.1. Les appropriations complètes 483
2.1.1. Distinction avec la « folie » et affinité avec la thérapeutique émotionnelle 484
2.1.2. Bonne volonté culturelle et travail quasi-permanent sur soi 487
2.1.3. Esquisse des conditions et des types de travail sur soi 490
2.2. Les rejets de la catégorie 496
2.2.1. Une critique radicale des diagnostics. Le cas de Margaux Viguier 496
2.2.2. Des identifications psychologiques alternatives. 498
2.2.3. Une lecture du monde social en termes de rapports sociaux 500
2.3. Les appropriations ambivalentes 503
2.3.1. Incertitudes concernant la légitimité et l'efficacité du diagnostic 504
2.3.2. L'authenticité des symptômes en question. 509
2.3.3. Un diagnostic par défaut 512
2.3.4. Le trouble borderline : entre stigmate et ressource 515
III. Critiques et engagements 518
3.1. L'ordinaire de la critique 519
3.1.1. La psychanalyse 520
3.1.2. La psychiatrie publique 523
3.1.3. Un idéal de justice et de symétrisation 525
3.2. Les formes d'engagements dans le champ de la santé mentale 530
3.2.1. Construire l'auto-gestion des soins psy 530
3.2.2. Professionnaliser son expérience 532
3.2.3. Militer en ligne 540
Conclusion. Un éclairage sur l'espace social des styles de catégorisation de la vie mentale 552

CONCLUSION GENERALE. UNE SOCIOLOGIE DES CATEGORISATIONS DE LA VIE MENTALE 555
À quoi sert le trouble borderline ? 557
Un mot dans la mise en crise de la psychiatrie publique 557
Luttes et arrangements professionnels dans le champ mouvant de la santé mentale 558
Nommer et gérer des déviances de genre. 560
Un espace social des styles de catégorisation de la vie mentale 561
Interroger la sociogenèse de la souffrance : un chantier à venir 564
Interroger les processus de mise en crise des habitus 565
Expériences de la domination et production sociale de la souffrance 568
Construction et production sociales de la souffrance pour éclairer les catégorisations de la vie mentale 572

BIBLIOGRAPHIE 573
Textes traités comme sources 592
Liste des sites internet 596
Productions cinématographiques 599

ANNEXES 601
Annexe 1 : Terrain au Service A 601
Annexe 1. A. : Liste de patient·es suivi·es pendant l'ethnographie aux urgences psychiatriques adultes : 601
Annexe 1. B. : Liste des professionnel·les rencontré·es pendant l'ethnographie des urgences psychiatriques adultes 603
Annexe 2 : Terrain au Service B 604
Annexe 2. A. : Listes des patient·es suivi·es pendant l'ethnographie de l'équipe d'urgences pédopsychiatriques du Service B 604
Annexe 2. B. : Liste des professionnel·les rencontré·es pendant l'ethnographie des urgences pédopsychiatrique du Service B 605
Annexe 3 : Les patient·es de l'HDJ borderline 606
Annexe 4 : Liste des dossiers de l'HDJ borderline 610

Annexe 5 : Mail type pour négocier la diffusion des annonces et entrer dans un groupe Facebook d'entraide 623
Annexe 6 : Liste des personnes rencontrées pour des entretiens biographiques 624
Annexe 7 : La définition des troubles de la personnalité histrionique, dépendante, schizoïde et narcissique selon le DSM-5 631

Liste des encadrés

ENCADRE N° 1 : ANNONCE DE RECRUTEMENT DES ENTRETIENS DIFFUSEE SUR TWITTER, FACEBOOK ET DANS L'HDJ-BORDERLINE 67

ENCADRE N° 2 : L'EVOLUTION DU CADRE LEGISLATIF DE LA PSYCHIATRIE FRANÇAISE 156

ENCADRE N° 3 : LA « SECTORISATION », UNE MISSION DU SERVICE A 157

ENCADRE N° 4 : DESCRIPTION DES DEUX SEMAINES D'OBSERVATION DE LA PSYCHOTHERAPIE DE GROUPE 372

ENCADRE N° 5 : LA RENCONTRE DU DIAGNOSTIC DE REBECCA DANS *CRAZY EX-GIRLFRIEND* (SAISON 3, EPISODE 6 « JOSH IS IRRELEVANT ») 459

Liste des tableaux

TABLEAU N° 1 : LISTE DES PROFESSIONNEL·LES SPECIALISTES DU TROUBLE *BORDERLINE* RENCONTRE·ES 221

TABLEAU N°2 : LISTE DES SCHEMAS PRECOCES INADAPTES 285

TABLEAU N°3 : LISTES DES MODES 286

TABLEAU N° 4 : FREQUENCES DES NOMS DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES DANS LES DOSSIERS 343

TABLEAU N° 5 : COMPORTEMENTS ETIQUETES DEVIANTS PARMI LES DOSSIERS ET LES ENTRETIENS (N=88) 358

TABLEAU N° 6 : COMPOSITION DES GROUPES OBSERVES 373

Liste des graphiques

GRAPHIQUE N°1 : DATE DES DOSSIERS ET MOYENNE DE LEUR NOMBRE DE PAGES 296

GRAPHIQUE N°2 : ÂGE ET SEXE DES 82 PATIENT·ES DE L'*HDJ BORDERLINE* (DOSSIERS + ETHNOGRAPHIE) 318

GRAPHIQUE N°3 : MOYENNE DU NOMBRE D'ANNEES ENTRE LE DEBUT DU SUIVI PSY ET LA PRISE EN CHARGE A L'HDJ SELON LES TRANCHES D'AGE 320

GRAPHIQUE N°4 : DISTRIBUTION DES PATIENT·ES DE L'HDJ PAR PCS - DOSSIERS ET ETHNOGRAPHIE (DONNEES DISPONIBLES ; N=57) 335

GRAPHIQUE N°5 : DISTRIBUTION DES PERES DES PATIENTES PAR PCS DANS LES DOSSIERS (DONNEES DISPONIBLES ; N=33) 336

GRAPHIQUE N°6 : DISTRIBUTION DES MERES DES PATIENTES PAR PCS DANS LES DOSSIERS (DONNEES DISPONIBLES ; N=29) 336

GRAPHIQUE N°7 : DISTRIBUTION DES PERSONNES RENCONTREES EN ENTRETIEN PAR PCS 353

GRAPHIQUE N°8 : ÂGE AU MOMENT DE L'ENTRETIEN 354

GRAPHIQUE N°9 : DISTRIBUTION DES PERES DES PERSONNES RENCONTREE EN ENTRETIEN PAR PCS 354

GRAPHIQUE N°10 : DISTRIBUTION DES MERES DES PERSONNES RENCONTREES EN ENTRETIEN PAR PCS 355

Plannings des observations

PLANNING DES OBSERVATIONS : SEMAINE 1 374
PLANNING DES OBSERVATIONS : SEMAINE 2 375

« Comme dans *Le Procès* où la calomnie est présente dès la première phrase, les catégorèmes les plus catégoriques sont là, dès l'origine, dès l'entrée dans la vie, qui – Kafka, juif de Prague, le sait bien – commence par une assignation d'identité destinant à une catégorie, une classe, une ethnie, un sexe ou, pour le regard raciste, une "race". Le monde social est essentialiste, et l'on a d'autant moins de chance d'échapper à la manipulation des aspirations et des espérances subjectives que l'on est plus démuni symboliquement, moins consacré ou plus stigmatisé, donc plus mal placé dans la concurrence pour "l'estime des hommes", comme dit Pascal, et voué à l'incertitude sur son être social, présent et à venir, qui est à la mesure du pouvoir ou de l'impuissance. »

Pierre Bourdieu, 2015 [1997], *Méditations pascaliennes*, pp. 342-343

« Ne pas, ne plus parler de folie comme d'un territoire, un satellite de la vie normale qu'on contemplerait de loin sans en comprendre la géographie. Depuis ce jour à la DPJ de Louis Blanc, je ne dis plus jamais d'un air entendu cette fille est folle, je crois qu'elle débloque à hurler comme ça, elle est cinglée. Avant d'avoir senti ces *mots-là*, lentement déchirants, pareil à des roues dentelées de fer se ficher au centre de ma chair, avant de les avoir lus et sentis, des harpons – un ici, un là – en moi, je ne pensais pas qu'il était possible de perdre ma tête et la commande de mon corps et alors me mettre à hurler de peur devant ces mots corrigés et réécrits par *lui*. Cette peine. Avant d'avoir lu la déposition qui contient *une autre version de la nuit du 14 septembre, la sienne.* Avant de comprendre que mes mots venaient d'être recouverts de meilleurs mots, plus fiables, plus crédibles. »

Lola Lafon, 2014 [2011], *Nous sommes les oiseaux de la tempête qui s'annonce*, p.310

Avertissement : rédaction épicène

Depuis plusieurs années, des réflexions et propositions pour une écriture non sexiste circulent dans le monde universitaire[1]. Dans cette thèse, dont l'objet « réfère directement à des rapports de pouvoir et à des normes sociales[2] », j'ai fait le choix de m'inscrire dans cette voie en choisissant une « rédaction épicène » afin « de donner une visibilité égale aux hommes et aux femmes[3] ». Pour ce faire, j'ai choisi d'utiliser le plus possible, et dans un souci de fluidification de la lecture, l'usage des doublets (*acteurs et actrices*) ainsi que des formules épicènes (*des spécialistes, des thérapeutes, etc.*). Lorsque ces choix risquaient d'alourdir le texte, l'usage du doublet abrégé, à l'aide d'un point médian, a été préféré (*professionnel·les, patient·es, etc.*). J'ai également fait le choix du féminin majoritaire pour désigner certains groupes dont l'écrasante majorité des membres étaient des femmes (*les patientes*). Enfin, j'ai également choisi d'adopter l'accord de proximité, en accordant « avec le genre du mot le plus proche dans la phrase[4] ».

---

[1] Gwenaëlle Perrier, « Réflexions et propositions concrètes pour une écriture non sexiste dans les revues académiques », *Cahiers du Genre*, 4 novembre 2021, vol. 70, nº 1, p. 215-224.

[2] « Avertissement : Féminisation du texte et usage de l'orthographe rectifiée » A. Vuattoux, *Genre et rapports de pouvoir dans l'institution judiciaire. Enquête sur le traitement institutionnel des déviances adolescentes par la justice pénale et civile dans la France contemporaine*,Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité, Ecole doctorale ErasmeEditor, s.l., 2016, p. 13.

[3] Office québécois de la langue française, *Principes généraux de la rédaction épicène*, http://66.46.185.79/bdl/gabarit_bdl.asp?Th=2&t1=&id=3912 cité par ; A. Vuattoux, *Genre et rapports de pouvoir dans l'institution judiciaire. Enquête sur le traitement institutionnel des déviances adolescentes par la justice pénale et civile dans la France contemporaine*, *op. cit.*, p. 14.

[4] Les cahiers du genre, *Conseils pratiques pour une écriture non sexiste*, https://cahiersdugenre.cnrs.fr/wp-content/uploads/2022/11/recto-verso-couleur.pdf, (consulté le 6 septembre 2024).

Définition du trouble de la personnalité *borderline* selon le DSM-5

« Personnalité borderline
Critères diagnostiques 301.83 (F 60.3)
Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères. »

American Psychiatric Association, 2015, *DSM-5® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, p. 1095-1096

INTRODUCTION GENERALE. INTERROGER L'EXISTENCE SOCIALE DU PSYCHOLOGIQUE

« *Tu es habillée comme une border aujourd'hui !* » C'est avec cette phrase qu'une infirmière est accueillie par un de ses collègues dans le bureau infirmier du service d'urgences psychiatriques que j'observe durant l'hiver 2016-2017. Cette phrase, qui renvoie à ses nouvelles chaussures montantes en cuir, fait rire dans le bureau, mais semble la mettre mal à l'aise. Je réalisais à cette période un mémoire de master sur l'urgence psychiatrique et sa définition en contexte clinique. Dans ce cadre, j'ai observé pendant trois mois le fonctionnement d'un service d'urgence psychiatrique parisien. À cette occasion, comme lors de cette boutade, l'usage par les professionnels du terme « *border* » m'a interrogé. Dans ce service, ce terme est le diminutif du diagnostic « trouble de la personnalité *borderline* » dans les interactions courantes et constitue une forme d'argot. J'ai pu l'entendre lors de discussions informelles, comme lorsqu'un interne dit sur un ton léger qu'une de ses collègues est « *border* » au regard de sa vie amoureuse et sexuelle, mais aussi à la suite de l'arrivée de certaines patientes dans le service, comme lors de cette scène qui s'est déroulée en décembre 2016 :

> En fin d'après-midi, Anaïs, une jeune femme de 19 ans, arrive dans le service, accompagnée de sa mère. Elle a les cheveux teints en rouge, elle porte des vêtements aux couleurs chatoyantes et du maquillage visible. Je suis à ce moment-là assis derrière le comptoir d'accueil et j'observe la première interaction avec l'infirmier qui s'y trouve. La mère annonce : « c'est pour mademoiselle ». L'infirmier sort une fiche d'admission et la remplit, comme d'habitude, avec le nom, le prénom et la date de naissance. Puis, il pose la question usuelle en pointant du doigt le sac que porte Anaïs : « Pas de médicaments, pas de couteaux ? » Elle répond que si : elle a du matériel de couture, avec des ciseaux. L'infirmier lui dit alors : « On va prendre votre sac si vous le voulez bien. » Elle lui répond : « Non je ne veux pas. » L'infirmier se fait alors plus incisif, et lui prend son sac tout en précisant : « Bon, on va prendre votre sac. » Elle proteste un peu, puis se dirige vers la salle d'attente avec sa mère. Un interne, qui se trouve également derrière le comptoir d'accueil et qui a assisté à la scène, nous dit : « Alors, on prend les paris ? » Un infirmier répond que c'est une « border ». L'interne enchaîne en disant : « Mais oui, à 200 % ! T'as vu le look, intolérante à la frustration… » J'ai ensuite suivi les entretiens infirmiers et psychiatriques, et lors d'une pause cigarette avec l'infirmier, je lui demande : « En gros, les border pour vous sont chiantes ? » Il sourit et il acquiesce[5].

Le trouble *borderline* est ainsi un sujet de discussion et de plaisanteries entre les professionnel·les que j'ai côtoyé.es. Ce type de sujets est loin d'être anodin, car, comme le note Baptiste Brossard, « lorsqu'un sujet de conversation revient fréquemment, qu'il fait rire, qu'il "fonctionne", cette efficacité reflète probablement une thématique importante dans le milieu

[5] Journal de terrain, service d'urgence psychiatrique pour adultes, 13 décembre 2016.

social observé[6] ». C'est donc sur ce sujet qui « fonctionne » que débute mon questionnement. Quelle « thématique importante » l'utilisation du terme « border » peut-elle bien recouvrir ? Ce questionnement m'a progressivement amené à réaliser une enquête sur le diagnostic « trouble de la personnalité *borderline* », ses usages et ses prises en charge en France. Dans ce cadre, j'ai été amené à rencontrer des personnes qui revendiquent cette catégorie pour elles-mêmes ainsi que des professionnel·les qui se spécialisent dans le trouble de la personnalité *borderline*. Sur leurs chaînes YouTube ou leurs comptes Instagram, certaines personnes présentent leur trouble et peuvent en faire la chronique[7]. Des psychothérapeutes et psychologues affichent également explicitement sur leur page internet leur spécialisation dans le trouble de la personnalité *borderline*[8].

Ces cas de figure m'ont paru, de prime abord, assez étonnants et incongrus, dans la mesure où l'usage du terme « border » au sein des services d'urgences psychiatriques que j'ai observés, lors de mon travail de master 2 et au début de ma thèse, est dépréciatif. Il correspond effectivement à leur manière de désigner la figure archétypale de la « *meuf chiante* » qui se plaint pour pas grand-chose, et que les professionnel·les auraient bien souvent envie de « *secouer* » un peu. Ainsi, quels enjeux recouvrent les différents usages de cette catégorie de santé mentale ? À partir de l'exemple du trouble de la personnalité *borderline*, ce questionnement amène plus globalement à interroger le rôle que revêtent les catégories et les savoirs « psys » dans la vie sociale contemporaine.

Une catégorie de santé mentale genrée

L'un des aspects qui sautent aux yeux dans les descriptions qui ouvrent cette introduction est la dimension genrée de l'usage du terme « *borderline* ». Dans la continuité des études sur le genre, je considère dans mon travail le *genre* comme « *un système de bicatégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations associées (masculin/féminin)*[9] ». Le genre désigne donc un « rapport social » et un « diviseur » qui produit

[6] Baptiste Brossard, « L'organisation sociale des « hasards heureux ». Qu'est-ce qu'un soin en psychiatrie ? », *Sociologie du travail*, 2013, vol. 55, nº 1, p. 8.
[7] Carolina Gonzales, *La Carologie*, https://www.youtube.com/channel/UCxQcOTjUpeI8Goo6UXJ2NgA, (consulté le 5 septembre 2024).
[8] Manon Beaudoin, *Manon Beaudoin. Psychologue spécialisée dans la prise en charge du trouble de la personnalité Borderline*, https://psy-trouble-borderline.fr/, (consulté le 5 septembre 2024).
[9] Laure Bereni et al., *Introduction aux études sur le genre*, 2e édition revue et Augmentée., Bruxelles, De Boeck, 2012, p. 10 souligné par les auteur·ices.

des positions différenciées (être une femme, être un homme), c'est-à-dire des sexes[10]. J'utiliserai donc dans ce travail le terme « sexe » pour désigner la position occupée dans un rapport social, et le terme « genre » pour désigner ce rapport social. Adopter une approche en termes de genre dans l'analyse ne se résume donc pas à interroger la féminité ou la masculinité de manière isolée. Cette approche consiste plutôt à questionner les relations qui se tissent entre ces deux positionnements et les modalités concrètes de la production de la différence entre ces positions, autrement dit de la différence des sexes. Cette dernière croise d'autres processus de différenciation (classe, race, âge…).

Les descriptions introductives de ce chapitre ont été écrites et sélectionnées après un cheminement réflexif et correspondent à un certain regard, construit au fur et à mesure des années de thèse, d'expériences de terrain, de lectures, ainsi que de diverses discussions. Ces enjeux, que j'avais certes vus, n'étaient pourtant pas au centre des analyses de mon mémoire de master et n'étaient évoqués qu'à la marge dans mon projet de recherche présenté en vue de l'obtention de mon contrat doctoral. Je pointais alors plutôt la mise à l'épreuve des professionnel·les de santé mentale et des services de psychiatrie par ces personnes qui ne correspondaient pas tout à fait aux attentes des services de psychiatrie[11]. Ici, les « troubles de la personnalité » permettaient d'exemplifier des cas limites, *en général*, qui posaient problème au travail et à l'organisation psychiatrique.

Comme le note Isabelle Clair, à la suite des travaux sur le « point de vue » ou le « positionnement » (*Stand point*)[12], les « acuités » et « cécités » du regard ethnographique et sociologique, mais aussi le choix des cadres théoriques, sont en grande partie déterminés par des enjeux biographiques propres à la personne qui réalise la recherche – et qui amènent bien souvent à ne pas voir certains rapports de domination au sein desquels on occupe une place plutôt privilégiée. Ainsi, note-t-elle que

> « L'attention volontariste aux manifestations des rapports de domination dont on a soi-même été épargné·e au cours de sa vie est susceptible de contrer des cécités ancrées dans le biographique. Elle prend place aux côtés d'autres procédures de vigilance. La comparaison ethnographique, qui décentre inévitablement l'enquêteur·rice en lui permettant de quitter le tête-à-tête avec un seul terrain, peut également y participer. La

[10] « Pour qualifier les positions [que le genre] constitue (être une femme, être un homme), on parlera de "sexes", et non de "genres". Le genre désigne le système qui produit une bipartition hiérarchisée entre les hommes et les femmes, et les sexes renvoient aux groupes et catégories produits par ce système. » *Ibid.*

[11] Ivan Garrec, *Le raisonnement psychiatrique au prisme de l'urgence. Tensions autour de la contrainte et de l'accès aux soins*, Mémoire de master 2 « Santé, Population, Politiques Sociales », sous la direction de Carine Vassy, École des Hautes Études en Sciences Sociales et Université Paris 13, Paris, 2017, voir notamment la partie 3 : « Des tensions autour de l'accès aux soins ». Aspect que je développe dans le chapitre 2 de cette thèse.

[12] Artemisa Flores Espínola, « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du 'point de vue' », *Cahiers du Genre*, 2012, n° 53, nº 2, p. 99-120.

> perspective intersectionnelle, qui enjoint de "poser l'autre question" en est une autre[13]. »

Dans cette dernière phrase, Isabelle Clair fait référence à un texte de Mari Matsuda qui enjoint de poser la question du rôle des autres rapports sociaux de domination, qui ne viennent pas spontanément à l'esprit, mais qui sont potentiellement à l'œuvre dans une situation observée[14].

L'adoption d'une « attention volontariste » à la manifestation du rapport de genre dans mon travail provient d'échanges et de lectures qui ont fait écho aux réactions des personnes enquêtées lors des débuts de mes terrains ethnographiques. Alors que pendant mon master je disais travailler sur les urgences psychiatriques, une fois en thèse je présentais ma recherche comme étant un travail sur le « trouble de la personnalité *borderline* ». À ces occasions, lorsque j'annonçais le sujet de ma recherche, ma position masculine était alors systématiquement soulignée par mes interlocuteurs et interlocutrices. En creux ces dernier·es formulaient la question suivante : qu'est-ce qu'un homme veut faire aux *borderline* ?

Qu'est-ce qu'un homme veut faire aux borderline ?

Le 10 décembre 2018, je réalise mon premier jour d'observation dans un service de pédopsychiatrie d'un hôpital universitaire situé au sein d'une grande métropole. Je commence à suivre le travail de l'équipe qui formait, ce jour-là, la Consultation Pédopsychiatrique d'Urgence (CPU). La CPU est l'équipe de liaison entre le service pédopsychiatrique et le service d'urgence de l'hôpital. Durant la pause déjeuner de ce premier jour, j'accompagne une interne au *Relais H*. Je retrouve à cette occasion un groupe composé d'autres internes du service, qui sont également toutes des femmes. On me pose des questions sur mon travail, que je présente comme étant une étude sociologique sur le trouble de la personnalité *borderline*. Au cours de la discussion, l'une d'entre elles me demande :

---

[13] Isabelle Clair, « Nos objets et nous-mêmes : connaissance biographique et réflexivité méthodologique », *Sociologie*, 2022, N° 3, vol. 13, §32.

[14] « Quand je vois du racisme, je me demande :"Qu'est-ce qui relève du sexisme dans cette situation ?" Quand je vois du sexisme, je me demande : "Qu'est-ce qui relève de l'hétéronormativité ?" Quand je vois de l'homophobie : "Qu'est-ce qui relève de la classe ?" Placer la coalition au principe de notre travail nous oblige à voir aussi les rapports de domination qui ne nous sautent pas aux yeux. Cela nous aide à prendre conscience du fait qu'aucune forme de subordination ne fonctionne jamais seule. » Mari J. Matsuda, « Beside My Sister, Facing the Enemy: Legal Theory out of Coalition », *Stanford Law Review*, 1991, vol. 43, nº 6, p. 1189 cité par I. Clair, « Nos objets et nous-mêmes », art cit §32. Il convient néanmoins de préciser, et pour suivre pleinement le conseil de Mari Matsuda, qu'une cécité a néanmoins perduré tout au long de mon enquête : celle concernant les effets des rapports sociaux de race. Je n'ai effectivement pas développé une attention volontariste durant mon enquête à cette dimension. De ce fait, elle ne sera pas interrogée de manière centrale dans cette thèse, car je ne suis pas armé ni méthodologiquement ni théoriquement pour analyser pleinement cette question.

> « Tu vas leur faire quoi aux border ? Tu vas les faire décompenser ? Surtout que t'es un mec, tu les laisses tomber après et elles feront TS [tentative de suicide] sur TS (rires).[15] »

Quelques mois plus tard, je retrouve Baptiste Dubois dans un café situé dans un quartier central d'une grande ville. Il anime, depuis un peu plus d'un an, un groupe de soutien pour *borderline*. Son contact m'a été donné par son psychothérapeute, qui se revendique comme spécialiste du trouble *borderline*, et avec lequel j'ai réalisé un entretien quelques jours plus tôt. Baptiste Dubois dit être un « *borderline stabilisé* » et souhaite devenir lui-même thérapeute. C'est dans ce cadre qu'il anime, tous les samedis matin, ce groupe d'entraide. Je souhaitais, à l'occasion de cette rencontre, négocier l'observation de ce groupe ainsi que la réalisation d'entretiens avec ses membres. Durant le long entretien qui s'est déroulé cette après-midi-là, il évoque en ces termes les potentiels risques d'une relation d'enquête avec des personnes dites *borderline* :

> BAPTISTE DUBOIS : Entre celle qui va te dire : bah bien sûr je veux bien participer à l'étude sociologique, t'as une copine ? T'as 25 ans, putain 25 ans et il est en thèse, ouah c'est un cerveau, en plus il est plutôt mignon et puis olala il est adoubé par Baptiste, ah ouais…
>
> IG : Et du coup tu rentres dans un truc…
>
> BAPTISTE DUBOIS : Bah du coup tu peux surtout te retrouver en plein entretien avec une nana qui se désape devant toi, qui se retrouve à poil et qui se jette sur toi. T'as pas forcément envie de gérer ça quoi[16].

Je me suis rendu le lendemain dans l'espace où se déroulait ce groupe. Cependant, ce terrain n'a pas été prolongé, comme je l'expliquerai.

J'ai ensuite amorcé, en octobre 2019, une négociation pour observer un hôpital de jour (HDJ) spécialisé dans le trouble de la personnalité *borderline* d'un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) situé en région parisienne. Après un processus de négociation quelque peu compliqué, que je présenterai plus longuement par la suite, les psychologues de l'hôpital de jour m'ont demandé de les recontacter l'année suivante. Cette année-là a été marquée par l'irruption de la pandémie de Covid-19. J'ai néanmoins recontacté les psychologues, qui ont accepté de me laisser venir observer leur travail à partir du mois de septembre 2020. Lors de l'appel téléphonique de préparation à mon arrivée, une des psychologues explique le déroulement d'une semaine type, puis précise ceci :

> « Vous allez assister aux thérapies de groupes. Mais le truc freinant c'est que… vous êtes un homme, donc pour tout ce qui est… En fait, pour nos stagiaires hommes ça

[15] Une interne en pédopsychiatrie, journal de terrain, 10 décembre 2018.
[16] Entretien avec un animateur d'un groupe de borderlines, 5 avril 2019.

> peut être compliqué d'assister au groupe relaxation, parce que nos patientes sont beaucoup de femmes qui ont été victimes d'agressions sexuelles et c'est compliqué pour elles de se détendre en présence d'un homme. Vous n'allez donc pas pouvoir assister aux groupes de thérapies corporelles[17]. »

Comment la place attribuée sur les terrains éclaire l'objet de la recherche ?

Ces différentes interactions permettent de saisir l'une des principales dimensions de l'enquête de terrain : celle de l'attribution d'une place aux sociologues par les personnes rencontrées. Cette attribution est déterminée par les propriétés et caractéristiques sociales des sociologues, ainsi que par leurs significations au sein du groupe social observé. Everett C. Hughes écrivait justement que « la principale spécificité de cette méthode [l'enquête de terrain] est que l'observateur se trouve pris, à un degré ou un autre, dans le réseau de l'interaction sociale qu'il étudie, qu'il analyse, et dont il rend compte[18] ». Dans ce réseau, il n'existe pas de place préétablie pour les sociologues qui enquêtent. De ce fait, et comme le note Pierre Fournier, « pour autant qu'elle s'accompagne d'explicitation, la relation d'enquête ne trouve pas nécessairement un sens immédiatement clair, stable et univoque pour l'enquêté[19] ». Les personnes rencontrées ne savent pas, bien souvent, comment situer socialement la figure abstraite du ou de la sociologue qui est dépourvue d'une place préalablement stabilisée au sein de leur système d'interactions ordinaires. Ou plutôt, elles la situent, non pas à l'aide du statut de sociologue, mais avec ses autres propriétés et caractéristiques sociales. L'attribution d'une place aux sociologues sur leurs terrains est ainsi en lien avec leurs propriétés sociales, leurs présentations de soi, ainsi que la manière dont elles sont perçues et interprétées. Il en va de même pour l'entretien, cet « art de la sociabilité sociologique » selon Everett C. Hughes, et dont les « rôles [sont] gouvernés par des conventions plutôt que par des normes, des règles, ou des lois[20] ». L'entretien correspond effectivement à « un type de rencontre relativement nouveau dans l'histoire des relations humaines » tandis que « les types de rencontre plus anciens – parent-enfant, homme-femme, riche-pauvre, aliéné-personne sensée – correspondent à des rôles dont la définition est plus claire et plus contraignante[21] ». De ce fait, et cela même si elles

[17] Anne-Lise Simon, psychologue de l'Hôpital de jour, appel téléphonique de préparation à l'arrivée sur le terrain, 23 septembre 2020.
[18] Everett C. Hughes, *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 1996, p. 278.
[19] Pierre Fournier, « Le sexe et l'âge de l'ethnographe : éclairants pour l'enquêté, contraignants pour l'enquêteur », *ethnographiques.org*, 2006, n° 11, p. 10.
[20] E.C. Hughes, *Le regard sociologique*, *op. cit.*, p. 283-284.
[21] *Ibid.*, p. 284.

connaissent l'existence de la sociologie, les personnes vont compléter les informations manquantes concernant la manière de situer socialement le ou la sociologue qui se présente à elles. C'est dans cette optique que Pierre Fournier définit la relation d'enquête comme un « contrat incomplet[22] » que les enquêté·es vont compléter en fonction de leur perception des caractéristiques sociales de l'ethnographe, et notamment l'âge et le sexe. À partir de cette catégorisation, les personnes vont ainsi rapprocher la relation d'enquête d'autres types de relations plus stabilisées et dont les règles sont plus explicites, autrement dit de relations cadrées par des rapports sociaux.

En tant qu'ethnographe, on se confronte donc à une impossible neutralité de notre position sur le terrain. Lorsqu'ils ou elles observent un groupe et interagissent avec leurs membres, les sociologues « perturbent[23] » forcément la configuration sociale étudiée. C'est par conséquent cette perturbation qui constitue une partie de l'objet du travail sociologique. Everett C. Hughes précise d'ailleurs que « l'entretien, parce qu'il est lui-même une forme de rhétorique sociale, n'est pas un simple outil de la sociologie, mais une partie de son objet[24] », et ce point est bien entendu généralisable à l'ensemble des opérations du travail ethnographique. L'effet produit par l'arrivée et la présence de l'ethnographe dans un groupe social doit ainsi être pris pour objet d'analyse. Cela permet alors de saisir, à partir d'une *position sociale donnée*, certaines propriétés et logiques qui traversent et caractérisent la configuration sociale observée. Cette position a ainsi une réalité contextuelle, qui correspond à la place attribuée à l'ethnographe dans une situation donnée, mais aussi dispositionnelle, qui correspond aux acuités et cécités produites par la socialisation de l'ethnographe, ou par ses éléments biographiques pour reprendre les termes d'Isabelle Clair. Ces différentes réflexions méthodologiques vont dans le sens de Sandra Harding[25] lorsqu'elle critique l'objectivité classique qui se veut désincarnée, mais qui correspond en réalité à la naturalisation d'un regard et d'une position dominante, notamment androcentrée, produisant *de facto* des ignorances et des cécités. Sandra Harding qualifie cette forme d'objectivité de « faible » et propose le principe de l'« objectivité forte », qu'Isabelle Clair résume ainsi :

> « […] seule la reconnaissance de l'inévitable localisation du regard scientifique, notamment dans un sexe, permet de construire une objectivité plus "forte", plus à

[22] P. Fournier, « Le sexe et l'âge de l'ethnographe : éclairants pour l'enquêté, contraignants pour l'enquêteur », art cit.
[23] Olivier Schwartz, « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme ? » dans *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Armand Colin, 2011, p. 343.
[24] E.C. Hughes, *Le regard sociologique*, *op. cit.*, p. 282.
[25] Sandra Harding (dir.), *Feminism and Methodology: Social Science Issues*, Highlighting edition., Bloomington/Indianapolis, Indiana University Press, 1987.

> même de restituer le réel et de produire un savoir plus complet. C'est tout le sens du *standpoint* [note : Terme diversement traduit en "positionnement" ou "point de vue situé" en français, voir (Bracke & Puig della Bellacasa, 2013, p. 48)] : celui-ci n'enjoint pas de renoncer à l'objectivité comme visée du savoir scientifique, mais d'inclure, dans les critères de l'objectivité scientifique, la position et l'expérience sociales des chercheur·es (en partie déterminée par leur sexe), en partant du constat que, pendant des décennies – des siècles… –, les savants, parce qu'ils étaient des hommes – blancs, plus souvent hétérosexuels… –, ont élevé au rang d'universel un point de vue en réalité situé, et ont cru être en capacité, "divine", de "voir tout depuis nulle part" (Haraway, 2007 [1988], p.116) alors qu'ils étaient aveugles à des pans entiers de la réalité sociale. »[26]

À travers les extraits de journaux de terrains et d'entretiens cités précédemment, on retrouve de manière particulièrement explicite les enjeux de genre, mais aussi d'âge, qui traversent la signification sociale attribuée à la catégorie trouble de la personnalité *borderline* par les professionnel·les que j'ai rencontré·es. En effet, le fait que je sois un homme âgé d'une vingtaine d'années lors de mes terrains rend explicite dans les interactions le fait qu'aux yeux de ces acteurs et actrices, les personnes dites *borderline* sont avant tout des femmes, relativement jeunes, et dont la sexualité peut poser problème. Cette représentation s'ancre dans une évidence hétéronormative du rapport femmes-hommes, au sein duquel je pourrais jouer naturellement le rôle masculin dans une relation qui présuppose alors forcément des enjeux de séduction et de sexualité. Ce rôle masculin revêt ainsi une double facette, qui s'ancre typiquement dans le rapport de genre, correspondant, tout à la fois, à celui qui peut être désiré et à celui qui peut violenter.

Cependant, lorsque je posais explicitement la question du genre du trouble *borderline* aux professionnel·les, plusieurs réponses pouvaient m'être données. Ainsi, la surreprésentation féminine dans les services de psychiatrie relèverait selon certain·es professionnel·les de processus d'invisibilisation des hommes *borderline* qui exprimeraient une autre symptomatologie, seraient moins enclins à demander de l'aide psychologique ou psychiatrique, et finiraient tendanciellement davantage en prison.

Ces éléments montrent que les enjeux de la catégorisation en termes de *borderline* sont traversés par le genre. Ainsi, les personnes considérées comme *borderline* au sein de mes différents terrains étaient tendanciellement féminisées. Cette forme de catégorisation participe donc de la production de la différence des sexes, qui prend racine dans les représentations et les pratiques professionnelles.

[26] I. Clair, « Nos objets et nous-mêmes », art cit §28.

Lorsqu'on appréhende la littérature concernant cette catégorie à l'aune de ces éléments, le manque d'attention totale ou partielle aux enjeux des rapports sociaux de domination est particulièrement frappant. Il s'agit alors, avant d'entrer plus avant dans la présentation de mon enquête, de présenter comment cette catégorie de santé mentale est mobilisée et analysée dans la littérature. Je distingue ici les publications médicales, psychiatriques et psychologiques sur le trouble borderline, d'un côté et, de l'autre, les publications qui s'ancrent dans le champ des sciences humaines et sociales – même si dans les faits, des interactions peuvent avoir lieu entre ces deux pôles.

Une évolution indifférenciée des subjectivités contemporaines ?

Comment est abordée cette catégorie de santé mentale dans les travaux de sciences sociales français ? Dans les quelques publications qui l'évoquent, il est avant tout question de sa forme francisée : *les états-limites*. Cette expression – je le développerai dans le premier chapitre –, est la traduction des *borderline states* conceptualisés par le psychanalyste américain Robert Knight durant les années 1950[27]. Dans le champ français de la santé mentale, les expressions d'« états-limites », de « trouble de la personnalité limite » et de « trouble de la personnalité *borderline* » coexistent actuellement. Leurs usages dépendent de la position qu'occupent les acteurs et actrices dans ce champ : les formes francisées (*limite*) renvoient tendanciellement au pôle psychanalytique tandis que l'usage de l'anglicisme (*borderline*) renvoie au pôle de la psychologie cognitive et des thérapeutes qui mobilisent le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM). La reprise de l'anglicisme dans cette thèse indique ainsi les espaces dans lesquels j'ai réalisé mon enquête et qui se situent au sein de ce second pôle.

Au sein des publications situées dans le champ des sciences sociales, cette catégorie de santé mentale est souvent considérée comme une représentante des « nouvelles pathologies psychiques ». Ces pathologies révèleraient, en lien avec la transformation des subjectivités contemporaines, une montée du narcissisme. À l'aube des années 1980, Robert Castel note effectivement qu'aux États-Unis « un débat […] s'est engagé à propos d'un changement de sensibilité sociale que ses idéologues ont baptisé "la culture du narcissisme"[28] », en citant les travaux de Richard Sennett sur les « tyrannies de l'intimité[29] » et Christopher Lasch sur la

[27] R. P. Knight, « Borderline states », *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1953, vol. 17, n° 1, p. 1-12.
[28] Robert Castel, *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Les Éditions de Minuit, 2011, p. 185.
[29] Richard Sennett, *Les tyrannies de l'intimité*, Paris, Éditions du Seuil, 1979.

« culture du narcissisme[30] ». Ces deux auteurs fondent leurs thèses sur les travaux du psychanalyste et psychiatre américain Otto Kernberg concernant le narcissisme pathologique et les conditions *borderline*[31]. Alain Ehrenberg, qui prend ses distances avec les thèses de Sennett et de Lasch, estime quant à lui que ce type de pathologies traduit une individualité pensée en termes de « déliaison[32] ». Ce dernier écrit ainsi :

> « Au cours des années 1970 s'impose l'idée que l'homme public décline au profit de l'homme privé. En conséquence, la société se trouve envahie par le moi des individus et les liens sociaux perdent de leur force. Cette idée du déclin a trouvé un matériau électif dans une classe de pathologie mise en relief par les psychanalyses britannique et américaine à partir des années 1940 : les pathologies narcissiques et les états-limites. Elles forment le groupe des névroses de caractère. Ces névroses sont caractérisées par une désorganisation des personnalités qui n'existait pas dans les névroses "classiques", dites de transfert (hystérie, obsession, phobie), et par des problématiques de la perte qui prennent le pas sur celles du conflit. L'atteinte à l'estime de soi et aux bases de la personnalité en est un trait majeur. Les psychanalystes considèrent que la plupart des patients d'aujourd'hui, en libéral comme en institution, en relèvent[33]. »

L'individualisme contemporain en question

Dans *La société du malaise*, Alain Ehrenberg s'attache à analyser les représentations du lien entre personnalité et société à travers ce qu'il nomme les « pathologies de l'idéal », qui correspondent aux pathologies narcissiques et aux états limites, cette nouvelle classe de pathologie identifiée par les psychanalyses britanniques et américaines[34]. Dans les travaux de ces psychanalystes, une idée émerge progressivement : il y aurait une transformation de la subjectivité contemporaine, c'est-à-dire de la personnalité des individus peuplant les sociétés occidentales, et cette transformation pourrait être saisie par les nouvelles pathologies psychiques. Il y aurait une évolution de la clinique, comprise comme étant un passage d'Œdipe à Narcisse. Là où auparavant il y avait une clinique de la répression et de l'interdit, on serait passé à une clinique de l'idéal. Ainsi, tandis qu'auparavant les individus souffraient des contraintes qui leur étaient imposées, et qui les empêchaient de devenir eux-mêmes (problématique œdipienne), aujourd'hui elles souffriraient de l'obligation à devenir véritablement elles-mêmes (problématique narcissique). C'est ainsi le passage des névroses

[30] Christopher Lasch, *La culture du narcissisme: la vie américaine à un âge de déclin des espérances*, Paris, Flammarion, 2018.
[31] Otto F. Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Lanham, Jason Aronson, inc., 1975.
[32] Alain Ehrenberg, « La crise du symbolique et le déclin de l'institution : quels sont les arguments ? Quelle est l'alternative épistémologique ? », *Cliniques méditerranéennes*, 2011, vol. 83, nº 1, p. 55-66.
[33] Alain Ehrenberg, *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob poche, 2012, p. 20-21.
[34] A. Ehrenberg, *La société du malaise*, *op. cit.*

œdipiennes classiques, décrites par Freud, aux nouvelles formes de pathologies narcissiques caractérisées par un sentiment de malaise diffus et généralisé, où l'enjeu identitaire est central. La culpabilité ne porterait plus sur la transgression des interdits, mais sur l'impossibilité d'atteindre un idéal et de devenir réellement soi-même.

Ces constats psychanalytiques ont été repris par Richard Senett et Christopher Lasch dans leurs travaux pour avancer l'idée selon laquelle les membres des sociétés occidentales seraient devenus narcissiques. Alain Ehrenberg souligne que ces auteurs accréditent la possibilité de faire des concepts psychanalytiques des concepts sociologiques. C'est à partir de cette traduction, souligne-t-il, que les critiques de l'individualisme et de ses maux seraient depuis formulées. En France, l'analyse des liens entre évolution des subjectivités et changement social s'appuie, selon Ehrenberg, non pas sur les travaux psychanalytiques anglophones, mais sur les travaux de Jacques Lacan, notamment à partir de l'idée d'un ordre symbolique en crise ou encore de l'imago paternelle en déclin. Ici, la possibilité de transférer des concepts psychanalytiques dans l'analyse sociologique est cependant également reprise. De là, Alain Ehrenberg développe son argumentation qui consiste à faire une sociologie des représentations sociales, dans l'objectif d'éclairer les termes du débat. Pour ce faire, il compare les contextes américain et français, et les types d'individualismes qui s'y déploient, en prenant comme objet les discours entourant les « pathologies de l'idéal ». Pour Alain Ehrenberg, les analyses qui soutiennent l'idée selon laquelle la narcissisation des individus serait le signe d'un affaiblissement du lien social, du côté américain, et selon laquelle les institutions perdraient de leur force, du côté français, sont des discours individualistes qui participent à la production de ce qu'ils dénoncent.

Narcissisme ou informalisation ?

Alors que le travail d'Alain Ehrenberg entend clarifier les termes du débat concernant la forme que prennent actuellement l'individualisme et sa critique, Richard Kilminster et Pierre-Henri Castel proposent quant à eux, dans leurs articles respectifs[35], une analyse alternative à la thèse de la narcissisation de la société de Christopher Lasch. Ils proposent une relecture de son travail en mettant en avant le fait que Christopher Lasch adopte une lecture liée à ses convictions politiques, que ces auteurs qualifient de conservatrices. Selon Christopher Lasch, les cadres, les règles et les normes sociales traditionnelles se déliteraient, engendrant une forme de

[35] Richard Kilminster, « Narcissisme ou informalisation ? », *Zilsel*, 2021, N° 8, nº 1, p. 186-203 ; Pierre-Henri Castel, « Narcissisme et processus de civilisation », *Zilsel*, 2021, vol. 8, nº 1, p. 204-221.

dégénérescence de la société qui aurait comme résultat le repli sur soi des individus. Pour soutenir cette thèse, Christopher Lasch pioche des exemples cliniques dans l'ouvrage du psychanalyste américain Otto Kernberg[36], et propose des tableaux cliniques de personnes caractérisées comme ayant une organisation *borderline* de la personnalité. La figure de la personne *borderline* en proie à des sensations de vide intenses et à des extrémités émotionnelles lui permet d'étayer son propos. Richard Kilminster note en effet que

> « Ce qui attire également les lecteurs, dans l'œuvre de Lasch, ce sont les évocations puissantes – inspirées de la littérature psychanalytique clinique – des difficultés de l'intimité, des peurs et des sentiments de vide intérieur caractéristiques des patients narcissiques et *borderline*. Nous pouvons les trouver tout à la fois dérangeantes et fascinantes jusqu'au morbide. Ces emprunts participent d'une tactique consciente de Lasch dans le but de persuader le lecteur que la société est en crise morale et psychologique. Dans les descriptions des mondes intérieurs torturés de ces patients, les lecteurs peuvent trouver des versions extrêmes de leurs propres terreurs et embarras interpersonnels : la peur de la mort, la perte de sens ou une difficulté à maintenir des relations étroites. Lasch décrit assez longuement, en particulier, les caractéristiques de certains cas extrêmes traités en thérapie par Otto Kernberg. Il semble se délecter à nous déconcerter par les descriptions des mondes intérieurs de ces patients, usant d'expressions telles que "*rage impuissante*", "*sentiments de vide et d'inauthenticité*", "*superficialité protectrice*", "*ennui chronique*", "*en quête de moment d'intimité*", "*prédominance dans le surmoi d'éléments archaïques, punitifs et sadiques*", "*besoin de marques constantes d'approbation et d'admiration*", "*promiscuité sexuelle*", "*le vieillissement terrifie particulièrement ceux qui craignent la dépendance*", etc. En lisant Lasch, et en particulier *La culture du narcissisme*, il est possible de vivre par procuration certaines extrémités émotionnelles. C'est, en partie, la fonction de son livre pour beaucoup. Mon argument est que cette expérience, en soi, ne suffit pas à prouver que la psyché contemporaine est dans les faits largement dominée par des tendances narcissiques extrêmes, au sens technique du terme[37]. »

Par ces exemples extraordinaires, mais situés néanmoins dans un certain continuum avec des expériences relativement partagées et parfois banales, Christopher Lasch soutient l'idée que nous serions dans une société de plus en plus narcissique, avec une perte des possibilités de faire société. Richard Kiliminster et Pierre-Henri Castel proposent de substituer à cette analyse en termes de narcissisation, une analyse en termes d'informalisation inspirée des travaux du sociologue néerlandais Cas Wouters[38].

Cas Wouters a conceptualisé, à la suite des travaux de Norbert Elias, ce qu'il a nommé un processus d'informalisation. Selon cet auteur, ce processus a touché les sociétés occidentales dans le courant du 20e siècle, et son apogée a eu lieu dans les années 1960-70. L'informalisation

[36] O.F. Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, *op. cit.*
[37] R. Kilminster, « Narcissisme ou informalisation ? », art cit, p. 188.
[38] Cas Wouters et Michael Dunning (dir.), *Civilisation and Informalisation: Connecting Long-Term Social and Psychic Processes*, London, Palgrave Macmillan, 2019.

se caractérise par plusieurs traits, comme la tendance à plus de tolérance, de variété et de différence dans les modes de comportements, de relations de pouvoir ou de codes sociaux. Cela se concrétise par une réglementation moins formelle des manières de parler, des manières de s'habiller, et plus globalement de se comporter. Cette période a été ainsi marquée par l'émergence et la reconnaissance (partielle) des luttes pour les droits et l'égalité. Il s'agirait de la continuité de la « démocratisation fonctionnelle[39] » décrite par Norbert Elias, et qui correspondrait à une atténuation des inégalités et de la différence de pouvoir entre les groupes sociaux.

Dans ce processus d'informalisation, les écarts, les asymétries et la différence de pouvoir entre ces groupes ont tendance à diminuer, ce qui aurait suscité une dévalorisation de l'expression de la domination[40]. Ce processus peut être caractérisé par deux éléments centraux : d'une part, la diminution relative des contrastes entre les différents groupes sociaux et leurs manières d'être, et d'autre part, la possibilité d'une plus grande variabilité des comportements. Dans ce contexte, l'enjeu est alors de trouver sa personnalité ou son moi authentique. Cependant, cette diminution relative des contrastes et cette augmentation de la variabilité des comportements ne signifient pas une diminution des règles et des normes sociales.

Les normes et les règles sociales, qui, auparavant étaient assez explicites et univoques, deviendraient à l'inverse plus complexes et diffuses. Ainsi, cette libération apparente engendre la nécessité, chez les individus, de s'autocontrôler davantage. Là où leur conduite était en grande partie déterminée par des règles bien identifiées, les individus font désormais face à des attentes sociales plurielles, beaucoup plus fines et complexes, et il s'agirait plutôt de penser un « relâchement contrôlé de l'autocontrôle ». Selon Cas Wouters, ces évolutions suscitent l'apparition d'une « troisième nature » de la personnalité au sein des sociétés occidentales. Reprenant la sociologie teintée de psychanalyse de Norbert Elias, Cas Wouters explique que la première nature de la personnalité est pulsionnelle. La seconde nature a quant à elle été documentée par le travail de Norbert Elias concernant le processus de civilisation[41], où la formalisation progressive des normes et des règles sociales entraîne la constitution d'un autocontrôle – qui constitue une reformulation sociologique du « Surmoi » freudien. Le processus d'informalisation arriverait ainsi à la suite de ce processus de formalisation. Les

[39] Norbert Elias, « Les transformations de la balance des pouvoirs entre les sexes. Étude sociologique d'un processus à travers l'exemple de l'Etat romain antique », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 2000, vol. 13, nº 51, p. 15-53.
[40] Mischa Dekker, « Sensibiliser sans moraliser ? Informalisation et individualisation des démarches éducatives sur le harcèlement de rue aux Pays-Bas » dans *Sociologie politique de Norbert Elias*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2022, p. 317-344.
[41] Norbert Elias, *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy, 1973.

nouvelles attentes sociales engendreraient l'obligation, pour les individus, de sous-peser et de négocier entre leur première nature et leur seconde nature, constituant dès lors une troisième nature où la place du « Moi » dans l'économie psychique prédominerait sur celle du « Surmoi »[42]. De là découleraient une attention accrue aux émotions ainsi qu'une recherche de son moi authentique. Ainsi, selon cette perspective, ce que saisit Lasch comme un processus de narcissisation, serait en réalité un processus d'informalisation et de constitution d'une troisième nature chez les membres des sociétés contemporaines. Pierre-Henri Castel propose ainsi l'hypothèse suivante :

> « Il serait intéressant d'examiner si les pathologies psychologisées sous le chef des troubles de la personnalité narcissique, ou encore *borderline*, les passages à l'acte explosifs, les attitudes mégalomanes, les effondrements brutaux de l'estime de soi, etc., ne seraient pas plus intelligibles comme des échecs individuels à satisfaire aux normes subtiles et fort coûteuses psychiquement de cette informalisation. Ces patients, vus sous un tel prisme, seraient par exemple les boucs émissaires du groupe de pairs qui les exclut, et leur violence spécifique, morale et parfois physique, pourraient être déchiffrée comme une *exclusion par anticipation, à finalité défensive*, de ceux qui les excluent pour leurs infractions fines aux lois de l'autocontrôle contemporain (le relâchement hypercontrôlé)[43]. »

Le processus d'informalisation permettrait donc de sociologiser une approche centrée sur l'individu et son psychisme. On retrouverait ici l'idée des « pathologies de l'idéal[44] » vis-à-vis des normes et valeurs de nos configurations sociales individualistes, dans le sens où ce qui guiderait alors l'action serait une volonté de construire, ou de trouver, un « moi » idéal[45] et non plus d'adopter une ligne de conduite prédéfinie et intériorisée dans un « Surmoi ».

Des prémices à une enquête

Le trouble de la personnalité *borderline* pourrait donc être envisagé comme une pathologie de ce processus d'informalisation. Cette hypothèse constitue, à mon sens, le point de départ d'un travail de recherche, et il s'agit de la mettre à l'épreuve en interrogeant la dimension socialement située de ce type d'« infractions » à l'ordre social, ainsi que les modalités spécifiques de leur prise en charge. En effet, les questions qui apparaissent centrales sont les

[42] Cette idée permet, par exemple, à certains auteur.es d'affirmer l'idée selon laquelle nous serions dans une « civilisation réflexive ». Fernando Ampudia de Haro, « Administrar el yo: literatura de autoayuda y gestión del comportamiento y los afectos (Organizing One's Life: Self-Help Literature and Management of Conduct and the Emotions) », *Reis*, 2006, nº 113, p. 49-75.

[43] P.-H. Castel, « Narcissisme et processus de civilisation », art cit, p. 220. souligné par l'auteur

[44] A. Ehrenberg, *La société du malaise*, *op. cit.*, p. 20-24.

[45] Les concepts d'« idéal du moi » ou de « moi idéal » ont fait l'objet de plusieurs travaux et réflexions en psychanalyse, et proviennent du livre de Freud sur le narcissisme : Sigmund Freud, *Pour introduire le narcissisme*, Paris, Payot, 2012.

suivantes. Si l'on accorde du crédit à une analyse en termes d'informalisation, pour qui ce processus pose-t-il problème et quelles sont les conditions pour que ces difficultés soient psychologisées, psychiatrisées ou pathologisées ? Quels sont les effets des propriétés sociales des personnes dans le développement de ce type de souffrance, et dans la probabilité d'être ainsi catégorisé ? De plus, tout penser au prisme de la « démocratisation fonctionnelle » et de l'informalisation de nos sociétés n'entraînerait-il pas un risque d'invisibilisation des situations fortement inégalitaires ? À seulement focaliser l'attention sur la symétrisation des rapports sociaux, on risquerait de perdre de vue les asymétries et les dynamiques actuelles de domination, pour finalement prendre la dévalorisation de l'expression de la domination pour une diminution, voire la résorption, de la domination – en d'autres termes, prendre le discours pour la réalité.

Je mobilise ici la notion de « domination » à la suite de Pierre Bourdieu qui combine les travaux de Karl Marx, Max Weber et Emile Durkheim, et pour lequel « la domination apparaît comme la capacité d'une classe à imposer sa culture et ses intérêts comme légitimes et à faire méconnaître cette imposition comme arbitraire[46] ». La domination est ainsi l'expression d'un rapport de classe[47] où « les pensées de la classe dominante sont aussi, à toutes les époques, les pensées dominantes[48] ». Elle correspond également à ce que Durkheim nomme la « réglementation sociale » et qui suppose que « chacun, du moins en général, est […] en harmonie avec sa condition et ne désire que ce qu'il peut légitimement espérer comme prix normal de son activité[49] ». Enfin, chez Max Weber, la domination correspond au

> « […] fait qu'une volonté affirmée (un "ordre") du ou des "dominants" cherche à influencer l'action d'autrui (du ou des "dominés") et l'influence effectivement, dans la mesure où, à un degré significatif d'un point de vue social, cette action se déroule comme si les dominés avaient fait du contenu de cet ordre, en tant que tel, la maxime de leur action ("obéissance")[50]. »

En ce sens, la domination participe de l'invisibilisation et de la naturalisation des différentiels de pouvoir et des situations inégalitaires. Adopter une perspective attentive aux dynamiques de

[46] François Denord, « Domination » dans Gisèle Sapiro (dir.), *Dictionnaire international Bourdieu*, Version électronique, Paris, CNRS Éditions, 2020.
[47] Que ce soit un rapport de classe sociale, au sens marxiste classique, mais aussi de classe de sexe, conceptualisé et développé par les travaux féministes matérialistes. Une séance du séminaire pluriannuel du CRESPPA a été consacré à cette seconde notion qui connaît un retour actuellement : Comelia Möser et Maira Abreu, *Cinquième séance. La notion de classes de sexe. « Retour sur la catégorie des classes de sexe : histoires, actualités, usages et transformations »*, https://www.csu.cnrs.fr/IMG/pdf/programme-seminaire-cresppa-10032022-final.pdf , 10 mars 2021, (consulté le 10 septembre 2024).
[48] Karl Marx et Friedrich Engels, *L'idéologie Allemande, première partie, Feuerbach*, Paris, Éditions sociales, 1966, p. 74.
[49] Emile Durkheim, *Le Suicide*, Paris, PUF, 1999, p. 277.
[50] Max Weber, *La domination*, Paris, La Découverte, 2013, p. 49.

domination permet ainsi d'interroger à la fois ses structures, qui correspondent à des logiques multiples de différenciation comprenant des différentiels de pouvoir et des formes d'inégalités (genre, classe, race, âge, etc.), mais aussi les marges de manœuvre et les espaces de résistance au sein de ces structures.

En suivant cette perspective, la dévalorisation de l'expression de la domination, et l'atténuation relative des différences de pouvoir entre les groupes sociaux que décrit la théorie de l'informalisation, pourraient alors très bien être comprises comme des phénomènes de reconfiguration des logiques de la domination et des formes de résistances. D'ailleurs, les « ratés » ou les « pathologies » de ce type de processus ont de grandes probabilités de résider dans la perpétuation d'asymétries. La symétrisation tendancielle fonctionnerait alors comme un révélateur de la perpétuation de situations inégalitaires, qui la rendrait alors d'autant plus insupportable pour certaines personnes. Cela correspondrait à la confrontation d'une forme d'hystérésis, à l'image des militantes de mai 68 étudiées par Julie Pagis.

> « L'exemple central est ici celui des femmes qui éprouvent un désajustement de plus en plus intenable entre les évolutions objectives de leur condition (accès aux études supérieures, à l'indépendance économique *via* le marché du travail et à l'indépendance sexuelle) et l'inertie des représentations. Ce phénomène d'hystérésis est à l'origine de multiples expériences personnelles de l'iniquité des rapports sociaux de sexe et de génération, source de sentiments diffus de révolte vécus dans un premier temps sur un mode personnel et psychologique[51] ».

On peut également souligner un présupposé normatif non questionné dans l'extrait de l'article de Pierre-Henri Castel cité précédemment : la « violence » se situe du côté des « patients », tandis que les autres (les « groupes de pairs ») les prendraient seulement pour des boucs-émissaires. N'y aurait-il pas ici l'expression d'un rapport de domination, dans lequel la réponse ou la résistance des « patients » à des formes de violences symboliques serait psychologisée sous le chef de troubles de la personnalité ? D'ailleurs, la souffrance liée à des résistances ou des réticences face à l'ordre établi peut très bien se comprendre par des mécanismes renouvelés de domination, dans le sens où la résistance ne peut prendre place que dans un univers normatif et hétéronome précis, la construisant donc comme une déviance qui

[51] Julie Pagis, « La politisation d'engagements religieux. Retour sur une matrice de l'engagement en mai 68 », *Revue francaise de science politique*, 17 mars 2010, vol. 60, nº 1, p. 66 ; Dans son HDR consacré à la catégorie de « perversion narcissique », Marc Joly émet quant à lui l'hypothèse selon laquelle la catégorie de pervers narcissique permet de nommer un mode de fonctionnement produit par une « hystérèse de l'habitus marital », où les hommes n'arriveraient pas à s'adapter à la symétrisation tendancielle de la balance des pouvoirs entre les sexes. Ici, et à l'inverse, il s'agirait donc non pas des effets de la continuation des situations inégalitaires mais d'une inadéquation entre des habitus maritaux masculin et ces tendances à la symétrisation. Marc Joly, *Sociologie de la perversion narcissique. Sociogenèse, usages sociaux, pratiques de catégorisation et luttes de classement (suivi d'une sélection de travaux)*, Dossier d'habilitation à diriger des recherches en sociologie, Université Paris Saclay, Paris, 2024, p. 378.

pourrait alors faire souffrir. Cette logique se retrouve, par exemple, dans les travaux selon lesquels les femmes dites « hystériques » au tournant du 20e siècle exprimaient une forme de résistance à l'ordre établi[52].

Ce manque d'attention aux rapports sociaux et aux logiques de domination se retrouve également du côté du travail d'Alain Ehrenberg. En effet, aucun questionnement concernant les dimensions matérielles n'émerge dans son ouvrage, qui n'interroge ni les enjeux entourant les rapports sociaux, les trajectoires et les propriétés sociales des individus ni les pratiques concrètes dans lesquelles prennent véritablement corps ces représentations et controverses. Pourtant, ces représentations et ces débats ne flottent pas, de manière indépendante et autonome, au-dessus d'individus et de pratiques concrètes. Ainsi, par quelles pratiques ces catégories sont-elles produites et prennent-elles sens ? Par quels processus certaines personnes, et non pas d'autres, vont être identifiées comme souffrant de ces « pathologies de l'idéal » ? Comment rendre compte des usages différenciés de ces catégories ? De plus, l'émergence de ces conceptualisations à partir des « pathologies de l'idéal » correspond-elle simplement à la réactualisation d'une inquiétude classique face à l'individualisme[53] (le délitement des liens sociaux) ou cette réactualisation prendrait-elle racine dans les reconfigurations de l'organisation et des structures sociales contemporaines ?

Ainsi, les travaux qui prennent le trouble de la personnalité *borderline* comme simple indicateur d'une évolution générale et indifférenciée des subjectivités et/ou des représentations sociales concernant le rapport entre individu et société n'interrogent pas les mécanismes concrets qui amènent telle ou telle personne à souffrir et à être catégorisée comme étant *borderline*. En cela, ces travaux évitent d'interroger pleinement la structuration et l'organisation sociale de nos sociétés, qui peuvent véhiculer des formes d'inégalités et de domination qu'il s'agirait pourtant d'interroger plus avant.

L'illusion de l'autonomisation du social

Du côté des articles et ouvrages médico-psychologiques, des formes de différenciations sont relevées concernant le trouble de la personnalité *borderline*, notamment en termes de genre, mais elles sont ici considérées comme le résultat de « biais ». Cette optique, qui réaffirme une représentation selon laquelle l'intériorité des êtres humains serait radicalement distinct du

[52] David Niget, « De l'hystérie à la révolte. L'observation médico-pédagogique des jeunes délinquantes en Belgique (1912-1965) », *Champ pénal/Penal field*, 2011, Vol. VIII.
[53] Alexis de Tocqueville, *De la démocratie en Amérique*, Paris, Flammarion, 2010.

contexte social qui les entoure, ne semble pas la plus adaptée pour saisir la production concrète des souffrances actuellement nommées par des catégories de santé mentale.

Une surreprésentation féminine considérée comme des « biais » ou des « facteurs » isolés

Selon les publications médico-psychologiques, il y aurait 70 % de femmes contre 30 % d'hommes au sein de la population de personnes *borderline*[54]. Cependant, rares sont les études qui reprennent tel quel ce constat. Elles mettent plutôt en avant les « biais de sélection[55] » en expliquant par exemple que

> « Les taux plus élevés retrouvés chez les femmes en population clinique pourraient être liés à des biais méthodologiques [taille des échantillons, méthodes d'évaluation non standardisées du trouble de personnalité, absence de cotation en aveugle lors des réévaluations, absence de prise en compte des comorbidités, absence de groupes contrôles, etc.] ou refléter un meilleur accès aux soins des femmes présentant une personnalité borderline[56] ».

À cela est souvent ajoutée l'idée selon laquelle « les femmes borderline présenteraient plus de comportements autodestructeurs (automutilations, crises de boulimie, tentatives de suicide) que les hommes, lesquels présenteraient davantage de conduites agressives envers les autres[57] ». Cette hypothèse repose sur une représentation classique au sein de la psychiatrie, qui associe la masculinité avec les symptômes externalisés (agressivité contre les autres) et la féminité avec les symptômes internalisés (agressivité contre soi-même)[58]. Une hypothèse est ainsi fréquemment formulée : les « psychopathes », la catégorie qui équivaut au trouble de la personnalité antisociale serait la forme masculine des *borderline*[59].

Dans ces publications, mais aussi pour les professionnel·les que j'ai pu rencontrer, la quasi-absence d'hommes dans les espaces de soins s'explique, non pas par le caractère genré du trouble *borderline* et de ses modalités de qualifications, mais par des processus d'invisibilisation des hommes *borderline*. La question du genre est donc évacuée de ces études après ces précisions initiales. Aucun autre mécanisme ne participerait à construire cette

[54] Joel Paris, « Personality disorders over time: precursors, course and outcome », *Journal of Personality Disorders*, 2003, vol. 17, nº 6, p. 479-488.
[55] John M. Oldham, « Borderline personality disorder and suicidality », *The American Journal of Psychiatry*, janvier 2006, vol. 163, nº 1, p. 20-26.
[56] Julien-Daniel Guelfi et al., « États limites et personnalité borderline », *EMC - Psychiatrie*, janvier 2011, vol. 8, nº 1, p. 3.
[57] Bernard Granger et Daria Karaklic, *Les borderlines*, Paris, Odile Jacob poche, 2014, p. 34.
[58] Cette partition est rappelée par Alice Feyeux, « La fabrique psychiatrique (des troubles) du genre », *Sociétés contemporaines*, 27 août 2021, N° 121, nº 1, p. 115.
[59] Martin Desseilles, Bernadette Grosjean et Nader Perroud, *Manuel du borderline*, Paris, Eyrolles, 2014, p. 48.

différence sexuée, mis à part des biais de sélection ou de mesure généralement perçus comme extérieurs à la pratique médicale et psychothérapeutique. Quant à la question de la classe sociale – qui est assez homogène sur mes différents terrains comme on le verra – elle n'est quasiment jamais évoquée dans les publications, et elle est peu pensée telle quelle par les professionnel·le·s.

Certaines publications, minoritaires, documentent néanmoins les enjeux de genre, de classe et de race à propos de ce diagnostic. Un article de Natacha M. De Genna, professeure de psychiatrie, et d'Ulrike Feske, psychologue, montre par exemple à travers une étude statistique concernant les personnes diagnostiquées borderline, comprenant 41 femmes blanches et 42 femmes afro-américaines, la variation de la symptomatologie de ce trouble[60]. Selon cette étude, les femmes blanches diagnostiquées borderline auraient davantage de symptômes « internalisés », tandis que les femmes afro-américaines diagnostiquées borderline auraient davantage de symptômes « externalisés », et notamment des difficultés de gestion de la colère. Selon ce travail, ces différences sont médiées, à l'exception des tentatives de suicide, par le statut socio-économique.

Le point commun de ces travaux réside dans le fait que les dimensions sociales (de classe, de genre, de race, etc.) sont perçues comme des facteurs isolés, qui façonnent ou affectent après coup une entité pathologique pensée comme ayant une existence propre, indépendamment du contexte et des propriétés sociales des personnes. Pourtant, la délimitation de la population borderline, ainsi que la proportion de femmes et d'hommes en son sein, varient grandement et ne fait pas l'objet de consensus. Un article qui réalise une revue de la littérature sur cette question note effectivement que « la prévalence [en population générale] du trouble borderline varie dans la littérature entre 0,5 % et 5,9 %[61] ». Cette catégorie diagnostique est donc loin d'être stabilisée et ne peut pas correspondre à une entité pathologique stable et universelle.

L'instabilité des catégories « psys »

Ces différentes publications reposent sur la définition du trouble *borderline* dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM)[62], qui n'est cependant pas exactement la même au sein de la *Classification internationale des maladies* (CIM) pour laquelle l'adjectif

[60] Natacha M. De Genna et Ulrike Feske, « Phenomenology of borderline personality disorder: the role of race and socioeconomic status », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2013, vol. 201, nº 12, p. 1027-1034.
[61] J.-D. Guelfi et al., « États limites et personnalité borderline », art cit, p. 3.
[62] Cf. Définition du trouble de la personnalité *borderline* selon le DSM-5.

borderline correspond à un type de « personnalité émotionnellement labile[63] ». Aussi, ces travaux ne mobilisent pas l'expression « états-limites », contrairement aux publications évoquées précédemment. Dans une perspective diachronique, la définition et la manière de nommer ce trouble évoluent également avec le temps. Ce trouble n'indique donc pas une réalité stabilisée, mais une manière de la construire qui varient en fonction de contextes sociohistoriques.

En ce sens, on peut reprendre le constat des anthropologues Janis H. Jenkins et Thomas J. Csordas, selon lequel :

> « Les systèmes nosologiques sont intrinsèquement instables à deux égards. Premièrement, le fait que les catégories de troubles psychiatriques du *DSM* et de la *CIM* ne correspondent pas précisément est déjà une preuve qu'elles ne peuvent être que des approximations du réel et ne décrivent pas des entités pathologiques discrètes. Deuxièmement, […] la révision périodique des classifications ne peut pas être considérée comme une description successivement plus précise de la réalité pathologique, mais plutôt comme le reflet de l'évolution des profils épidémiologiques des maladies mentales et de la remise en question des catégories influencées par les tendances diagnostiques ainsi que par les styles culturels, les modes et les engouements[64]. »

Cette variabilité des systèmes nosologiques psychiatriques a été mise en lumière par l'anthropologue et psychiatre Jonathan M. Metzl. Ce dernier a travaillé sur les dossiers de patient·es d'un hôpital psychiatrique américain, du début du XX^e^ siècle à aujourd'hui, en focalisant son analyse « sur une série de transformations qui ont eu lieu pendant le mouvement des droits civiques américains, dans les années 1960 et 1970. » Ainsi note-t-il qu'« à cette époque cruciale, de nouvelles définitions cliniques de la maladie mentale ont involontairement fait corps avec des angoisses culturelles croissantes vis-à-vis du changement social[65] ». À cette période, la schizophrénie change de signification sociale. Elle passe d'une maladie perçue comme inoffensive et majoritairement diagnostiquée chez des femmes blanches qui expérimentent des difficultés relativement inoffensives, à une maladie dangereuse majoritairement associée à des hommes afro-américains. Jonathan Metzl décrit comment cette figure nosologique qu'est la schizophrénie devient durant cette période aux États-Unis une « psychose de révolte », et participe du contrôle social visant à « étouffer la révolte » qui émerge, à cette époque, pour les droits civiques.

---

[63] La personnalité émotionnellement labile de la CIM se décline en deux types : impulsif et borderline.
[64] Janis H. Jenkins et Thomas J. Csordas, *Troubled in the Land of Enchantment: Adolescent Experience of Psychiatric Treatment*, Oakland, California, University of California Press, 2020, p. 114 ma traduction.
[65] Jonathan M. Metzl, *Étouffer la révolte. La psychiatrie contre les civil rights, une histoire du contrôle social*, Paris, Éditions Autrement, 2020, p. 15.

Pour illustrer son propos, il utilise une forme de « présentisme historique[66] » et prend comme exemple le dossier d'Alice Wilson, une femme blanche née en 1910 qui a été internée en 1941 pour « trouble à l'ordre public » et pour avoir « divagué et embarrassé son mari[67] ».

> « Si Alice Wilson se présentait aujourd'hui chez un psychiatre, il est peu probable qu'elle ferait l'objet d'un diagnostic de schizophrénie paranoïde. On parlerait de trouble dépressif majeur avec des caractéristiques psychotiques, ou bien d'un trouble de la personnalité dit de l'axe 2 comme le trouble de la personnalité *borderline* ou histrionique ; ou encore, on évoquerait un possible trouble obsessionnel compulsif. Alice se verrait prescrire des antidépresseurs au cours de cette première visite, et les médecins ne se prononceraient vraisemblablement pas en faveur de son admission en hôpital psychiatrique[68]. »

L'usage du présentisme historique est bien entendu une erreur logique critiquée à juste titre par les historien·nes, mais son usage par Jonathan Metzl permet ici de montrer toute l'instabilité des systèmes nosologiques et des catégories diagnostiques et donc de révéler, en miroir, le risque que représentent leur universalisation et leur essentialisation à partir d'un contexte spécifique, qui correspondraient alors à une forme d'irréalisme.

Ces différents éléments montrent la spécificité des diagnostics « psys » : leur définition est *circulaire*. C'est-à-dire que les personnes sont diagnostiquées avec un trouble parce qu'ils en ont les symptômes. En retour, le diagnostic peut alors participer à renforcer la définition des symptômes. Svend Brinkmann note ainsi que

> « Les symptômes sont des *signes* de maladie ou de trouble et les diagnostics sont des *noms* de maladie ou de trouble, et il peut exister une relation circulaire entre les signes et les noms, dans laquelle ils se réfèrent mutuellement les uns aux autres[69]. »

De ce fait, la définition d'un trouble et de ses symptômes varie en fonction des actes perçus comme déviants et pathologiques dans un contexte socio-historique donné[70]. Ce sont d'ailleurs les principaux « diagnostics contestés », car, comme le note Annemarie Jutel, un diagnostic peut être contesté quand la question se pose de savoir s'il est de nature sociale, psychiatrique ou biologique, et lorsque sa définition repose sur des symptômes et non sur des causes organiques[71]. Comment, dès lors, est-il possible d'identifier des « biais » ou des « facteurs » indépendants d'entités pourtant instables et variables ?

---

[66] David Hackett Fischer, *Historians' Fallacies. Toward a Logic of Historical Thought*, 1st edition., New York, Harper & Row, Publishers, 1970.
[67] J.M. Metzl, *Étouffer la révolte*, *op. cit.*, p. 66.
[68] *Ibid.*, p. 72.
[69] Svend Brinkmann, *Diagnostic Cultures. A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*, Londres, Routledge, 2016, p. 33 ma traduction.
[70] Howard Saul Becker, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié, 1985.
[71] JUTEL Annemarie, « Sociology of diagnosis: a preliminary review », *Sociology of Health & Illness*, n° 31/2, 2009, p. 290.

L'irréductibilité des troubles aux significations, positions et configurations sociales

Cette instabilité des diagnostics « psys » repose donc sur le sens donné à des symptômes (actes et émotions) toujours perçus au prisme de la position sociale des personnes qui les expriment et les vivent au sein de configurations sociales particulières. À la suite de Baptiste Brossard et Amy Chandler, je considère la notion de « position sociale » comme « une expression large qui désigne le statut et la situation des individus dans leur société, y compris leur position en termes de classe sociale, mais aussi de sexe, de "race", de résidence géographique, d'âge, etc.[72] ». En ce sens, et comme le montrait Jonathan Metzl, les catégories de santé mentale peuvent s'accrocher à des significations sociales associées à des personnes et à leurs actes selon des contextes spécifiques.

Pour Brossard et Chandler, l'approche dominante concernant le lien entre position sociale et troubles psychiques correspond à un « paradigme de la corrélation ». Ce paradigme repose sur une méthodologie quantitative et formule des résultats fondés sur des corrélations – à l'image des publications médico-psychologiques citées précédemment. Cependant, cette perspective ne permet pas de conceptualiser concrètement les mécanismes par lesquels ces corrélations sont produites, laissant alors un vaste espace de discussion sur leurs causes – entre hypothèse de la dérive sociale (*Social Drift*), selon laquelle la maladie détermine la position sociale, et hypothèse de la causalité sociale, selon laquelle la position sociale détermine le type de maladie, en passant par les différentes formes explicatives matérialistes, culturelles, en termes de lien social ou encore de facteurs de stress. Pour Baptiste Brossard et Amy Chandler, trois approches idéales-typiques permettent de dépasser les apories des approches en termes de corrélation et de conceptualiser le lien entre position sociale et troubles mentaux : les perspectives *intersectionnelle*, *configurationnelle* et *définitionnelle*.

Pour la première perspective, la position sociale ne se résume pas à la somme d'aspects indépendants. Les différents éléments qui caractérisent une position sociale (genre, classe, race, âge, etc.) donnent bien plutôt une signification sociale particulière à cette position – et donc à leurs actes, jugés plus ou moins déviants. Cette approche permet ainsi de porter une attention particulière à ces significations, car

> « Plus qu'un ensemble de variables, les inégalités ont été recadrées comme des intersections entre diverses hiérarchies et, à proximité de la distinction classique établie par Bourdieu (1979, 1980) entre position objective et subjective, nous avons

[72] Baptiste Brossard et Amy Chandler, *Explaining Mental Illness. Sociological Perspectives*, Bristol, Bristol University Press, 2022, p. 9, ma traduction.

> suggéré qu'un domaine d'investigation fertile réside dans l'interface (pas nécessairement nouvelle) entre les stratifications sociales et le sens qui leur est attaché[73]. »

La perspective configurationnelle est quant à elle une forme de prolongement de la perspective intersectionnelle. Alors que cette dernière se penche sur des caractéristiques individuelles, en interrogeant le sens des positions sociales, l'approche configurationnelle est attentive à la manière dont sont construites, au sein de configurations sociales particulières, les positions sociales et leurs implications concernant la santé mentale. Adopter ce type d'approche permet par exemple de comprendre les significations de certaines mobilités et tensions sociales, ainsi que leur rôle dans des formes de production de la souffrance psychique et/ou dans la qualification en termes de troubles mentaux.

> « En somme, les perspectives configurationnelles abordent les problèmes de santé mentale comme le reflet de questions qui affectent les configurations sociales dans lesquelles les gens vivent, ce qui peut inclure des positions malheureuses, des mobilités sociales, des stratégies de positionnement social et des dynamiques configurationnelles plus spécifiques[74]. »

Enfin, la perspective définitionnelle remet en cause la possibilité même de penser le lien entre position sociale et trouble mental comme une corrélation. Au contraire, la définition des troubles mentaux, ainsi que leur prise en charge, reflètent les différenciations sociales hiérarchisées au sein de nos sociétés.

> « Non seulement les catégories de santé mentale ciblent souvent certains publics et véhiculent des normes socialement situées, mais elles produisent aussi en partie ces publics et participent à la naturalisation de leur stratification[75]. »

C'est ce que documente par exemple la psychiatre et historienne de la médecine Laura D. Hirshbein concernant la dépression, en montrant qu'elle a été conceptualisée, dès le départ, comme étant typiquement féminine[76]. De ce fait, il apparaît problématique méthodologiquement de faire le constat d'une corrélation entre le fait d'être en dépression et le fait d'être une femme, si la définition même de la dépression est genrée. Concernant le trouble *borderline*, Bruce Cohen montre quant à lui comment le trouble de la personnalité *borderline*

[73] *Ibid.*, p. 21, ma traduction.
[74] *Ibid.*, p. 27, ma traduction.
[75] *Ibid.*, p. 27-28, ma traduction.
[76] Laura D. Hirshbein, *American melancholy. Constructions of depression in the twentieth century*, New Brunswick, London, Rutgers University Press, 2014.

a remplacé la catégorie féminisée d'hystérie[77]. J'éclairerai cles liens entre ces deux catégories dans cette thèse.

Les catégories de santé mentale sont donc des opérateurs de naturalisation des stratifications sociales, et donc des éléments centraux dans les mécanismes de domination. En ce sens, elles sont irréductibles aux formes que prennent les configurations sociales et les rapports sociaux, ainsi qu'aux différentes significations associées aux positions sociales.

Le déjà-là social des troubles « psys »

Il apparaît donc illusoire d'envisager l'identification, et surtout l'atténuation, de « biais » dans un objectif de caractériser une population intrinsèquement *borderline* indépendamment du contexte historique, social et politique, et donc indépendamment des styles culturels qui traversent les tendances diagnostiques actuelles. C'est pourtant à travers cette logique que les publications médico-psychologiques appréhendent les facteurs d'âge, de sexe, de classe, ou encore de race. Cela amène ces travaux à adopter une lecture de la vie humaine qui présuppose que le social puisse être autonomisé, afin d'atteindre le noyau psychique ou neural d'un trouble qui existerait indépendamment de son contexte social d'émergence.

Cette représentation des êtres humains correspond à ce que Norbert Elias nomme l'*homo psychiatricus*[78] qui présuppose une division radicale entre ce qu'il se passe à l'intérieur de l'individu et ce qu'il se passe à l'extérieur. Cela active dès lors l'idée selon laquelle le champ d'application de la psychiatrie et de la psychologie commence là où s'arrête le champ d'application de la sociologie, et inversement. Cela entraîne des luttes et des formes de concurrence entre sociologues et professionnel·les de la santé mentale, qui ont pourtant un même objet : les êtres humains et leurs comportements. Norbert Elias note justement qu'

> « À première vue, clarifier les relations entre la psychiatrie et la sociologie ne semble pas être une tâche difficile. Les apparences sont toutefois trompeuses. Les deux disciplines ont pour objet l'étude des êtres humains ; mais nous ne disposons pas pour l'instant d'un modèle théorique montrant clairement comment les différentes sciences de l'homme s'emboîtent les unes dans les autres[79]. »

[77] Bruce M. Z. Cohen, *Psychiatric Hegemony. A Marxist Theory of Mental Illness*, London, Palgrave Macmillan, 2016, p. 156-164.
[78] Norbert Elias, « II. Sociologie et psychiatrie (1969-1972) » dans *Au-delà de Freud. Sociologie, psychologie, psychanalyse*, Paris, La Découverte, 2010, p. 47-79.
[79] *Ibid.*, p. 47

Ce point a été illustré et analysé par Muriel Darmon à partir d'un refus de terrain en psychiatrie[80]. Dans cette confrontation, la sociologie est cantonnée à des pratiques et des réalités définies comme non pathologiques, tandis que la psychiatrie seule aurait la légitimité d'expliquer les dimensions pathologiques de l'existence humaine. Pourtant, l'approche sociologique a montré tout son intérêt sur des objets *a priori* pathologiques, comme lorsque cette sociologue éclaire la carrière anorexique et les stratégies de positionnement social qu'elle recouvre[81].

Face à cette mise en concurrence professionnelle entre sociologues et psychiatres, se pose donc la question de la définition du *social*, qui ne renvoie pas exactement à la même chose pour les professionnel·les du psychisme et pour les sociologues. En effet, les premiers considèrent comme étant social tout ce qui est extérieur à l'individu et qui vient s'ajouter à un noyau individuel ou personnel *a priori* non-social. Ceci correspond à la conception de ce que Norbert Elias nomme l'*homo clausus,* c'est-à-dire la représentation dominante des êtres humains dans les sociétés industrielles contemporaines, et dont l'*homo psychiatricus* est une version « sophistiquée ». Pour Elias, cette représentation de l'être humain fonctionne en cercles concentriques, présupposant un noyau ou une essence individuelle sur lesquels viendraient se surajouter des couches sociales. Ainsi, pour les professionnel·les de la santé mentale, les individus, qui sont souvent des patient·es, occupent seuls le devant de la scène, tandis que les autres personnes sont assimilées à un arrière-plan qui est peu structuré et qu'ils et elles nomment « milieu social » ou encore « environnement social ».

> « Dans l'esprit des psychiatres, c'est l'individu – le patient – qui occupe seul le devant de la scène. Toutes les autres personnes qui lui sont liées sont assimilées à un arrière-plan plus ou moins structuré. Les termes habituellement utilisés soulignent et renforcent cette structure de la perception psychiatrique et l'image de l'homme qui lui est inhérente. Il est courant de parler de "milieu social" d'un patient ; on peut faire référence au "mauvais milieu" d'un enfant si l'on entend par là sa famille ; ou pire encore, on peut parler de la famille, du voisinage, des communautés ou de toute autre configuration sociale comme si elles constituaient de l'"environnement" d'une personne donnée[82]. »

Cette représentation se retrouve effectivement du côté des travaux médico-psychologiques, mais aussi chez les professionnel·les que j'ai rencontré·es[83]. Dans cette lecture, le trouble serait là en puissance et donc façonné après coup par un environnement social ou familial. Il n'est

[80] Muriel Darmon, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Geneses*, 2005, no 58, nº 1, p. 98-112.
[81] Muriel Darmon, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, 2008.
[82] N. Elias, « II. Sociologie et psychiatrie (1969-1972) », art cit, p. 54.
[83] Cf. Chapitre 5. 1.2.3. Naturalisation des émotions et discours sur le social.

donc pas étonnant que la pensée en termes de « biais » puisse se développer, car elle postule l'existence d'une pureté de l'entité ou de la substance que recouvre le diagnostic, qui serait façonné ou transformé, après coup, par des couches de social qu'il suffirait d'identifier et d'isoler afin de mesurer leur impact respectif sur une entité *a priori* purement psychophysiologique.

À l'inverse, la perspective sociologique, du moins celle que j'adopte dans ce travail, considère que les individus se retrouvent à des points de jonction ou des nœuds de relations d'interdépendances situées au sein de configurations traversées par des rapports sociaux. L'ontologie du comportement humain, et plus globalement de la vie humaine, qui est adoptée par cette approche rend incongrue l'opposition entre une intériorité qui serait purement individuelle et une extériorité où le social serait cantonné. À ce propos, Wilfried Lignier note justement que

> « Les nécessités de la survie sont constamment spécifiées dans des contextes humains différenciés ; en tout état de cause, on ne peut opposer des tendances spontanées à des forces "environnementales", parce que les premières n'existent, ne produisent des effets qu'en tant qu'elles sont définies par un contexte[84]. »

En ce sens, ce que l'on perçoit comme du personnel ou de l'individuel est le résultat de « plis singuliers du social[85] », c'est-à-dire de l'intériorisation et de l'incorporation des structures sociales à partir d'une position sociale singulière. Cette perspective permet de substituer une pensée dichotomique (individu *versus* société, état pathologique *versus* environnement social), par une pensée relationnelle en termes de niveaux ou de dimensions toujours en interaction et liés les uns aux autres (collectif, individuel, psychologique, biologique…). En suivant cette approche, *un trouble « psy » est donc toujours déjà social*. Vouloir l'isoler de facteurs sociaux, *a priori* définis comme autant de biais et d'obstacles à sa compréhension, ne participe donc qu'à l'activation d'une représentation concernant l'humanité et la compréhension des comportements humains qui est sociohistoriquement située. Cela risque alors d'engendrer des cécités vis-à-vis d'effets sociaux et culturels impensés[86].

Les sciences psychologiques et biologiques, mais aussi les professionnel·les de la santé mentale, adoptent donc tendanciellement une épistémologie positiviste, dont l'horizon d'attente est de saisir des comportements humains de manière neutre et objective, c'est-à-dire en dehors

---

[84] Wilfried Lignier, *Prendre. Naissance d'une pratique sociale élémentaire*, Paris, Seuil, 2019, p. 17.
[85] Bernard Lahire, *Dans les plis singuliers du social. Individus, institutions, socialisations*, Paris, La Découverte, 2013.
[86] C'est ce que document d'ailleurs Wilfried Lignier à propos d'un dispositif expérimental en neurosciences dites « sociales ». Wilfried Lignier, « Les neurosciences non sociales ? À propos du traitement de la socialité dans l'étude expérimentale du cerveau », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2021, vol. 240, nº 5, p. 78-93.

de toute contamination du « social ». Ces comportements correspondraient alors à des états soit sains, soit pathologiques, et rentreraient alors dans des catégories diagnostiques discrètes. Cependant, cette perspective participe à naturaliser et universaliser un point de vue situé et socio-historiquement construit. Cette approche a été critiquée comme on l'a vu par Sandra Harding[87], dans la mesure où elle universalise un point de vue considéré comme objectif, mais qui n'est pourtant pas questionné et qui risque dès lors d'invisibiliser des pans entiers de la réalité.

La littérature sur le trouble de la personnalité *borderline*, que je viens de présenter, a donc tendance à euphémiser, voire à invisibiliser, les effets des rapports sociaux, soit en adoptant une perspective globalisante en discutant la question de l'évolution indifférenciée des subjectivités, soit en perpétuant une épistémologie positiviste qui présuppose une possible autonomisation des facteurs sociaux, qui peuvent alors constituer autant de « biais » à identifier et à neutraliser. Face à ces deux écueils, j'adopte dans ce travail une perspective selon laquelle l'existence des troubles « psys » ne peut pas être isolée des contextes sociaux au sein desquels ils apparaissent et se diffusent. Ainsi, leurs conditions d'émergence sont déterminées, en grande partie, par des enjeux sociaux, culturels et politiques, les rendant donc redevables d'une analyse sociologique. Je me place ici dans la continuité du programme de la sociologie de la santé mentale proposé par Baptiste Brossard et Amy Chandler[88]. En effet, pour ces dernier·es, une « *crise de santé mentale est avant tout une crise des inégalités* »[89]. Il et elle notent d'ailleurs que

> « *La santé mentale n'est pas une question de santé mentale*. Cette formule en forme de slogan, certes réductrice, n'en incarne pas moins le fait que la santé mentale concerne les inégalités, les identités, les imaginaires culturels, les discriminations, la politique, les catégorisations, le capitalisme et les émotions, parmi bien d'autres choses[90]. »

En suivant cette perspective, il s'agit donc de saisir les conditions sociales, culturelles et politiques pour que des catégories de santé mentale puissent exister et fonctionner.

[87] S. Harding (dir.), *Feminism and Methodology*, *op. cit.*
[88] B. Brossard et A. Chandler, *Explaining Mental Illness*, *op. cit.*
[89] *Ibid.*, p. 120, souligné par les auteur·es.
[90] *Ibid.*, p. 132, ma traduction, souligné par les auteur·es.

Qu'est-ce qui fait exister le trouble de la personnalité *borderline* ?

Une forme symbolique dans la culture psychologique

Au début des années 1980, Robert Castel et Jean-François le Cerf identifiaient un investissement croissant dans « le psychologique », qu'ils définissaient comme « une grande nébuleuse aux contours flous » regroupant des approches parfois contradictoires, mais qui se rejoignent néanmoins dans leurs effets.

> « Au sein de cet univers en expansion que représente "le" psychologique, il n'y a pas une psychologie dont la scientificité s'imposerait aux yeux de tous, mais plutôt des orientations, des tendances, des doctrines, des écoles, des techniques, des expédients, des recettes, des gadgets. Des approches différentes, mais tout aussi psychologiques et d'ambition aussi scientifique, se fondent souvent sur des conceptions antagonistes de l'homme. Pour prendre les deux extrêmes de la gamme, qu'y a-t-il de commun, par exemple, entre la psychanalyse et la modification comportementale ? Rien et beaucoup[91]. »

Pour ces auteurs, la psychologie correspond ainsi à « cette béquille dont l'homme ou l'institution malades ont de plus en plus besoin », et « si elle ne les empêche pas toujours de boiter, du moins leur évite-t-elle le plus souvent de tomber[92] ». Cet investissement croissant s'inscrit ainsi pour Robert Castel dans la diffusion d'une « nouvelle culture psychologique[93] ». Cette perspective en termes de culture est reprise par de nombreux travaux, qui identifient au sein de nos sociétés des « cultures diagnostiques[94] », une « culture du *self-Help*[95] », ou encore une « culture thérapeutique[96] ». Ces dynamiques culturelles véhiculeraient des registres explicatifs psychologiques afin de donner du sens et de mettre en ordre certaines difficultés de l'existence.

Dans ce cadre, les catégories de santé mentale peuvent être appréhendées comme des « idiomes de détresse » qui, selon Arthur Kleinman, « cristallisent à partir de la dynamique dialectique entre l'expérience corporelle et les catégories culturelles, entre l'expérience et le

---

[91] Robert Castel et Jean-François le Cerf, « Le phénomène « psy » et la société française. 1. Vers une nouvelle culture psychologique », *Le Débat*, 1980, vol. 1, nº 1, p. 3.
[92] *Ibid.*, p. 4.
[93] R. Castel, *La gestion des risques*, *op. cit.*, p. 121-191.
[94] S. Brinkmann, *Diagnostic Cultures. A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*, *op. cit.*
[95] Eva Illouz, *Saving the Modern Soul. Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*, Berkeley, University of California Press, 2008.
[96] Heidi Rimke, « Self-help, therapeutic industries, and neoliberalism » dans Daniel Nehring et al. (dir.), *The Routledge International Handbook of Global Therapeutic Cultures*, Londres, Routledge, 2020.

sens[97] ». Cette notion prend racine, comme le souligne l'anthropologue Raymond Massé, dans *La philosophie des formes symboliques* d'Ernst Cassirer[98] où le langage ne fait pas que refléter le réel, mais participe à le façonner et lui donner une signification par des « mises en scène ». Ces dernières correspondent ainsi à un « processus de formalisation des signes, à travers des formes symboliques[99] ».

En ce sens, les idiomes de détresse que représentent les catégories de santé mentale « condensent et transforment l'expérience de la souffrance en abstractions, formes qui rendent possible la communication et structurent l'intersubjectivité[100] ». Les catégories de santé mentale, et le trouble de la personnalité *borderline* en particulier, constituent ainsi des formes culturelles incluant des « signes » qui s'inscrivent dans une culture particulière[101]. Selon Alban Bensa et Didier Fassin, une lecture en termes de culture fait néanmoins courir un risque d'« interprétations anhistoriques selon lesquelles des règles transcendantes aux pratiques définiraient un ordre symbolique contraignant[102] ». Il s'agit donc d'envisager la culture psychologique et les formes culturelles que sont les catégories de santé mentale de manière sociogénétique, c'est-à-dire issue de dynamiques sociales et historiques, et comme des symboles disponibles dont les usages sociaux varient et participent à des constructions de signification potentiellement différenciées.

Ainsi, et à l'instar des autres objets culturels qui sont « [des] objet[s] d'usage dans un contexte social[103] », l'existence sociale des catégories de santé mentale repose sur des pratiques sociales concrètes. C'est justement ce que documente un article collectif concernant la catégorie « addiction au sexe » qui, paradoxalement, a connu une extension et une diffusion sans précédent après sa disparition des classifications psychiatriques officielles, notamment du DSM en 1994[104]. Selon les auteur·ices de cet article, la catégorie « addiction au sexe » constitue dans les divers champs où elle circule (le champ psychothérapeutique, le champ du droit, le champ

---

[97] Arthur Kleinman, *The Illness Narratives. Suffering, Healing, And The Human Condition*, New York, Basic Books, 1989, p. 14 cité et traduit par Raymond Massé, « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », *Recherche sémiotique / Sémiotic Inquiry*, 1999, vol. 19, nº 1, p. 14.
[98] Ernst Cassirer, *La philosophie des formes symboliques. 1. Le langage*, Paris, Éditions de Minuit, 1972.
[99] R. Massé, « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », art cit, p. 21.
[100] *Ibid.*, p. 14.
[101] Byron J. Good, « The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1977, vol. 1, nº 1, p. 25-58.
[102] Alban Bensa et Didier Fassin, « Les sciences sociales face à l'évènement », 2002, vol. 38, p. 5-20 (version électronique §23).
[103] Mickael Gottdiener et David R. Dickens, « Semiotics and Postmodernism » dans *Postmodernism and Social Inquiry*, New York/London, Guilford Press, 1994, p. 173 cité et traduit par R. Massé, « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », art cit.
[104] Baptiste Brossard et al., « On the Social Existence of Mental Health Categories: The Case of Sex Addiction », *Social Problems*, 2023, p. 1-16.

médiatique et le champ religieux), un outil discursif qui sert des intérêts pratiques et qui facilite les contacts avec les autres champs. Ainsi, pour qu'une catégorie de santé mentale puisse « exister » dans divers espaces sociaux, il faut des conditions pour qu'elle soit un outil discursif qui fonctionne, c'est-à-dire qui s'inscrive dans un paysage sémantique et symbolique, certes mouvant, mais déjà-là. Ensuite, il faut que la catégorie en tant qu'objet culturel entre en « résonance[105] » avec les difficultés et les énigmes rencontrées dans la vie quotidienne. Autrement dit, la forme symbolique et culturelle que constitue la catégorie doit être perçue comme nécessaire pour résoudre les problèmes et difficultés rencontrés au quotidien. Cette résonance ne se résume donc pas à la dimension discursive, mais s'articule aux dimensions matérielles dans lesquelles se trouvent les personnes qui réceptionnent et s'approprient la catégorie.

> « Ce processus est d'autant plus important qu'il soulève la possibilité que les représentations, les visions du monde ou les discours ne suffisent pas à expliquer l'appropriation d'une catégorie – les discours ne "flottent" pas au-dessus des sociétés ; ils sont incorporés et incarnés. En d'autres termes, les individus sont pris dans des contraintes matérielles qui ne peuvent être réduites à leur univers sémantique, mais qui s'y entremêlent[106]. »

Enfin, pour qu'elle puisse exister socialement, la catégorie doit pouvoir faire dialoguer des acteurs et actrices issu·es d'univers sociaux divers, sans qu'il y ait forcément un accord de fond quant à la signification et quant aux présupposés théoriques et normatifs associés.

En ce sens, une catégorie de santé mentale qui « existe » est un « objet frontière[107] » devant être « suffisamment générique pour être redéfinie de plusieurs manières, vaguement définie pour faire sens dans des contextes variés, à travers des relations et des interactions sociales inégales, tout en résistant à de longues chaînes de réappropriations[108] ». L'existence sociale d'une catégorie de santé mentale repose ainsi sur le fait qu'elle constitue un *outil discursif* efficace dans un contexte sémantique donné, un *objet culturel* qui résonne avec des problématiques pratiques et matérielles, ainsi qu'un *objet frontière* qui permet un dialogue et des échanges entre acteurs et actrices de différents univers sociaux.

À l'aune de ces éléments, cette thèse sera articulée autour du questionnement suivant : quelles pratiques, quelles actrices et acteurs, et quels contextes font actuellement exister le

---

[105] Terence E. McDonnell, Christopher A. Bail et Iddo Tavory, « A Theory of Resonance », *Sociological Theory*, 2017, vol. 35, nº 1, p. 1-14.
[106] B. Brossard et al., « On the Social Existence of Mental Health Categories », art cit, p. 12, ma traduction.
[107] Susan Leigh Star et James R. Griesemer, « Institutional Ecology, "Translations" and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39 », *Social Studies of Science*, 1989, vol. 19, nº 3, p. 387-420.
[108] B. Brossard et al., « On the Social Existence of Mental Health Categories », art cit, p. 13, ma traduction.

trouble de la personnalité *borderline* ? Et à quelles situations problématiques et quelles difficultés cette catégorie donne-t-elle du sens en les nommant ? En somme, qu'est-ce qui fait aujourd'hui exister le trouble de la personnalité *borderline* et comment ?

La double existence du psychologique

Comme le note Arthur Kleinman, l'existence de ces symboles culturels que sont les idiomes de détresse s'inscrit dans une dialectique entre l'expérience de souffrance et la catégorie qui sert à la nommer. Ce double niveau correspond à une *double existence du psychologique*. En effet, le psychologique existe dans des mots, des catégories, des institutions, mais aussi dans des corps, à travers des ressentis, des comportements, des souffrances.

Pour aborder ce double niveau des enjeux de la santé mentale, on peut suivre la conception du social évoquée par Pierre Bourdieu dans son cours au collège de France du 12 octobre 1982. Le social, selon ce dernier, et bien que sa définition puisse faire objet de luttes[109], comprend toujours une double existence[110]. Il s'institue, d'une part, dans des choses, des objets ou des mécanismes, et il s'intériorise et s'incorpore, d'autre part, dans « des manières d'être permanentes qui sont le produit d'un travail d'incorporation, d'apprentissage[111] », c'est-à-dire des habitus. Cette double existence présuppose ainsi une double opération du travail sociologique : l'analyse des processus d'objectivation du social (le social dans les choses) et l'analyse des processus d'individuation du social, à travers des dynamiques d'intériorisation-incorporation (le social dans les corps). Les catégorisations de la vie mentale[112] correspondent donc à une forme spécifique des processus d'objectivation du social, et ce que désigne les catégories de santé mentale correspond à une forme spécifique d'individuation du social.

Face à ce constat, il s'agira donc d'étudier les pratiques des spécialistes de l'objectivation du trouble de la personnalité *borderline* que sont les thérapeutes et les spécialistes des sciences du psychisme ou du cerveau, ainsi que la constitution, la circulation, et la réception de leurs

---

[109] « L'évolution des perceptions concernant ce qui est sociologique et ce qui ne l'est pas soulève le délicat problème de la définition du "social", et plus précisément la question des luttes scientifiques ayant pour enjeu le monopole de la définition légitime du "social" », Bernard Lahire, « Sociologie, psychologie et sociologie psychologique », *Hermes, La Revue*, 2005, n° 41, n° 1, p. 153.

[110] « La double existence du social », dans Pierre Bourdieu, *Sociologie générale, Vol. 1. Cours au Collège de France (1981-1983)*, Paris, Éditions Points, 2019, p. 230-234.

[111] *Ibid.*, p. 233.

[112] J'utilise l'expression de « vie mentale », car le terme « mental » permet, à mon sens, de tenir ensemble des éléments qui renvoient au « psychologique », au « psychique », au « cognitif », ainsi qu'au « neurobiologique ». En ce sens, la vie mentale constitue l'objet principal d'une culture psychologique qui, comme je le montrerai, se fait aujourd'hui neuropsychologique, et qui ne se contente pas de produire du sens et des outils à destination de ce qui est codé comme du psychologique, mais est aussi à destination de ce qui est perçu comme relevant du neurobiologique.

savoirs. C'est-à-dire la manière dont cette catégorie diagnostique vient au jour puis va « fonctionner », et donc exister, de manière différenciée, du côté des professionnel·les de la santé mentale et du côté des personnes diagnostiquées ou auto-diagnostiquées. Il s'agira ainsi de se demander : « Quels sont […] les effets sociaux du passage d'un sentiment diffus, implicite – un malaise par exemple – à l'état de discours verbal ou de discours écrit ? ». Cela permettra alors de rendre compte de « l'un des effets sociaux les plus formidables », c'est-à-dire « celui qui est produit par le fait de dire quelque chose qui n'était pas dit ».

> Cette espèce d'objectivation élémentaire qu'est l'explicitation dans le discours, *a fortiori* dans l'écrit, *a fortiori* dans un discours doté d'autorité comme le droit, est un des effets sociaux les plus fantastiques, les plus puissants, et il y a des gens dont le métier, la fonction sociale est d'être des spécialistes de l'objectivation […]. Qu'il s'agisse de politique ou de psychologie, le passage de l'expérience vécue, diffuse, confuse, du sentiment individuel ou collectif mal constitué à la déclaration et à la manifestation, c'est-à-dire à l'objectivation publique avec l'officialisation qu'elle implique, est un acte social de première importance qui ne fait rien puisque ce qui est dit existe déjà – « Tu ne me chercherais pas, si tu ne m'avais pas trouvé » [Pascal, *Pensées*, éd. Lafuma, 919 (553)], « Le prophète prêche des convertis », etc. Mais le prophète qui dit des choses que les convertis demandaient à entendre exerce une action tout à fait capitale et extraordinaire en disant aux gens des choses qu'à la fois ils savaient et qu'ils ne savaient pas puisqu'ils ne savaient pas les dire. »[113]

La seconde opération sociologique que présuppose cette double existence du social consiste à examiner le processus d'intériorisation et d'incorporation des structures sociales par les individus, et comment ces structures se transforment en dispositions permanentes chez les seconds.

À partir de cette double opération, j'interrogerai dans cette thèse les transactions et les relations qui s'opèrent entre les processus d'objectivation du psychologique – qui correspondent ici principalement au travail des professionnel·les de la santé mentale autour de la catégorie trouble de la personnalité *borderline* – et les processus d'individuation du psychologique – ici relevant de l'émergence de souffrances ainsi que des modalités d'appropriations et d'usages d'une catégorie diagnostique, et de ce qu'elles supposent en termes de trajectoires, de capitaux, ou encore de dispositions. Autrement dit, j'applique à mon objet de recherche l'interrogation suivante : comment le « social individué » entre en relation avec le « social objectivé » ? Cette manière d'interroger le monde social permet, selon Pierre Bourdieu, de

[113] *Ibid.*, p. 235.

> « substitu[er] à l'opposition ordinaire individu/société une opposition construite, une opposition entre le social à l'état incorporé que j'appelle habitus et le social à l'état objectivé que j'appellerai chose sociale ou mécanisme social ou champ[114]. »

Cette manière de construire une démarche sociologique rend donc opérationnelle l'approche en termes de niveaux toujours en relation (individuel, collectif, psychologique, biologique…) que j'ai évoquée précédemment. En cela, je considère donc dans cette thèse que les catégories « psys », c'est-à-dire les diagnostics et les savoirs médico-psychologiques, sont donc des choses sociales qui fonctionnent comme des objets culturels. Ces catégories constituent en effet des formes de discours produites par l'objectivation d'expériences perçues comme problématiques ou difficiles.

Tout au long des prochains chapitres, j'interrogerai en ce sens *l'existence sociale du psychologique* à travers la pluralité des logiques de l'objectivation et de l'individuation de la santé mentale, au prisme d'une catégorie de santé mentale genrée : le trouble de la personnalité *borderline*.

Dépasser le paradoxe de la critique des catégories de santé mentale

Cette double existence du psychologique fait écho à un paradoxe souligné par quelques travaux à propos des critiques féministes de la santé mentale et de la psychiatrie. En suivant la revue de littérature réalisée par Joan Busfield dans son ouvrage *Men, Women and Madness*[115], trois principales lignes d'analyses peuvent être identifiées dans la littérature féministe. Premièrement, certains travaux pointent la manière dont les pratiques et les regards professionnels sont imprégnés par le genre, ce qui influence les interactions entre les patient·es et les professionnel·les en contexte clinique. Ici, la différence des sexes est naturalisée par les professionnel·les de la santé mentale, c'est-à-dire que les variations de leurs perceptions et de leurs pratiques cliniques sont justifiées par une supposée « nature » différente des hommes et des femmes[116]. Deuxièmement, des travaux interrogent la constitution des savoirs et des catégories de santé mentale, et la manière dont le genre y est intégré. L'ouvrage de Phyllis

[114] *Ibid.*, p. 237.
[115] Joan Busfield, *Men, Women and Madness: Understanding Gender and Mental Disorder*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 1996.
[116] Phyllis Chesler, *Women and Madness*, Chicago, Chicago Review Press, 2018 ; Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *Complaints & Disorders. The Sexual Politics of Sickness*, New York, The Feminist Press at CUNY, 2011 ; Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *For Her Own Good. Two Centuries of the Experts Advice to Women*, New York, Anchor, 2005.

Chesler, *Women and Madness*[117] a été particulièrement influent pour cette approche, et Joan Busfield le résume ainsi :

> « Sa thèse consiste à dire que le genre est intégré dans le concept même de trouble mental et qu'il existe un "deux poids, deux mesures" en matière de santé mentale, avec pour conséquence que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être définies comme souffrant de troubles mentaux[118]. »

On retrouve ce constat dans le travail de Jane Ussher pour qui les femmes sont davantage assignées à la folie dans un contexte social misogyne qui silencie les femmes en leur retirant leur pouvoir d'agir[119]. Plus récemment, et dans le contexte francophone, on peut retrouver ce constat de la pathologisation et de la psychiatrisation des déviances féminines au sein du travail de Coline Cardi et de Geneviève Pruvost à propos de la violence des femmes[120], ou encore de celui d'Arthur Vuattoux qui souligne la sanitarisation du parcours des quelques adolescentes qui se trouvent confrontées à la justice, notamment en termes de santé mentale[121]. Troisièmement, et toujours pour expliquer la surreprésentation des femmes diagnostiquées et prises en charge en psychiatrie ou en psychothérapie, des travaux ont exploré les effets de la position sociale des femmes dans l'espace social global, en montrant comment celle-ci favorise le développement de souffrance et donc de troubles mentaux[122]. À partir de ces principales lignes de critiques :

> « Certains auteurs ont cependant soutenu [que] la position féministe est contradictoire : il serait illogique de vouloir à la fois remettre en question la catégorie et d'affirmer que les femmes sont plus susceptibles d'être poussées à la folie et aux troubles mentaux en raison de leur oppression[123]. »

Joan Busfield a consacré un article à cette apparente contradiction, qui prend la forme d'une opposition entre la maladie mentale en tant que produit social (*social product*) et la maladie mentale en tant que construit social (*social construct*). Cette sociologue soutient dans cet article que ces deux positions ne sont en rien incompatibles[124]. Elle revient tout d'abord sur la critique

---

[117] P. Chesler, *Women and Madness*, *op. cit.*

[118] J. Busfield, *Men, Women and Madness*, *op. cit.*, p. 4 ma traduction.

[119] Jane M. Ussher, *Women's Madness. Misogyny or Mental Illness?*, Amherst, University of Massachusetts Press, 1992.

[120] Coline Cardi et Geneviève Pruvost (dir.), *Penser la violence des femmes*, Paris, la Découverte, 2017.

[121] Arthur Vuattoux, « Le traitement sanitaire de l'adolescence confrontée à la justice : une approche intersectionnelle », *Sciences sociales et santé*, 2019, vol. 37, nº 2, p. 15-20.

[122] Joan Busfield cite, entre autres, Ann Oakley, *Subject Women*, Oxford, Blackwell Publishers, 1981.

[123] J. Busfield, *Men, Women and Madness*, *op. cit.*, p. 5 ma traduction.

[124] Joan Busfield, « Mental illness as social product or social construct: a contradiction in feminists' arguments? », *Sociology of Health & Illness*, 1988, vol. 10, nº 4, p. 521-542.

formulée par Peter Sedwig[125] qui identifie deux formulations apparemment contradictoires dans les travaux féministes. Joan Busfield résume cette critique en ces termes :

> « Dans l'une des formulations, la maladie mentale se voit accorder une réalité expérientielle importante – c'est une condition qui reflète les inégalités et l'exploitation qui existent dans la société contemporaine et l'oppression des femmes en particulier : c'est un produit de la situation sociale défavorable des femmes, et, en fait, une mesure de cette situation. Dans l'autre, la maladie mentale est considérée comme une étiquette appliquée de manière inappropriée et incorrecte aux personnes sans pouvoir, comme un moyen de contrôle social[126]. »

Face à ces deux formulations, *a priori* paradoxales, la question posée est donc la suivante : comment critiquer les concepts nommant des troubles psychiques et les pratiques cliniques associées, qui intègrent donc dans leur construction des présupposés normatifs et de genre, tout en mettant en avant que certains facteurs sociaux amènent les individus à être confrontés à des maladies ou des troubles mentaux, reprenant *de facto* ce que la première posture entend critiquer ? Joan Busfield répond en soulignant qu'

> « Il n'est pas du tout contradictoire, d'analyser de manière critique les concepts de troubles mentaux et de souligner la manière dont le genre y est intégré, tout en examinant les facteurs qui peuvent amener les femmes (et les hommes) à se sentir et à agir d'une manière qui les place dans les limites des troubles mentaux tels qu'ils sont actuellement constitués[127]. »

Et en effet, cette dernière précise dans son article sur le sujet qu'

> « Affirmer que les phénomènes qui ont été historiquement constitués comme des maladies mentales ont leurs racines dans les difficultés de la vie des femmes n'est pas incompatible avec l'idée qu'il faut souligner la nature sociale et les conséquences sociales de la définition d'une femme comme mentalement malade. Elle n'est pas non plus incompatible avec l'affirmation selon laquelle l'étiquette "maladie mentale", compte tenu des idées et des pratiques actuelles, interprète souvent les phénomènes en question d'une manière qui va à l'encontre des besoins des femmes et ignore les conditions sociales qui sont à l'origine de leurs problèmes. Elle n'est pas non plus incompatible avec l'idée que l'identification du comportement des femmes comme pathologique implique souvent l'exercice d'un pouvoir patriarcal. […] *Ce n'est donc pas que les deux positions soient contradictoires, mais plutôt qu'elles sont les deux faces d'une même médaille* : en effet, c'est l'incapacité à examiner le contexte social et les origines sociales des phénomènes que l'on regroupe aujourd'hui sous le terme général de maladie mentale qui est à l'origine de la plupart des critiques et de l'opposition à ce terme lui-même[128]. »

---

[125] Peter Sedgwick, *Psycho Politics*, London, Parlux, 2005.
[126] J. Busfield, « Mental illness as social product or social construct », art cit, p. 522, ma traduction.
[127] J. Busfield, *Men, Women and Madness*, *op. cit.*, p. 5 ma traduction.
[128] J. Busfield, « Mental illness as social product or social construct », art cit, p. 16-17, ma traduction, je souligne.

Ces deux faces de la médaille de la santé mentale soulignées par Joan Busfield correspondent aux deux niveaux du psychologique, à sa double existence. En effet, la perspective qui consiste à penser la maladie mentale comme étant une étiquette appliquée à des personnes privées de pouvoir dans un objectif de contrôle social correspond au niveau de la construction des catégories et de leurs usages, et donc au niveau des processus d'objectivation du psychologique. La perspective qui consiste à penser la maladie mentale comme étant le résultat d'une réalité expérientielle faite d'épreuves, de vécus d'inégalités, de formes d'exploitation et de domination correspond au niveau de la production sociale de la souffrance, et donc au niveau des processus d'individuation du social.

L'apparente contradiction entre construction et production des troubles n'en est donc pas une, mais correspond bien plutôt à la double existence du psychologique. Cette double existence ne constitue pas une contradiction ou un paradoxe épistémologique, elle constitue plutôt *deux niveaux de l'analyse* qui peuvent être articulés et doivent, à mon sens, être tenus ensemble au sein de la sociologie de la santé mentale. Il s'agira ainsi dans cette thèse d'interroger les mécanismes d'objectivation du trouble de la personnalité *borderline* ainsi que les conditions pour que certaines personnes, et pas d'autres, soient catégorisées comme tel ou s'approprient cette catégorie pour elles-mêmes.

Une enquête dans trois espaces

Afin de comprendre comment des pratiques et des contextes sociaux *font exister* le trouble de la personnalité *borderline*, j'ai réalisé une enquête au sein de trois principaux espaces, que j'ai rapidement évoqués précédemment : le segment universitaire de la psychiatrie publique, le segment des psychothérapeutes spécialistes du trouble de la personnalité *borderline* et l'espace des réceptions non-professionnelles de cette catégorie[129].

Le segment universitaire de la psychiatrie publique

J'ai donc réalisé un premier volet de mon enquête au sein de deux services psychiatriques d'urgences. Dans le cadre de mon travail de master 2, j'ai observé pendant trois

[129] À ces enquêtes de terrain s'est ajouté un travail sociohistorique à partir d'un corpus de textes psychiatriques, psychanalytiques et psychologiques sur les catégories « trouble de la personnalité borderline » et « état-limite ». Pour la construction de ce corpus, j'ai suivi une méthode inductive. J'ai adopté la méthode boule de neige avec les articles, livres et textes que je consultais, en identifiant progressivement les références bibliographiques afin de creuser la compréhension de l'émergence et de la diffusion du trouble de la personnalité *borderline* que j'évoque dans le chapitre 1 (*Cf. Textes traités comme sources*).

mois les activités d'un service d'urgence psychiatrique pour adultes au sein d'un hôpital psychiatrique universitaire parisien en interrogeant la manière dont les professionnel·les définissent l'urgence psychiatrique. C'est dans ce cadre, comme je l'ai présenté, qu'ont émergé les questionnements initiaux de cette thèse. Au début de ma thèse, j'ai réalisé une seconde période d'observation au sein d'une consultation pédopsychiatrique d'urgence d'un service de pédopsychiatrie universitaire parisien. Cette période d'observations a duré un mois, du 10 décembre 2018 au 10 janvier 2019. Le choix de ce second terrain repose sur les recommandations d'un interne rencontré durant mon master qui, au moment où je m'orientais vers une recherche sur le trouble de la personnalité *borderline*, m'a dit d'aller dans ce second service, car il y avait selon lui « *plein de border* ». Il s'agissait alors, dans une démarche comparative, de stabiliser les constats formulés lors de mon premier terrain. Je développe les modalités méthodologiques de ces terrains dans le chapitre 2[130].

Dans ce cadre, j'ai rencontré au cours de mes observations ethnographiques 60 professionnel·les, dont 24 étaient infirmier·es et stagiaires infirmier·es, 20 internes, 12 psychiatres, une assistante sociale et une psychologue (*Cf. Annexes 1.B. et 2.B*). J'ai également suivi la prise en charge de 39 patients et patientes (*Cf. Annexes 1.A. et 2.A.*). Ces périodes d'observation ont été l'occasion de nombreux échanges informels et j'ai réalisé des entretiens enregistrés avec 3 psychiatres, 11 internes, 4 infirmier·es et 2 cadres de santé.

Le segment des psychothérapeutes spécialistes

À la suite de ce premier volet de l'enquête, où j'ai interrogé l'usage de la catégorie par les professionnel·les de la psychiatrie, j'ai souhaité enquêter auprès de professionnel·les qui se spécialisent dans la prise en charge du trouble de la personnalité *borderline*. Dans ce cadre, j'ai tout d'abord réalisé des entretiens avec 7 thérapeutes explicitement spécialistes de ce trouble.

J'ai réalisé deux entretiens avec la psychologue Firouzeh Mehran, qui est l'une des figures qui ont participé à la diffusion du trouble de la personnalité *borderline* en France[131] et que je n'anonymise donc pas ici. J'ai également réalisé deux entretiens avec Pierre Nantas, psychothérapeute et président de l'*Association pour la formation et la promotion des états-limites* (*AFORPEL*[132]), que je n'anonymise également pas afin de rendre compte de sa position. Mis à part ces deux cas, j'ai anonymisé le reste des personnes rencontrées durant l'enquête. J'ai

[130] Chapitre 2. I. Une enquête au sein de la psychiatrie universitaire.
[131] Chapitre 1. 2.2.2. La prise de consistance du trouble de la personnalité *borderline* en France.
[132] *Association Borderline - Aforpel*, https://www.aforpel.org/ , 6 septembre 2024, (consulté le 5 septembre 2024).

ainsi rencontré Mathilde Schneider, une psychologue référencée comme spécialiste du trouble par le site internet de l'*AFORPEL* et Emily Lefebvre, une psychiatre qui venait de réaliser sa thèse de médecine sur le trouble de la personnalité *borderline*, et souhaitait développer une activité de prise en charge spécialisée dans ce trouble. J'intègre parmi ces professionnel·les qui se spécialisent dans le trouble *borderline*, Mona Laborde, qui était interne dans le service de pédopsychiatrie lors de notre entretien et qui s'intéressait aux thérapies spécialisées dans ce trouble. J'ai également rencontré Alain Charvet, un psychothérapeute et coach qui fait partie d'une association spécialisée dans le trouble *borderline*. À la suite de notre entretien, il m'a donné le contact d'un de ses anciens patients, Baptiste Dubois. Ce dernier animait alors des groupes d'entraide pour personnes *borderline*. Je l'ai donc rencontré pour un entretien, dans lequel nous sommes revenus sur ses trajectoires de vie et de soins.

Durant cette rencontre, je souhaitais également négocier des observations au sein du groupe d'entraide pour *borderline* qu'il animait. Lorsque je lui ai posé la question, Baptiste Dubois m'a dit que ces groupes étaient normalement réservés à des personnes concernées par le trouble de la personnalité *borderline* ainsi qu'à des personnes formées à sa prise en charge. Je lui ai alors demandé si cela posait un problème que je ne sois ni l'un ni l'autre, en soulignant que je souhaitais être présenté comme un sociologue qui observe le groupe. Il me répond, de manière vague, en m'assurant que l'on trouvera une solution. Il m'a donné rendez-vous le lendemain matin devant le lieu où se tiennent les groupes. J'ai donc retrouvé Baptiste Dubois le lendemain. Le statut de ma présence n'avait pas été davantage éclairci quand Samantha, une des participantes au groupe, est venue à notre rencontre. Baptiste Dubois m'a alors présenté spontanément comme une personne qui souhaitait organiser des groupes de paroles. Samantha m'a ensuite demandé : « *Ah, donc tu es borderline* ? » Avant que je puisse prendre la parole, Baptiste Dubois lui a répondu : « *On ne sait pas encore… Mais oui, sûrement.* » Cette première interaction a été particulièrement inconfortable : je ne pouvais pas explicitement contredire Baptiste Dubois, au risque de susciter une situation problématique, et je n'ai pas pu affirmer être une personne *borderline* qui souhaitait lancer un nouveau groupe de parole. Cette incapacité de suivre Baptiste Dubois s'est inscrite dans l'éthique de la recherche en sciences sociales que j'ai adoptée durant cette enquête, c'est-à-dire expliciter la position d'ethnographe, et notamment lorsqu'il s'agit de situations d'enquêtes sur des populations minoritaires et dominées. Je suis donc resté silencieux et je n'ai pas sorti mon carnet de notes lors de cette séance. J'ai ainsi décidé de ne pas mobiliser les informations auxquelles j'ai eu accès dans le cadre de ces échanges au sein de cette thèse, et je n'ai pas continué ce terrain que je venais pourtant d'ouvrir.

Je m'étais cependant lancé parallèlement à la recherche d'autres espaces de soins spécifiquement dédiés à la prise en charge du trouble de la personnalité *borderline*. En octobre 2019, j'ai ainsi contacté le psychiatre d'un hôpital de jour spécialisé dans ce trouble, que je renomme dans cette thèse l'*HDJ borderline*. J'ai ensuite eu une entrevue avec les psychologues de cet hôpital en novembre 2019. L'*HDJ borderline* se trouvait au sein de l'Hôpital des Vignes, un hôpital universitaire de la région parisienne. Ses locaux étaient situés à l'étage du bâtiment qui correspondait au pôle psychiatrique. L'équipe de *l'HDJ borderline* était composée d'un psychiatre, de deux psychologues et de deux infirmières (un assistant social qui travaillait avec l'ensemble des hôpitaux de jour du pôle psychiatrique et j'ai également croisé la secrétaire de Philippe Ebert qui s'occupait de la partie administrative de l'admission des patient·es). Dans le chapitre 3, je développe l'histoire de l'ouverture de cet hôpital de jour ainsi que les modalités de négociation de ce terrain qui ont été longues et parfois difficiles[133]. J'ai finalement réalisé une semaine d'observations en septembre 2020, près d'un an après le premier contact avec les professionnel·les de l'*HDJ borderline*, et durant laquelle j'ai observé l'ensemble des séances de psychothérapie. Au cours de cette semaine, j'ai négocié la possibilité d'assister aux réunions hebdomadaires. J'ai assisté à 18 réunions de synthèse[134] de septembre 2020 à juillet 2021 à partir desquels j'ai reconstruit la trajectoire de prise en charge de 24 patient·es (*Cf. Annexe 3*). Je décris l'organisation de ces réunions hebdomadaires dans le chapitre 4[135].

Dans cet hôpital de jour, la thérapie s'organisait en *sessions de prise en charge* qui comprenaient généralement 7 personnes. Chaque session se divisait en deux temps d'une durée respective de huit semaines : *le temps plein* et *le temps partiel*. Durant le temps plein, les personnes venaient tous les jours à l'hôpital de jour pour des séances de psychothérapie de groupe et elles réalisaient des entretiens individuels avec les infirmières et les psychologues. Pendant le temps partiel, les personnes venaient deux jours par semaine à l'*HDJ borderline* et ne réalisaient plus systématiquement d'entretiens individuels. Lors des observations de septembre 2020, l'organisation de l'hôpital de jour avait été changée avec le Covid-19 : il y avait seulement un groupe de temps plein qui était dédoublé pour réduire le nombre de personnes dans une même pièce.

Après plusieurs mois de présence régulière au sein de cet hôpital de jour, j'ai négocié une deuxième semaine d'observation des groupes de psychothérapie en mai 2021. Alors que la

[133] Chapitre 3. I. Un territoire psychologique.
[134] Les difficultés liées au Covid, ainsi que certains enseignements, m'ont empêché d'assister à l'ensemble des réunions de synthèse qui se sont déroulées entre septembre 2020 et juillet 2021.
[135] Chapitre 4. 1.3. Le travail de catégorisation à l'HDJ borderline.

première semaine d'observation correspondait au dernier tiers du temps plein, cette seconde semaine d'observation correspondait au début de la prise en charge. À cette période, l'hôpital de jour avait repris son organisation habituelle, avec la présence conjointe d'un groupe temps plein et d'un groupe temps partiel. J'ai donc pu assister au lancement d'un temps partiel ainsi qu'au lancement d'un temps plein. Je décris plus en détail le planning et l'organisation de ces semaines d'observation dans le chapitre 5[136].

La période d'observation à l'*HDJ borderline* a été l'occasion de plusieurs discussions informelles avec les membres de l'équipe, et j'ai réalisé des entretiens enregistrés avec les deux psychologues (un premier où les deux étaient présentes avec un stagiaire de l'hôpital de jour, et deux entretiens biographiques avec chacune d'elles), deux entretiens avec le psychiatre de l'hôpital de jour, un entretien avec la cheffe du pôle psychiatrique de l'Hôpital des Vignes, et un entretien avec une stagiaire psychologue. J'ai intégré un tableau récapitulatif des professionnel·les spécialistes du trouble *borderline* en introduction du chapitre 3[137]. J'ai également pu consulter 58 dossiers de patient·es qui ont été pris en charge à l'*HDJ borderline* entre 2009 et 2021, je présente la manière dont j'ai eu accès à ces dossiers dans le chapitre 4[138] (*Cf. Annexe 4*). L'ensemble de mon corpus constitué à partir de ce terrain comprend ainsi 82 personnes prises en charge dans cet hôpital de jour.

L'espace des réceptions non-professionnelles

Parallèlement à ces volets de l'enquête dans des espaces de soins, j'ai réalisé un troisième volet d'enquête sur l'espace des réceptions non-professionnelles. Dans ce cadre j'ai réalisé des entretiens biographiques avec des personnes recrutées dans trois situations : à partir de la diffusion d'un appel à participation sur les réseaux sociaux (Twitter et Facebook), de la diffusion de cet appel auprès des patient·es de l'*HDJ borderline*, des rencontres au sein d'une formation de pair aidance, et d'une rencontre par interconnaissance. J'ai également réalisé des observations en ligne sur des groupes Facebook, des comptes Twitter, des pages Instagram et des chaînes YouTube.

[136] Chapitre 5. Encadré n°4 : description des deux semaines d'observation de la psychothérapie de groupe ; Plannings des observations semaines 1 & 2.
[137] Chapitre 3. Tableau n°1 : Liste des professionnel·les spécialistes du trouble *borderline* rencontré·es.
[138] Chapitre 4. 1.1. Sélection et écriture des dossiers

Un appel à participation et une formation de pair-aidance

Afin de recueillir la parole des personnes dites *borderline,* j'ai donc opté pour la diffusion d'une annonce sur les réseaux sociaux (*Cf. Encadré n° 1*). Cette annonce commençait par trois questions qui ne distinguaient pas explicitement l'appellation de la catégorie ainsi que le statut diagnostique des potentielles personnes enquêtées.

Encadré n° 1 : Annonce de recrutement des entretiens diffusée sur Twitter, Facebook et dans l'HDJ-borderline

Vous avez reçu un diagnostic de trouble de la personnalité borderline/état-limite ? Vous avez entendu ce terme à propos de vous-même ? Vous vous reconnaissez dans ce trouble ?
Dans le cadre d'une thèse de sociologie qui porte sur **le trouble de la personnalité borderline/état-limite** et sa prise en charge, je souhaite rencontrer des personnes qui accepteraient de discuter de leur expérience. Cette étude a pour but de mieux comprendre les expériences et les trajectoires de vie des personnes borderline/état-limite. Vos témoignages sont donc importants.
Si vous voulez participer à cette étude, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante :
ivan.garrec@ehess.fr
Nous pourrons ainsi organiser un entretien anonyme sur votre expérience. Je peux me déplacer et réaliser des entretiens à distance (téléphone, Skype, mails…).
Ivan Garrec
Doctorant contractuel de l'Université Paris 13
Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRIS)

Avec ces formulations, je souhaitais rencontrer des personnes qui avaient découvert la catégorie, quelle que soit sa forme (*borderline* ou état limite), quel que soit leur statut diagnostique (plus ou moins officiellement diagnostiquées, autodiagnostiquées, etc.), et, quel que soit leur rapport avec le diagnostic (plus ou moins de reconnaissance dans le diagnostic). La diffusion de cette annonce sur Twitter a bénéficié de 107 « partages » et de 42 « j'aime ». Cette annonce a ainsi été vue par 26 725 personnes, parmi lesquelles 1 728 ont « interagit » avec la publication (cliquer sur le Tweet, regarder les commentaires, etc.). Ces partages se sont étalés sur plusieurs vagues. Les premiers partages étaient le fait d'un cercle de sociologues. Ils se sont ensuite élargis à d'autres types de profils. La diffusion sur Facebook a nécessité des négociations pour avoir accès à des groupes fermés d'entraide concernant le trouble *borderline*. J'ai donc envoyé des messages aux personnes administratrices de ces groupes (*Cf. Annexe n° 5*). J'ai ainsi pu entrer dans deux groupes Facebook, au sein desquels j'ai publié l'annonce et où j'ai pu, par la suite, suivre les différents échanges. Après cette première étape de diffusion de l'annonce, j'ai reçu 49 réponses qui ont finalement donné lieu à 18 entretiens, dont 3 via un contact par Facebook et 14 via un contact par Twitter. J'ai également diffusé cette annonce auprès des patient·es de l'*HDJ borderline*, ce qui a débouché sur 8 entretiens avec des patientes.

En 2019, j'ai été contacté pour présenter mon mémoire de master sur les urgences psychiatriques au sein d'une formation de pair-aidance[139], lors de la journée des remises des diplômes. Dans ce cadre, j'ai conclu ma présentation en présentant le projet de thèse que je venais d'entamer. À la suite de cette présentation, 3 personnes sont venues me voir pour me dire qu'elles étaient intéressées par ma recherche et disponibles pour un entretien, car elles étaient, elles-mêmes, diagnostiquées *borderline*. J'ai d'abord réalisé un entretien collectif, avec deux d'entre-elles, puis des entretiens individuels, entretien répété dans un cas.

J'intègre également, dans ce corpus d'entretien avec des personnes diagnostiquées ou autodiagnostiquées *borderline* Baptiste Dubois ainsi qu'une personne rencontrée par interconnaissance. Au total, j'ai donc réalisé des entretiens biographiques avec 30 personnes, dont je décris les principales caractéristiques en annexe (*Cf. Annexe 6*).

Un recrutement qui sélectionne des personnes proches des sciences sociales

J'évoque les principales caractéristiques sociales des personnes rencontrées dans le cadre de ce volet de l'enquête dans le chapitre 4[140]. Il convient néanmoins de préciser dès à présent que ces modalités de recrutement induisent une spécificité chez les personnes rencontrées, notamment en termes de proximité avec les sciences sociales. La majorité des personnes rencontrées en entretien ont eu connaissance de mon enquête par la diffusion de mon Tweet qui a initialement circulé dans la sphère des sociologues présents à l'époque sur Twitter. Cette spécificité ne fait cependant pas varier de manière significative les propriétés sociales entre ces personnes rencontrées par Twitter et les personnes rencontrées dans les autres espaces. Cela permet néanmoins de comprendre certains discours réflexifs et critiques, qui ne se réduisent cependant pas à ces seules personnes, comme je le développerai dans le chapitre 6.

Des entretiens biographiques à distance

Lors des négociations d'entretiens, et comme je le précisais dans l'annonce, je laissais le choix d'un entretien en face-à-face, en visio ou par téléphone. La majorité des personnes a préféré un entretien par téléphone ou par visio et dans de rares cas, les entretiens ont été réalisés en face-à-face – 3 pour ce qui est des entretiens issus de l'appel à participation diffusé par les

[139] La pair-aidance consiste, pour un ou une ancienne usagées de la psychiatrie, à professionnaliser son expérience de patient·es en devant membres de structures de soins en tant que « médiateur de santé pair ». Sur ce point, on peut se référer aux travaux d'Aurélien Troisoeufs et d'Audrey Linder. Aurélien Troisoeufs, « Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé ? », *Rhizome*, 2020, vol. 7576, nº 1, p. 27-36 ; Audrey Linder, « De la contestation à la collaboration : tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale », *Sociologie*, 2022, vol. 13, nº 1, p. 43-61.

[140] Chapitre 4. 3.1.1. Position sociale et âge des personnes rencontrées en entretien.

réseaux sociaux, et l'ensemble des entretiens réalisés à l'hôpital de jour avec des patientes (*Cf. Annexe 6*). J'ai donc réalisé majoritairement des « entretiens à distance », c'est-à-dire des

> « […] entretiens menés par appel téléphonique ou par appel vidéo [qui] partagent le point commun d'être conduits *à distance* (la/le sociologue n'est pas situé·e dans le même environnement spatial que l'enquêté·e) et d'être, par conséquent, *médiatisés par un outil de télécommunication* (téléphone ou ordinateur interposés)[141]. »

Dans leur article, Rébecca Lévy-Guillain, Alix Sponton et Lucie Wicky notent que cette méthode, jusque-là faiblement mobilisée en France contrairement à d'autres contextes nationaux, s'est fortement diffusée à l'occasion de la pandémie de Covid-19, comme en témoignent plusieurs publications récentes[142]. Selon ces autrices, cette méthode permet de reconfigurer plusieurs aspects de l'entretien biographique. Tout d'abord, il permet de diversifier les profils sociaux et de changer les représentations associées à l'entretien, le faisant passer d'un moment formel, qui se rapproche d'un entretien d'embauche, à une discussion plus informelle, qui se rapproche des longues discussions familiales ou amicales durant lesquelles les personnes peuvent réaliser d'autres activités comme des jeux vidéo ou une activité professionnelle. Ce type d'entretien réduit la possibilité d'observation de la situation d'interaction, qui fait pourtant partie d'un des points centraux des articles et manuels méthodologiques sur le sujet, à l'image de Stéphane Beaud pour qui « seule l'observation de la scène sociale (lieux et personnes) que constitue l'entretien donne des éléments d'interprétation de l'entretien[143] ». L'entretien à distance permet cependant de mettre les discours davantage au centre de l'attention, ce qui permet d'avoir un accès privilégié à la subjectivité et à l'intimité des personnes. L'absence de coprésence entre sociologue et enquêté·es favorise effectivement l'explicitation de certains aspects qui auraient été laissés implicites dans une rencontre en face-à-face.

Ce point est illustré dans cet article par l'un de leurs enquêté·es, Martin, qui « sous-entend que l'enquêtrice aurait pu juger elle-même du type de masculinité incarné si elle l'avait rencontré en face-à-face » et développe donc durant l'entretien « la représentation qu'il a de lui-même eu égard à des critères standardisés, et les raisons pour lesquelles il se trouve en décalage

---

[141] Rébecca Lévy-Guillain, Alix Sponton et Lucie Wicky, « L'intime au bout du fil. Enjeux méthodologiques de l'entretien biographique à distance », *Revue française de sociologie*, 2022, vol. 63, nº 2, p. 312.
[142] Catherine Milon, « Ce(lles) que la visioconférence rend visible(s) », *Socio-anthropologie*, 2022, nº 45, p. 179-195 ; Karine Roudaut et Benjamin Derbez, « Proximité et distance dans l'entretien sur l'intime en période de crise sanitaire », *Genèses*, 2022, vol. 126, nº 1, p. 125-139. Au-delà de l'usage des entretiens, la revue *Socio-anthropologie* a consacré son 45ème numéro, publié en 2022, à l'enquête à distance.
[143] Stéphane Beaud, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'"entretien ethnographique" », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 1996, vol. 9, nº 35, p. 234.

avec la masculinité hégémonique (Connell, [1995] 2014)[144]. » La distance spatiale entre enquêteur·ice et enquêté·e favorise également la production d'un discours sur l'intimité dans la mesure où elle diminue les effets du contrôle social suscité par la présence et le regard d'une personne inconnue. L'intimité correspond ici à

> « […] toute thématique codée comme touchant à l'intériorité des sujets et relevant de ce qui est caché et soustrait au regard d'autrui (Berrebi-Hoffmann, 2009). On estime qu'un élément est plus ou moins intime en fonction de la perception qu'en ont les personnes interrogées – et plus généralement la société. Ce qui relève de l'intime dépend dès lors du système de représentations et des normes en vigueur et s'avère variable selon les contextes historiques et géographiques[145]. »

Ce type d'entretien, qui participe à faire oublier, ou tout du moins à réduire l'effet de la présence d'un regard extérieur, favorise donc l'expression d'un « texte caché », au sens de James Scott[146]. Il ne s'agit cependant pas ici de dire que ce texte caché est plus « authentique » ou plus « vrai » qu'un « texte public », qui lui serait plus « contraint » et donc « inauthentique ». Bien au contraire, car comme le note Bernard Lahire,

> « En réalité, la vérité des comportements sociaux réside dans la variété des "textes" produits en fonction des situations, et les contraintes qui pèsent sur les textes cachés ne sont pas moins fortes que celle qui structure les textes publics. Le sociologue doit seulement articuler chaque texte particulier à ses conditions spécifiques d'énonciation ou de production[147]. »

Les conditions d'énonciation que constitue un entretien biographique à distance permettent donc de recueillir une facette qui est souvent difficilement accessible dans une interaction en face-à-face, c'est-à-dire *la réalité subjective et intime des personnes*. Cette réalité est non moins socialement déterminée et historiquement construite que les réalités codées comme étant publiques. Ainsi, en favorisant « la production d'un discours sur soi », le distanciel, en tant que condition spécifique de production d'un discours, « entraîne moins une réduction de la quantité de matériaux récoltés qu'une modification de leur nature[148] ».

La méthode de l'entretien à distance permet également de reconfigurer, en partie, les rapports de pouvoir dans la situation d'enquête. Pour Rébecca Lévy-Guillain, Alix Sponton et Lucie Wicky, cette méthode a permis une certaine protection vis-à-vis d'enquêtés hommes,

---

[144] R. Lévy-Guillain, A. Sponton et L. Wicky, « L'intime au bout du fil. Enjeux méthodologiques de l'entretien biographique à distance », art cit, p. 319.
[145] *Ibid.*, p. 312 note 4.
[146] James Campbell Scott, *La domination et les arts de la résistance. Fragments du discours subalterne*, Paris, Éditions Amsterdam, 2009.
[147] Bernard Lahire, *L'interprétation sociologique des rêves*, Paris, La Découverte, 2018, p. 221.
[148] R. Lévy-Guillain, A. Sponton et L. Wicky, « L'intime au bout du fil. Enjeux méthodologiques de l'entretien biographique à distance », art cit, p. 318.

notamment par la mise à distance du script sexuel et des risques associés à la rencontre. En effet, comme le note Isabelle Clair, l'entretien en face-à-face contient toujours le risque d'activer « le script le plus partagé dans notre société de ce à quoi ressemblent et doivent ressembler une rencontre et une relation sexuelles[149] » – dans le sens où l'entretien sociologique peut alors être rapproché d'un rendez-vous entraînant alors un risque de sexualisation de l'interaction, d'ailleurs vécu par une des co-autrices :

> « L'expérience d'un enquêté, rencontré en face-à-face au début de l'enquête "Consentement", s'étant caressé au niveau de l'entrejambe et ayant tenté de poser sa main sur la cuisse de la sociologue témoigne concrètement de ce risque[150]. »

Les entretiens à distance permettent ainsi de neutraliser, en partie, ce risque, sans pour autant reconfigurer totalement les rapports de domination. Ils permettent de ménager la possibilité pour les différentes personnes de mettre fin à l'interaction quand elles le souhaitent, atténuant alors les potentielles formes de violences, symboliques ou physiques, qui pourraient être associées à un entretien formel réalisé en face à face. Ici, le simple fait de raccrocher suffit. L'entretien à distance permet également de garder l'anonymat, qui devient alors une forme supplémentaire de protection pour les enquêté·es. Et, en effet, plusieurs de mes enquêtées n'ont à aucun moment donné leur véritable prénom, et j'ai donc choisi des prénoms proches des pseudonymes qu'elles m'ont donnés.

Aux vues de ces éléments, le choix majoritaire d'un entretien par téléphone ou visio par mes enquêtées s'explique en grande partie par des enjeux de genre, d'autant plus qu'une partie non négligeable des entretiens a été réalisée avant la pandémie de Covid-19. Cela rend alors explicite que, dans le cas de mon enquête, et aux vues des dynamiques des rapports de genre, ce type de risques étaient avant tout associé à ma position masculine – en témoignent les phrases des professionnel·les. Ce point a notamment été explicité par Pascaline Bréant à la fin de notre entretien qui s'est déroulé en visio. Elle venait d'évoquer ses rapports compliqués avec les hommes, et je lui ai demandé ce qu'elle entendait par là. Durant sa réponse, elle souligne le fait qu'elle est consciente que cette question lui est posée par un homme, puis explique que

> PASCALINE BREANT : Par exemple au boulot, c'est compliqué avec les hommes, je suis pas du tout à l'aise et je suis en hypervigilance en fait. Si je me retrouve dans la salle de pause et qu'il y a un homme qui rentre, ou qu'il y a que un homme qui est là, je suis hypertendue. Ça se voit pas, mais en moi c'est la panique. Mais voilà, j'ai encore des trucs, tu vois tout à l'heure quand on a ouvert la discussion, je me suis dit : « ah

[149] Isabelle Clair, « La sexualité dans la relation d'enquête », *Revue française de sociologie*, 2016, Vol. 57, nº 1, p. 55.
[150] R. Lévy-Guillain, A. Sponton et L. Wicky, « L'intime au bout du fil. Enjeux méthodologiques de l'entretien biographique à distance », art cit, p. 324.

> putain, on est en tête à tête », tu vois, j'ai eu un petit moment comme ça, mais depuis ça s'est apaisé. […] Mais voilà, c'est quelque chose qui est toujours là, mais ça avance.

Je reformule en disant qu'elle est donc mal à l'aise avec les hommes. Elle me reprend, en disant :

> PASCALINE BREANT : C'est plus que mal à l'aise, c'est vraiment pour moi des syndromes de stress post-traumatique qui ressortent. C'est-à-dire que je suis en hypervigilance, je me sens en danger en fait. Je me sens en danger quand je me retrouve avec un homme. Du coup c'est physiologiquement qui se passe quelque chose. Je suis aux aguets. Je m'attends soit au coup qui va tomber, soit… [elle ne finit pas sa phrase].

Il semble ainsi que la possibilité de réaliser des entretiens à distance a été l'une des conditions de possibilité de ce volet de l'enquête. Cela a effectivement rendu possible la réalisation de certains entretiens ainsi que l'accès à certaines informations, notamment sur les parcours de vie et de maladie, que je n'aurais pas eu lors d'un entretien en face-à-face.

Les entretiens que j'ai réalisés en face-à-face sont ici très instructifs en tant que contrepoint. En effet, les huit entretiens réalisés au sein de l'hôpital de jour sont marqués par un discours assez stéréotypé et se rapprochent souvent de ce que les patientes auraient dit à un professionnel de santé mentale (il n'était d'ailleurs pas rare que les personnes, d'un âge pourtant proche du mien, utilisent le vouvoiement). De plus, la durée de ces entretiens était plus courte que celle des entretiens à distance, qui eux pouvaient s'étaler sur plusieurs heures. Les trois autres entretiens ont été réalisés soit au domicile des personnes soit dans les locaux de mon laboratoire. Dans ces situations, je n'ai pas osé poser certaines questions, que je jugeais alors trop intimes et qui me mettaient mal à l'aise – notamment après les phrases des professionnel·les notées plus haut. De ce fait, il apparaît que les entretiens biographiques à distance ont permis de rendre visible et de recueillir des discours souvent invisibilisés et tabous[151] – ici en termes de souffrance psychique, de parcours de soins psychiatriques, etc. – tout en évitant que la relation d'enquête soit entravée ou affectée par certains effets de rapports de pouvoir, notamment de genre, ou d'enjeux de séduction et de sexualisation de l'interaction. Ainsi, et à l'image de Pascaline, le fait de pouvoir être à distance d'un homme, de pouvoir parfois garder l'anonymat, ou encore de pouvoir raccrocher à tout moment, sont autant de conditions qui ont facilité le recueil d'histoires de vie lors de longs entretiens, donnant alors un accès privilégié à un discours de l'intime et de la subjectivité ; discours particulièrement intéressant pour l'analyse des enjeux entourant les processus de catégorisation de la vie mentale et leurs effets que j'interroge ici.

[151] C. Milon, « Ce(lles) que la visioconférence rend visible(s) », art cit.

Les extraits de l'entretien réalisé avec Pascaline, ainsi que les phrases formulées par les professionnel·les, soulignent la centralité du rapport de genre dès lors que l'on aborde la question du trouble de la personnalité *borderline*. Cela est notamment rendu visible par la question des traumatismes liés à des violences sexistes et sexuelles. Ces différents éléments rejoignent ainsi les travaux d'orientation féministe qui font le constat d'une omniprésence de ce type de traumatismes dans le trouble de la personnalité *borderline*. Selon ces publications, ce diagnostic catégorise en premier lieux les effets des rapports sociaux de domination, notamment de genre. La psychologue britannique Jessica Eaton, présentée comme « spécialiste du trauma et de la violence sexuelle », a effectivement écrit un texte dont le titre a été traduit en français par : « Le trouble de la personnalité limite (ou "borderline") est une foutaise misogyne[152] ». Selon cette autrice, cette catégorie de santé mentale participe à naturaliser et individualiser les effets « normaux » de traumatismes. Elle défend ainsi dans ce texte l'abandon de ce diagnostic, au profit d'une approche en termes de psycho-traumatisme. Jennifer L. Reimer avait quant à elle commencé une thèse sur les troubles de la personnalité avant son décès en 2014. Elle a néanmoins écrit un texte qui a été traduit en français sous le titre « Elle doit être folle : le discours psychiatrique, les "troubles de la personnalité" et la régulation des femmes subversives[153] ». Cette traduction a été coordonnée par le site internet *zinzin zine,* qui est désormais accessible à partir des archives d'internet et qui regroupe des « outils de réflexions et d'actions face à la psychiatrie[154] ». Pour Jennifer Reimer, la catégorie de « trouble de la personnalité », dont le trouble *borderline* est le plus courant, constitue un outil d'oppression et de contrôle des femmes par excellence. Cette dernière note ainsi que

> « Selon la définition même du DSM, le traumatisme est inévitablement vécu par toutes les femmes – prenant des formes diverses allant de la subtile mais constance objectivation décrite par la conception féministe foucaldienne du "regard masculin" (Owens 1985:71), au "regard volé", et jusqu'à l'acte de viol, plus violent et "socialement inacceptable" mais extrêmement répandu – dans une société ou l'abus des hommes envers les femmes est plus souvent félicité qu'il n'est puni. Ces TP [troubles de la personnalité] peuvent donc constituer une réponse à deux différentes formes d'abus : 1) l'expérience universelle d'abus que les femmes subissent en vivant dans la

[152] Jessica Eaton, *Le trouble de la personnalité limite (ou « borderline ») est une foutaise misogyne.*, https://tradfem.wordpress.com/2019/10/03/le-trouble-de-la-personnalite-limite-ou-borderline-est-une-foutaise-misogyne/ , 3 octobre 2019, (consulté le 25 août 2020).

[153] Jennifer L. Reimer, *Elle doit être folle : le discours psychiatrique, les « troubles de la personnalité » et la régulation sociale des femmes subversives*, https://web.archive.org/web/20221221234650/https://data.over-blog-kiwi.com/1/85/65/14/20180315/ob_e98684_elle-doit-etre-folle-pleine-page.pdf, 2009.

[154] *★ ZINZIN ZINE ★ - Outils de Réflexions et d'Actions face à la Psychiatrie*, https://web.archive.org/web/20230727100223/https://www.zinzinzine.net/, 27 juillet 2023, (consulté le 23 mai 2024).

> société actuelle, ou 2) les cas individuels d'abus physiques, sexuels, émotionnels, ou autres[155]. »

Certains professionnel·les de la psychiatrie soulignent également, comme on le verra, cette dimension. Ainsi, la dimension genrée documentée par ces publications s'est incarnée tout au long de mon enquête de terrain.

Des intérêts différenciés à l'enquête

Pourquoi les personnes ont-elles accepté de participer à mon enquête et qu'est-ce qu'elles y ont investi ? Cette question permet de saisir les intérêts des enquêté·es à l'enquête et, en creux, de documenter les différentes prises de position vis-à-vis de cette catégorie diagnostique, que je présente ici succinctement. J'ai ainsi pu identifier plusieurs formes d'intérêts à l'enquête, que ce soit du côté des professionnel·les ou du côté des personnes qui ont rencontré la catégorie. L'identification de ces différents intérêts permet de saisir une autre dimension attachée à cette catégorie diagnostique : elle est contestée et fait l'objet de prises de positions polarisées.

Des intérêts professionnels

Du côté des professionnel·les, les intérêts à l'enquête sont associés à leur posture vis-à-vis du trouble de la personnalité *borderline*. Dans le champ de la santé mentale, trois postures peuvent être identifiées : les acteurs et actrices le considèrent soit comme une « fausse catégorie », soit comme un « fourre-tout », soit comme une « vraie maladie » – je développerai ces enjeux de positions des professionnel·les de la santé mentale et leurs prises de positions dans le chapitre 1, tout en les affinant. Ayant adopté une approche ethnographique, qui se centre sur les espaces où la catégorie est effectivement mobilisée et utilisée, je n'ai pas rencontré des professionnel·les qui considèrent le diagnostic comme une « fausse catégorie ». J'ai cependant côtoyé des professionnel·les qui se situent dans les deux autres postures.

Au sein des services d'urgences psychiatriques, la catégorie diagnostique n'était pas vraiment prise au sérieux par la majorité des professionnels, et elle n'était pas considérée comme relevant du mandat de la psychiatrie. Au sein de l'*HDJ bordelrine*, ainsi que pour les thérapeutes spécialistes, le trouble de la personnalité *borderline* est une « vraie maladie ». Pour ces dernier·es, il faut promouvoir la catégorie auprès des professionnel·les de la santé mentale pour améliorer la prise en charge et il faut également sensibiliser le grand public. l'*Association*

[155] J.L. Reimer, *Elle doit être folle : le discours psychiatrique, les « troubles de la personnalité » et la régulation sociale des femmes subversives*, *op. cit.*, p. 59.

pour la formation et la promotion de l'état limite (*AFORPEL*), l'une des principales associations sur ce sujet revendique d'ailleurs explicitement la « promotion » de ce trouble. De ce fait, deux principaux intérêts à l'enquête peuvent être dégagés, liés d'une part à une évidence de la dimension extra-psychiatrique du trouble de la personnalité *borderline*, partagée par l'ensemble des professionnel·les, et une volonté, pour les spécialistes, de promouvoir le diagnostic ainsi que les pratiques thérapeutiques associées.

Les professionnel·les que j'ai pu rencontrer sont effectivement unanimes : la prise en charge adaptée pour les personnes dites *borderline* est la psychothérapie tandis qu'une hospitalisation aggraverait leur état. Ce constat permet de comprendre l'intérêt des professionnel·les des urgences psychiatriques à ma venue dans leur service. Cette présence a été accueillie favorablement, mais avec un brin de curiosité. En effet, j'ai été à plusieurs reprises questionné sur la raison de mon intérêt pour cette catégorie. Au-delà du lien avec ma position masculine déjà développé, cet étonnement est également lié au fait que les « *border* » sont des personnes *a priori* exaspérantes et réputées comme mettant en échec les équipes de psychiatrie. Ici, le diagnostic n'est pas, la plupart du temps, considéré comme une « véritable » maladie psychiatrique. Une sociologue américaine, Sandra Sulzer, a documenté le fait que les patientes dites *borderline* sont vues comme difficiles et que ce statut engendre une « démédicalisation de facto[156] ». Cette dernière cite un psychiatre, selon lequel, « dans les milieux professionnels, "borderline" est souvent synonyme d'"emmerdant"[157] ». Deux autres sociologues britanniques ont également analysé les enjeux de stigmatisation entourant cette catégorie[158], qui fait naître pour les personnes qui l'ont reçu, une impossibilité d'endosser le statut de malade et une forme de stigmatisation au sein même des structures de soins.

Dans les deux services d'urgences psychiatriques parisiens que j'ai ethnographiés, les personnes étiquetées *borderline* sont ainsi perçues comme ne méritant pas les soins psychiatriques[159], je développerai ce point dans le chapitre 2. Elles sont souvent considérées comme exaspérantes et difficiles. Ce ressenti d'exaspération envers ce type de patientes est à comprendre en lien avec leur position *a priori* extérieure au mandat de la psychiatrie publique. Cette dimension extra-psychiatrique du trouble de la personnalité *borderline* pose donc très

[156] Sandra H. Sulzer, « Does "difficult patient" status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder », *Social science & medicine*, 2015, vol. 142, p. 82-89.
[157] *Ibid.*, p. 85, ma traduction.
[158] Oliver Bonnington et Diana Rose, « Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: A critical realist analysis », *Social Science and Medicine*, 2014, vol. 123, p. 7-17.
[159] Ivan Garrec, « Méritant·e ou non méritant·e ? La sélection des patient·e·s aux urgences psychiatriques » dans Thomas Denise et al. (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Paris, Éditions de l'Irdes, 2022, p. 329-337.

souvent problème dans les différents services psychiatriques que j'ai pu observer. En effet, et malgré cette position externalisée du mandat de la psychiatrie, il arrive parfois que des personnes dites *borderline* soient hospitalisées. Ces situations engendrent alors de véritables micro-controverses au sein des équipes[160]. De ce fait, la présence d'un sociologue paraît tout à fait intéressante, aux yeux des professionnel·les, pour rendre compte de ces mises à l'épreuve qui seraient liées à des patientes qui ne devraient ni venir aux urgences ni être hospitalisées.

Les professionnel·les spécialisé·es dans le trouble borderline partagent également l'idée selon laquelle la psychothérapie est la meilleure option, et en font donc leur spécialité. À partir de cette position, ces thérapeutes entendent promouvoir la catégorie diagnostique afin qu'elle gagne en reconnaissance, et donc en légitimité. Voici par exemple ce que me dit le président de l'*AFORPEL*, Pierre Nantas :

> PIERRE NANTAS : Petit à petit, l'AFORPEL s'est orienté un peu plus vers le grand public, parce que les médecins sont toujours un peu réticents. […] À partir de 2012, on s'est plutôt orienté à sensibiliser, à former le grand public. Puisqu'on s'aperçoit qu'en fait quand le grand public est formé, surtout les personnes *borderline* ou leurs proches, bah ça marche beaucoup mieux au niveau de la psychothérapie. Parce qu'il y a un système, une approche systémique… et je viens de sortir un livre justement sur le système borderline[161].

Au-delà des enjeux de promotion du trouble, une étude sociologique permettait, pour les thérapeutes spécialistes, d'affiner sa compréhension, dont la dimension sociale ne fait, pour elles et eux, aucun doute. Durant l'entretien de négociation d'observation à l'hôpital de jour, Anne-Lise Simon et Julie Blanc, les psychologues, rebondissent à la présentation de ma recherche et me disent :

> ANNE-LISE SIMON : Oui parce que ça a vraiment des impacts sociaux en plus. Les *borderline* il y a vraiment tellement de nuances dans le trouble aussi qu'il y a énormément de gens qui ont des traits *borderline* et qui sont dans la vie de tous les jours, qui sont insérés, au boulot, qui ont une vie normale et tout, donc c'est intéressant, ils sont pas que en psychiatrie, voilà.
>
> JULIE BLANC : Ouais en même temps leur instabilité a des conséquences sur tout, ça amène à une instabilité professionnelle, à des aménagements sur le lieu de travail, instabilité familiale, instabilité parentale, voilà, s'il y a des parents qui font des vas et viens en psychiatrie, ouais, ouais, il y a des répercussions vraiment sociétales.

Ainsi, les professionnel·les spécialistes dans le trouble de la personnalité *borderline* m'ont accordé des entretiens et m'ont permis d'observer leur travail, parce qu'une étude

[160] *Ibid.* ; I. Garrec, *Le raisonnement psychiatrique au prisme de l'urgence. Tensions autour de la contrainte et de l'accès aux soins*, *op. cit.*
[161] Pierre Nantas et Patrick Menu, *Le système borderline. Histoires de familles*, Paris, l'Harmattan, 2019.

sociologique permettait à leurs yeux de renforcer la reconnaissance et la légitimation du diagnostic, ainsi qu'une meilleure compréhension des dimensions et des effets sociaux du trouble. Ces différents intérêts professionnels à l'enquête montrent ainsi le statut controversé et le caractère instable de cette catégorie diagnostique, face auxquels la participation d'un sociologue permet d'ajouter une corde à l'arc des stratégies de sa légitimation, et donc en creux de la légitimation de leur pratique professionnelle.

Des intérêts personnels

Du côté des personnes qui ont répondu à mon appel à participation, les intérêts à l'enquête correspondent aux rapports qu'elles entretiennent avec le diagnostic. En effet, et comme je le développerai dans le chapitre 6, les appropriations du diagnostic se déclinent en trois principaux modes : des *appropriations complètes*, dans lesquelles les personnes se reconnaissent pleinement dans le diagnostic, des *appropriations ambivalentes*, dans lesquelles les personnes sont incertaines vis-à-vis de ce diagnostic, et des *appropriations négatives*, c'est-à-dire un rejet et une critique du diagnostic[162].

Quatre principaux intérêts peuvent être dégagés parmi les personnes avec lesquelles j'ai réalisé des entretiens biographiques : faire reconnaître le diagnostic, saisir une occasion supplémentaire pour « travailler sur soi », profiter d'un moment de clarification quant à la signification du diagnostic, et soutenir que le diagnostic est individualisant et psychologisant.

L'enquête a ainsi pu être perçue, par certaines personnes, comme un outil pour faire reconnaître ou pour promouvoir le trouble *borderline*. Ici, et à l'image des thérapeutes spécialistes, les personnes me remerciaient de faire un travail universitaire sur cette catégorie et de la mettre en lumière, espérant que ce travail lui donne de la légitimité et « participe à la cause ». Dans la continuité de cet intérêt, l'entretien sociologique que j'ai proposé a été parfois saisi comme une forme d'extension thérapeutique, dans laquelle cette situation était une occasion supplémentaire de « travailler sur soi ». Ici, certaines personnes ont pu préparer des questions en amont de l'entretien et prenaient des notes sur le carnet durant nos échanges. C'est notamment le cas de Pascaline Bréant, que j'ai rencontrée lors de la remise des diplômes de la formation de pair-aidance, qui m'a posé des questions sur mes hypothèses de travail et l'approche sociologique des troubles psychiques à la fin de notre entretien. Je finissais ainsi régulièrement mes entretiens sur une discussion plus libre et où je faisais part de mes pistes de

[162] Ivan Garrec, « Diagnostic misogyne ou émancipateur ? Les modes d'appropriation du « trouble de la personnalité borderline » », *Terrains/Théories*, 2022, nº 16.

réflexion. Ces moments ont été très importants pour la compréhension des logiques d'appropriation-réceptions du trouble ainsi que pour saisir les formes de rapport politique à la santé mentale que je développe dans le chapitre 6[163]. Mon enquête a également pu constituer une source de recherche d'information concernant ce trouble et sa signification pour des personnes qui ne savaient pas vraiment si elles devaient s'approprier le trouble de la personnalité *borderline*. C'est notamment le cas d'Alix Barbot, dont la psychiatre hésite entre un diagnostic de bipolarité et de trouble de la personnalité *borderline* au moment de notre entretien, et qui me demande si j'ai des informations sur ce diagnostic.

> IG : Tu me dis qu'il y a une hésitation avec le trouble bipolaire aussi
>
> ALIX BARBOT : C'est en fait, c'est des doutes qui ont été posés, mais quand j'étais petite ça a commencé par de l'hyperactivité et puis par une question sur la dépression, parce qu'en fait c'est des phases qui s'alternaient énormément et c'est ça qui est difficile. […] c'est difficile de faire la différence entre trouble bipolaire et *borderline* en fait. Donc du coup, en fait, on pensait juste que j'étais une enfant très, très, très agitée et très, très, très déprimée, mais on savait pas pourquoi. Donc moi j'ai un petit peu vite, on a vite étouffé ça, parce que bon après j'ai eu des prescriptions de médicaments qui étaient destinées à me calmer, donc tout ce qui était Lexomil, en général tous les calmants, les anxiolytiques, tout ça, et puis voilà. Le problème c'est que ça c'est re-manifesté plusieurs fois, plus violemment en fait, mais moi je prenais ça plus comme de la dépression. Et après les phases où j'étais bien, si tu veux, comme des phases où j'étais moi-même, avec des colères, des problèmes de contrôle d'émotions, ce genre de choses. Alors pas de violences on va dire dans les gestes, fin ça pouvait arriver, mais c'était plus tourné vers moi que vers les gens, et… là ce qui a fait qu'il a fallu que je m'en occupe vraiment, ça a été cet été du coup. Parce qu'en fait j'ai vraiment littéralement pété un plomb on va dire, j'ai fait deux tentatives de suicide qui se sont soldées par deux semaines en réanimation, donc ça, ça a été juste le truc où je me suis dit qu'il y a peut-être quelque chose qui va pas effectivement. Avec des phases, pareil, juste après ma sortie d'hôpital, où je passais deux semaines à faire la fête complètement, entièrement, sans m'arrêter, sans dormir, sans rien. Et c'est très commun, parce que j'ai d'autres personnes qui sont *borderline* dans mon entourage, avec le trouble *borderline*. […] Ce qui fait que moi aussi, forcément j'ai fait mes petites recherches et je me dis : est-ce que *borderline* c'est pas un peu un côté bipolaire, mais qui est pas suffisamment fort pour être diagnostiqué de façon médicale et soigné de façon médicale ? Je sais pas, toi, selon ce que t'as pu faire comme recherche, ce que t'as eu comme infos ?
>
> IG : C'est justement ça qui m'intéresse dans mon étude, c'est de voir comment ça se définit quoi, donc là ça m'intéresse cette réflexion sur le lien entre les deux. Et toi personnellement t'en penses quoi entre ces deux diagnostics[164] ?

[163] Chapitre 6. II. Des réceptions polarisées ; III. Critiques et engagements.
[164] J'ai retranscrit la suite de cet échange dans le chapitre 6, Cf. 2.3.1. Incertitudes concernant la légitimité et l'efficacité du diagnostic.

À l'image de ce passage, je n'adoptais cependant pas la casquette du diagnosticien ou du thérapeute qui trancherait concernant des incertitudes diagnostiques. Je prenais plutôt ces moments d'indétermination pour interroger le type de rapports aux catégories de santé mentale des personnes rencontrées.

Enfin, mon enquête a également pu être saisie comme un moyen de soutenir ou de révéler le caractère individualisant, psychologisant et sexiste de cette catégorie de santé mentale, dans une optique de critique des savoirs « psys » et de l'institution psychiatrique. Ces personnes qui avaient déjà un usage militant des sciences sociales voyaient donc dans mon enquête une manière supplémentaire de critiquer cette catégorie de santé mentale.

Ces quelques éléments, rapidement esquissés, montrent ainsi les postures très réflexives des personnes rencontrées. Cela est certainement lié aux modalités de recrutement, et ces postures permettent donc de saisir les pratiques de catégorisation en jeu lorsqu'il est question de nommer sa vie mentale. Je développerai ces dimensions ultérieurement, mais elles révèlent d'ores et déjà le caractère contesté et instable du trouble de la personnalité *borderline*.

Argumentaire

Pour rendre compte des pratiques et des contextes qui font actuellement exister cette catégorie genrée et contestée, je déploierai dans cette thèse six chapitres. Les deux premiers chapitres auront pour double objectif d'historiciser l'objet de cette thèse qu'est l'existence sociale du trouble de la personnalité *borderline* et de contextualiser l'émergence des questionnements qui ont suscité la réalisation de ce travail : l'usage de la catégorie « *border* » aux urgences psychiatriques. En cela, ces chapitres abordent les enjeux de l'émergence de la catégorie ainsi que de ce travail de thèse lui-même.

Le *chapitre 1* retrace ainsi la construction sociale-historique du trouble de la personnalité *borderline*, en interrogeant la manière dont ce dernier est devenu un trouble des émotions. L'objectif est ici de mettre au jour les conditions qui ont rendu possible la disponibilité de la catégorie pour les professionnel·les du champ de la santé mentale français. En effet, pour que ces dernier·es puissent objectiver ce trouble, il faut d'abord que la catégorie, en tant que signifiant, fasse partie de leur « boîte à outils » clinique et s'inscrive dans leur horizon sémantique. La naissance de la catégorie prend place dans un espace précis du champ pluriel de la psychanalyse internationale. La catégorie « *borderline* » émerge dans les années 1930 au sein de la psychologie du Moi (*ego psychology*) américaine. Cette psychologie psychanalytique issue de la réception américaine du freudisme, qui prend pour objet privilégié

l'une des instances psychiques issues de la seconde topique freudienne[165], se centre donc sur le Moi, c'est-à-dire ce qui est tendanciellement conscient dans une perspective adaptative. L'historien des affects et des imaginaires, Hervé Mazurel, précise justement que

> « Vue des États-Unis, l'*Ego psychology* peut être lue comme le "retour à Freud de la psychanalyse américaine", par son refus de voir la psychanalyse basculer dans le culturalisme de Fromm et d'Horney ou dans l'environnementalisme de Franz Alexander et de Sandor Rado. Même si elle reconnaissait un rôle à l'environnement et aux facteurs sociaux, la psychologie du Moi, née dans le contexte de la montée des pathologies narcissiques, se maintenait dans la tradition freudienne de la pulsion et de la sexualité. Vue de France cependant, on détestait ici le privilège accordé au Moi et l'oubli du Ça, comme on haïssait la tonalité adaptative prise par la psychanalyse américaine depuis les années 1930[166]. »

Le contexte français, dominé par la figure de Jacques Lacan, était donc quant à lui peu propice à recevoir et importer des catégories issues de cette psychologie. Là où le changement de problématique psychique, diagnostiqué notamment au milieu du XXe siècle, prenait la forme aux États-Unis d'une montée en puissance des « pathologies narcissiques », la France et ses psychanalystes diagnostiquaient la perte ou la diminution de l'imago paternelle, autrement dit la perte de l'autorité et de la fonction du père et de la Loi (crise de l'ordre symbolique). Ce débat, spécifique du champ psychanalytique, a été en partie dépassé par l'avènement et la diffusion des thérapies cognitivo-comportementales, et notamment leur « nouvelle vague » qui se focalise désormais explicitement sur les *émotions*. La diffusion de la catégorie du champ psychanalytique au champ des TCC a été notamment favorisée par son entrée, en 1980, au sein du manuel de classification psychiatrique de référence : le DSM-III. Ce premier chapitre permet ainsi de spécifier et d'historiciser le périmètre au sein duquel s'est déroulée mon enquête : le pôle cognitivo-comportemental et neuroscientifique du champ de la santé mentale français, où l'on retrouve les psychiatres universitaires ainsi que des psychothérapeutes. Ces deux catégories professionnelles revendiquent une même perspective clinique et théorique *intégrative*.

Le *chapitre 2* consistera quant à lui à un retour aux sources de cette enquête. Il s'agira effectivement de décrire les logiques et les effets de l'usage de cette catégorie diagnostique au sein de services d'urgences psychiatriques situés dans deux hôpitaux universitaires, justement favorables aux Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et à une lecture neurobiologique des troubles mentaux. Il s'agira ici de montrer comment cette catégorie est mobilisée au sein d'un travail clinique qui consiste à évaluer la valeur sociale des patient·es ainsi que le degré de

[165] Cette seconde topique conceptualise trois grandes instances psychiques le Ça, le Moi et le Surmoi.
[166] Hervé Mazurel, *L'inconscient ou l'oubli de l'histoire*, Paris, La Découverte, 2021, p. 249.

légitimité de leur demande par rapport aux attentes professionnelles. Ici, la perception d'une féminité déviante, associée à une plainte classée du côté de la souffrance psychique, et non pas du côté des troubles mentaux, engendre une dévalorisation sociale ainsi qu'un jugement d'illégitimité *a priori* des personnes dites « *border* ». Ces mécanismes d'évaluation morale s'inscrivent et prennent sens dans un contexte économique et politique spécifique, notamment marqué par le manque de moyens ainsi que par la définition de l'hospitalisation psychiatrique comme une ressource rare qu'il convient de mériter[167]. Cela permettra de documenter comment les services psychiatriques dévalorisent et externalisent actuellement la prise en charge des personnes catégorisées *borderline* à la psychothérapie, qui devrait se réaliser en dehors de l'hôpital, ou plus précisément, et comme les chapitres suivants l'évoqueront, en dehors du mandat revendiqué par la professionnalité[168] psychiatrique actuellement dominante.

Le *chapitre 3* interroge ainsi la manière dont certains et certaines professionnelles du champ de la santé mentale font actuellement exister le trouble de la personnalité *borderline*. Alors que le *chapitre 2* sera consacré à l'usage de cette catégorie diagnostique dans un contexte d'urgence psychiatrique, où elle est tendanciellement considérée comme devant être externalisée à une pratique psychothérapeutique spécialisée, ce chapitre se centrera donc sur les professionnel·les qui récupèrent cette externalisation, autrement dit celles et ceux qui se spécialisent dans la prise en charge trouble de la personnalité *borderline*. Il s'agira tout d'abord de spécifier l'espace professionnel qui récupère l'externalisation du trouble *borderline*, de présenter le style thérapeutique qui s'y déploie, et enfin d'esquisser les logiques qui président à la spécialisation dans la prise en charge de ce diagnostic. Je propose ici de caractériser cet espace professionnel comme étant un *territoire psychologique*, ancré dans un modèle et un imaginaire neurobiologique, où se déploie une professionnalité psychothérapeutique qui forme une alliance avec la professionnalité psychiatrique dominante. En ce sens, ce chapitre permettra de mettre en lumière les arrangements actuels des professionnalités du champ de la santé mentale.

À la suite de ce troisième chapitre, une première *Interlude* sera consacrée au langage de la Thérapie des schémas et des modes, l'une des thérapies mobilisées à l'*HDJ borderline*. Cela permettra d'expliciter le lexique mobilisé par les professionnel·les et les personnes prises en charge, et que je retranscris dans les extraits d'entretien et de journal de terrain.

---

[167] Alisa Lincoln, « Psychiatric emergency room decision-making, social control and the 'undeserving sick' », *Sociology of Health & Illness*, 2006, vol. 28, nº 1, p. 54-75 ; I. Garrec, « Méritant·e ou non méritant·e ? La sélection des patient·e·s aux urgences psychiatriques », art cit.

[168] Je définirai ce que j'entends par la notion de professionnalité dans le chapitre 3, Cf. 2.1.3. L'ancrage de la thérapeutique émotionnelle dans le modèle biomédical.

Le *chapitre 4* se focalisera sur la construction du diagnostic en pratique. Pour ce faire, je présenterai dans un premier temps les mécanismes d'objectivation du trouble au sein de l'*HDJ borderline*. Autrement dit, il s'agira de se demander : comment les pratiques et les regards professionnels construisent-ils le trouble de la personnalité *borderline*, tel qu'il se donne à voir dans les espaces spécialisés ? Je décrirai ainsi les dynamiques de sélections et les attentes professionnelles en termes de profils psychiatriques, d'âge, de classe et de genre qui participent à la construction de la population de l'*HDJ borderline*. Après cet éclairage, je dresserai une cartographie des personnes catégorisées *borderline* rencontrées durant l'enquête. Cela permettra de saisir leurs principales caractéristiques, tout en éclairant les conditions de la comparaison des matériaux de l'enquête. *In fine* ce chapitre permettra d'assoir l'hypothèse selon laquelle le trouble de la personnalité *borderline* nomme et donne du sens à des déviances de genre socialement situées.

Cette hypothèse sera davantage étayée par le *chapitre 5*. Après avoir décrit la manière dont les psychologues de l'*HDJ borderline* donnent une forme et une signification aux déviances émotionnelles à travers le trouble de la personnalité *borderline*, ce chapitre éclairera les mécanismes concrets de la psychothérapie proposée dans cet espace. La prise en charge dans ce lieu de soin repose sur deux principaux aspects : *une individualisation* des difficultés, cadrées comme étant des incompétences individualisées, qui est arrimée à une représentation des sociabilités d'où sont évacuées les dimensions structurelles des rapports sociaux, ainsi qu'*une biologisation* associée à une représentation fixiste des rôles de genre. La description de ces mécanismes permettra d'éclairer le fonctionnement de cette fabrique des troubles de genre[169] que constitue l'intervention psychothérapeutique spécialisée dans le trouble *borderline*.

Ce point sera succinctement exemplifié par la deuxième *Interlude* qui sera quant à elle consacrée aux représentations iconographiques du trouble de la personnalité *borderline* à partir des images de première de couverture des livres sur le sujet qui dévoile une forme d'objectivation d'une déviance émotionnelle féminine.

Les cinq premiers chapitres de cette thèse se focaliseront donc principalement sur l'offre diagnostique et de soins, à travers une analyse de la trajectoire et de la construction sociale-historique du trouble de la personnalité *borderline*, son usage par les professionnel·les de services d'urgences psychiatriques, et sa légitimation au sein d'espaces thérapeutiques spécialisés. Cela permettra de comprendre comment les formes organisationnelles,

[169] A. Feyeux, « La fabrique psychiatrique (des troubles) du genre », art cit.

idéologiques et morales des espaces professionnels participent à façonner ce trouble et sa signification. Seulement, une telle focalisation sur les structures et institutions de santé mentale n'est pas suffisante dans le contexte actuel. En effet, comme le note François Sicot,

> « Les institutions et les pratiques, les théories psychiatriques ont profondément changé depuis les années 1960. Ainsi l'hôpital psychiatrique, l'asile, n'occupe-t-il plus qu'une place physique – la question de son emprise symbolique ou de sa place dans une hiérarchie de lieux de soins est autre chose – mineure dans l'ensemble des dispositifs existants. Les pratiques "psys" se banalisent, se dispersent et se diffusent dans les secteurs du social et du judiciaire, tandis que la maladie mentale se dilue dans un ensemble hétéroclite de notions signalant le mal-être. Plus qu'à une psychologisation de la société, c'est aux nouvelles formes de production de la subjectivité qu'il faut prêter attention, dans leurs dimensions anthropologiques et institutionnelles[170]. »

Cette irréductibilité des enjeux entourant l'existence sociale du trouble de la personnalité *borderline* aux institutions « classiques » de la psychiatrie sera effectivement dessinée progressivement dans les chapitres 3, 4 et 5, qui éclaireront le développement d'une professionnalité psychothérapeutique qui peut s'inscrire à la fois au sein d'un hôpital de jour situé dans les murs d'un service de psychiatrie d'un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) et dans des cabinets en libéral, ainsi que le rôle des socialisations à la culture « psy » des personnes prises en charge par les psychothérapeutes spécialistes.

Le *chapitre 6* approfondira ces aspects en interrogeant les formes de réceptions-appropriations non-professionnelles de la catégorie. Il s'agira de mettre en lumière les conditions pour que le trouble de la personnalité *borderline* existe en tant que véritable objet culturel qui permet de nommer des problématiques existentielles et matérielles avec lesquelles il résonne. Je présenterai premièrement les modalités de rencontre avec cet objet, ce qui permettra de contextualiser la production du sens de la catégorie par ses réceptions. Cette production s'inscrit dans des pratiques de catégorisation qui participent à regrouper des éléments hétérogènes sous une même appellation tout en réaffirmant certaines hiérarchies sociales[171]. Ce chapitre examinera dès lors les conditions qui rendent possible une appropriation positive et complète de cette catégorie et comment la signification sociale de celle-ci oscille entre un stigmate et une ressource de santé mentale[172]. Je décrirai enfin les rapports politiques

[170] François Sicot, « Chapitre III. Sociologie des maladies mentales » dans Marcel Drulhe (dir.), *La santé à cœur ouvert : Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses universitaires du Midi, 2020, p. 65-90.
[171] Jean-Baptiste Comby et Julie Pagis, « Introduction. Politiques de catégorisation du monde social », *Politiques de communication*, 2018, vol. 10, nº 1, p. 5-26.
[172] Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman, « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », *Revue francaise de sociologie*, 2014, Vol. 55, nº 3, p. 507-536.

à la santé mentale, ainsi que certaines formes de politisation plus franches, qui s'articulent aux réceptions du trouble de la personnalité *borderline*. Ces différents éléments permettront d'éclairer, de manière ethnographique et qualitative, le fonctionnement d'un espace des styles de catégorisation de la vie mentale qu'il s'agira, à l'avenir, d'étudier plus avant.

Choix d'écriture

Tout comme Julia Legrand, et dans un souci de lisibilité, je n'utilise pas de guillemets « autour des catégories psychiatriques […], étant entendu qu'il s'agit toujours déjà de catégories socialement construites[173] ». Quelques exceptions seront néanmoins faites, comme lorsque la construction de la phrase amène à parler de la catégorie « trouble de la personnalité *borderline* ».

Le choix du vocabulaire pour nommer les catégories de santé mentale suscite également des questions. L'usage du terme « catégorie » ne renvoie ainsi pas exactement aux mêmes sous-bassement théoriques que celui des termes « étiquette » et « diagnostic ». Cependant, et en l'absence de précisions concernant ces considérations théoriques, j'ai fait le choix d'utiliser ces termes de manière interchangeable et équivalente afin de fluidifier la lecture et d'éviter des répétitions inutiles.

Dans ce même souci de lisibilité, j'utiliserai l'abréviation « trouble *borderline* » pour nommer le « trouble de la personnalité *borderline* ». Au-delà de l'allègement de la lecture, il s'agit également de l'expression usuellement mobilisée par l'ensemble des personnes rencontrées durant l'enquête pour nommer cette catégorie.

Afin de visibiliser la provenance des propos, j'ai choisi de mettre systématiquement en italique les citations des personnes enquêtées ainsi que des documents issus de mes terrains lorsqu'elles se situent dans le corps du texte.

Comme je l'ai évoqué, j'ai anonymisé l'ensemble des personnes rencontrées durant mon enquête à l'exception de Pierre Nantas et de Firouzeh Mehran qui occupent des positions au sein du champ de la santé mentale que leur anonymisation n'aurait pas permis de saisir. Concernant le choix des prénoms et noms de famille anonymisés, j'ai principalement utilisé le *nuage de prénom* disponible sur le site Baptiste Coulmont[174] afin de choisir des prénoms similaires en termes de connotations sociales. Dans certains cas, cette méthode

[173] Julia Legrand, « Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », *Sociétés contemporaines*, 2023, vol. 130, nº 2, p. 6, note 4.
[174] Ce nuage est composé des prénoms des personnes ayant passé le baccalauréat entre 2012 et 2020. Leur prénom est indexé aux résultats de cette épreuve. Baptiste Coulmont, *Le nuage des prénoms*, https://coulmont.com/bac/nuage.html, (consulté le 10 septembre 2024).

d'anonymisation n'était pas adéquate, notamment lorsque les personnes s'inscrivent dans des générations éloignées de celles ayant eu le bac dans les années 2010. Dans ce cas, j'ai également choisi des prénoms dont la connotation est proche. J'ai également fait le choix, afin de ne pas reproduire une frontière entre le « petit peuple » et les autres[175], de donner systématiquement un prénom *et* un nom aux personnes rencontrées.

[175] Baptiste Coulmont, « Le petit peuple des sociologues. Anonymes et pseudonymes dans la sociologie française », *Genèses*, 2017, vol. 107, nº 2, p. 153-175.

CHAPITRE 1. DES ETATS LIMITES A UN TROUBLE DES EMOTIONS. Esquisse sociohistorique

> « Au tout début j'entendais parler de schizophrénie… ça a mis des années à parler de bipolarité. On parlait aussi de psychoses hallucinatoires chroniques… Trouble de la personnalité, on disait pas ça non plus. On pouvait dire : "elle a une personnalité étrange"… Il y a quand même eu un grand pas de fait en psychiatrie en l'espace de trente ans, et un grand pas d'humanisation aussi. »
>
> Journal de terrain, Patricia Prigent, infirmière de l'*HDJ borderline*, 28 septembre 2020.

Dans cet extrait de journal de terrain, Patricia Prigent, l'une des deux infirmières de l'hôpital de jour spécifiquement dédié au trouble de la personnalité *borderline*, explique l'évolution du langage psychiatrique entre le début de sa carrière, commencée au début des années 1990, et aujourd'hui. Le terme « bipolarité » a remplacé la « psychose maniaco-dépressive » et l'expression « trouble de la personnalité » a fait son apparition au cours de ses trente années de carrière. Elle associe ce changement terminologique à une avancée positive et à l'humanisation de la psychiatrie. Qu'est-ce que cette association recouvre ? Et quelles sont les conditions qui ont rendu possible l'existence de l'expression « trouble de la personnalité *borderline* » dans le champ de la santé mentale français ?

L'un des coordinateurs de la traduction française du DSM, le psychiatre Julien-Daniel Guelfi et ses collègues amorcent un début de réponse en affirmant que

> « L'historique du concept [*borderline*] situe ce dernier à la frontière des perspectives psychiatriques et psychanalytiques. La liste des termes utilisés pour désigner et décrire cette pathologie entre 1884 – date de la première utilisation du terme borderline dans la littérature médicale par Hughes – et nos jours, est longue[176]. ».

Cet extrait comprend les grandes lignes de l'historiographie de la catégorie « *borderline* » que l'on retrouve dans de nombreux textes concernant son histoire. Le psychiatre américain Charles Hamilton Hughes, dont il est question, a effectivement publié un article en 1884 intitulé « *Borderland Psychiatric Records. Prodromal Symptoms of Psychical Impairment*[177] ». Cependant, et comme l'indique le titre, il n'utilise pas le terme « *borderline* » mais « *borderland* ». De plus, « cette première utilisation du terme borderline » ne fait pas consensus parmi les publications qui reviennent sur l'histoire de la catégorie. Une autre origine est souvent évoquée : le travail du psychanalyste américain Adolph Stern qui présente en 1937, devant la

[176] J.-D. Guelfi et al., « États limites et personnalité borderline », *EMC - Psychiatrie*, 2011, vol. 8, nº 1, p. 2.
[177] Charles Hamilton Hughes, « Borderland Psychiatric Records. Prodromal Symptoms of Psychical Impairment », *Alienist and Neurologist*, 1884, vol. 5, nº 1.

société psychanalytique de New York, une communication qui donnera lieu à la publication de l'article intitulé « *Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Borderline Group of Neuroses*[178] ». L'extrait identifie également deux perspectives à la frontière desquelles le « concept » se situerait : les perspectives psychiatrique et psychanalytique.

On retrouve cette partition entre deux perspectives dans l'ouvrage du psychiatre Bernard Granger et de la psychologue Daria Karaklic intitulé *Les borderlines*[179]. Ces dernier·es identifient trois temps dans l'histoire de trouble borderline : un premier temps psychanalytique, un deuxième temps de transition permettant le passage vers le troisième temps, qui correspond à la perspective psychiatrique, que les auteur·es décrivent comme étant la période d'amélioration de la connaissance concernant ce trouble et de l'efficacité thérapeutique.

> « On peut différencier trois grandes périodes dans l'histoire du concept d'état limite ou de trouble borderline. Au cours de la première, qui s'étend de la fin du XIXe siècle aux années 1970, ce concept se développe dans la littérature psychanalytique, qui y voit des cas frontières avec la psychose. Des études plus cliniques et empiriques vont démarrer à la fin des années 1960 pour aboutir aux critères diagnostiques proposés en 1980 par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, troisième édition, de l'Association américaine de psychiatrie (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* troisième édition, plus communément appelé *DSM-III*). Par la suite, le concept sera précisé par des études empiriques longitudinales qui insisteront sur l'évolution favorable du trouble à terme et sur ses liens avec les troubles de l'humeur, en particulier les troubles bipolaires. […] L'histoire du trouble de la personnalité borderline est complexe, chaotique. Cependant, de grandes lignes se dessinent. Il s'agit initialement d'une pathologie ou de symptômes n'entrant pas dans les cadres classiques de la typologie freudienne répartissant les structures de la personnalité entre les structures psychotique, névrotique et perverse. À partir des travaux psychanalytiques, on a caractérisé un type de personnalité où étaient présents des symptômes certes psychotiques, mais de très courte durée et secondaire par rapport à d'autres tels que l'impulsivité, l'instabilité, la tendance à la dépression, la crainte de l'abandon. Ce sont ces critères qui ont permis de définir le trouble de la personnalité borderline dans le *DSM-III* paru en 1980. Les très nombreux travaux menés depuis à partir de ces critères ont montré la validité de ce concept, tout en permettant d'en définir des sous-types et des facteurs de bon pronostic. Par ailleurs, des méthodes thérapeutiques spécifiques ont été élaborées, du moins dans le domaine de la psychothérapie, qui reste l'approche thérapeutique la plus efficace de ce trouble[180]. »

D'après ce discours sur l'histoire de la catégorie, cette dernière a suivi une trajectoire d'amélioration et de précision progressive de sa définition et des modalités de prises en charge qui consiste en un passage de la psychanalyse à la psychiatrie. Le terme « psychiatrique » fait

[178] Adolph Stern, « Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Borderline Group of Neuroses », *The Psychoanalytic Quarterly*, 1938, vol. 7, nº 4, p. 467-489.
[179] Bernard Granger et Daria Karaklic, *Les borderlines*, Paris, Odile Jacob poche, 2014.
[180] *Ibid.*, p. 13-24.

ici référence à un certain type de psychiatrie : non-psychanalytique, d'orientation neurobiologique et proche des thérapies cognitivo-comportementales. La psychanalyse est quant à elle perçue comme datée et dépassée. Ce discours est néanmoins à contextualiser. En effet, même s'ils sont émis par des universitaires, les discours prennent toujours sens à la lumière des dispositions de celles et ceux qui les tiennent, du contexte dans lequel ils sont énoncés, ainsi qu'au regard de l'intérêt des personnes qui les expriment[181]. Il reflète donc un point de vue déterminé par une certaine position dans le champ français de la santé mentale. Cette manière de présenter l'histoire de la psychiatrie s'ancre également dans une épistémologie positiviste de la médecine occidentale qui n'entraîne pas une attention aux conditions sociales et historiques de production de ses savoirs. George Lantéri-Laura note effectivement que

> « […] la lecture de la plupart des traités de médecine, français ou étrangers, nous montre qu'ils éliminent d'avance toute discussion éventuelle des théories qui concerneraient leurs objets respectifs, sans doute pour deux raisons. D'une part, la médecine est supposée devenue scientifique et dès qu'il s'agit de science, les théories doivent disparaître au profit d'un savoir positif et de ce que l'on tient pour une vérité intangible. D'autre part, la médecine relève d'une culture où la présence de plusieurs théories, en tout ou en partie antagonistes, témoigne d'un défaut de scientificité, car la médecine se trouve identifiée à un certain triomphalisme thérapeutique supposé garanti par un savoir unitaire[182]. »

Ce chapitre entend donc interroger cette histoire, apparemment évidente, en dépliant la genèse et la diffusion de la catégorie « trouble de la personnalité *borderline* ». Ce faisant, il s'agira de souligner que l'opposition entre « psychanalyse » et « psychiatrie » est en réalité plus complexe, et sûrement moins monolithique, que les précédents extraits tendent à l'affirmer. Le discours qui porte sur cette opposition témoigne d'un certain état du champ de la santé mentale. Il participe à homogénéiser la psychanalyse, ainsi que la psychiatrie, et il invisibilise les reconfigurations du champ de la santé mentale et les hybridations qui en découlent. Il participe également à rigidifier la rupture entre la psychanalyse et la psychiatrie actuelle, et par extension les thérapies cognitives et comportementales (TCC). En creux, il semble également ratifier une représentation commune, forme de sens commun clinique, qui oppose les causes organiques des causes psychiques. Toujours selon George Lantéri-Laura, cette opposition est en réalité à dépasser, car il refuse

> « […] d'employer la taxinomie courante qui croit habile de structurer ce champ par l'opposition, présumée pertinente, des conceptions organogénétiques et des conceptions psychogénétiques, *Gehirn versus Geist*, *brain versus mind*, voire la

[181] Pierre Bourdieu, *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Points, 2014.
[182] G Lantéri-Laura, « Principales théories dans la psychiatrie contemporaine », *EMC-Psychiatrie*, 2004, vol. 1, nº 2, p. 129.

> cervelle par rapport à l'âme et le contenu de la boîte crânienne par rapport à l'auréole. Nous rejetons pareil principe classificatoire pour plusieurs raisons. Personne d'un peu de bon sens ne pourrait prétendre que le comportement humain et l'expérience vécue puissent rester en tout indépendants du corps et, particulièrement, du système nerveux central et de l'encéphale[183]. »

Enfin, cette lecture invisibilise les positions critiques vis-à-vis de ce diagnostic – et notamment les travaux féministes concernant cette catégorie diagnostique[184].

L'objectif de ce chapitre n'est donc pas de réaliser une histoire du trouble *borderline* au sens strict du terme, mais plutôt d'historiciser la forme contemporaine de cette catégorie afin de « mieux comprendre comment le passé pèse sur le présent[185] », et notamment l'existence présente et actuelle de ce diagnostic dans le contexte français. Pour ce faire, je m'appuierai sur une recherche bibliographique sur le trouble de la personnalité *borderline* et les états limites, ainsi que sur des entretiens avec des professionnel.les de la santé mentale et de la psychiatrie. Il s'agira ainsi d'éviter les écueils de l'histoire interne et formaliste[186] en esquissant la trajectoire d'une catégorie prise dans des systèmes de relations en évolutions au sein du champ de la santé mentale. Pour ce faire, j'envisage la santé mentale comme un ensemble d'espaces sociaux formant un champ, dans le sens que lui donne Pierre Bourdieu[187].

Cette perspective n'est cependant pas exclusive à d'autres approches, comme celle en termes de « monde » par exemple[188]. Bernard Lahire souligne effectivement qu'« […] il n'y a jamais de contextes figés, mais des opérations de *contextualisation* dépendantes de ce que s'efforce précisément de comprendre le chercheur[189] ». Aborder la santé mentale comme un champ relève d'une forme de « contextualisation » qui vise à saisir les évolutions des positions

---

[183] *Ibid.*, p. 132.

[184] Jennifer L. Reimer, *Elle doit être folle : le discours psychiatrique, les « troubles de la personnalité » et la régulation sociale des femmes subversives*, s.l., https://web.archive.org/web/20221221234650/https://data.over-blog-kiwi.com/1/85/65/14/20180315/ob_e98684_elle-doit-etre-folle-pleine-page.pdf, 2009 ; Jessica Eaton, *Le trouble de la personnalité limite (ou « borderline ») est une foutaise misogyne.*, https://tradfem.wordpress.com/2019/10/03/le-trouble-de-la-personnalite-limite-ou-borderline-est-une-foutaise-misogyne/ , 3 octobre 2019, (consulté le 25 août 2020).

[185] Gérard Noiriel, *Introduction à la socio-histoire*, Paris, La Découverte, 2006, p. 4.

[186] « En ignorant les systèmes de relations sociales dans lesquels ont été produits et utilisés les systèmes symboliques qu'elle soumet à l'analyse et en dissociant du même coup les structures des fonctions sociales, passées et/ou présentes, pour lesquelles et par lesquelles elles ont été produites et reproduites, l'interprétation strictement interne s'expose donc, dans le meilleur des cas, à assumer une fonction idéologique en accréditant l'idéologie proprement intellectuelle de la neutralité idéologique de l'intellectuel et de ses productions ; mais, en outre, elle se condamne le plus souvent à un formalisme arbitraire du fait que la construction adéquate de l'objet de l'analyse (c'est-à-dire par exemple la simple délimitation du corpus) suppose une analyse sociologique des fonctions sociales qui sont au principe de la structure et du fonctionnement de tout système symbolique » Pierre Bourdieu, « Le marché des biens symboliques », *L'Année sociologique*, 1971, vol. 2, p. 123-124.

[187] Pierre Bourdieu, *Microcosmes. Théorie des champs*, Paris, Raisons d'agir, 2022.

[188] Nicolas Dodier et Vololona Rabeharisoa, « Les transformations croisées du monde "psy" et des discours du social », *Politix*, 2006, vol. 73, nº 1, p. 9-22.

[189] Bernard Lahire, *Monde pluriel. Penser l'unité des sciences sociales*, Paris, Le Seuil, 2012, p. 229.

professionnelles ainsi que de la valeur associée aux catégories diagnostiques et des pratiques cliniques. Avec cette opération de contextualisation, je souhaite comprendre l'évolution de la distribution du « capital spécifique[190] » du champ de la santé mentale qui, à l'instar de celui du champ de l'autisme[191] (que l'on peut considérer comme un sous-champ du champ de la santé mentale), est constitué par la capacité à promettre le salut aux personnes qui rencontrent des difficultés vécues comme intrinsèquement personnelles et psychologiques ; autrement dit des difficultés liées à la *vie mentale*.

L'usage du terme salut, que je reprends à Lise Demailly, renvois aux travaux qui soutiennent que la « santé a remplacé le salut[192] » au sens où les « biens de santé » ont remplacés les « biens de saluts », dont Max Weber faisait l'essence de la religion[193]. J'envisage ainsi la santé mentale comme un domaine d'activité qui a pour objet la vie mentale et ses « ratés », une production de sens et de biens symboliques qui a pris une importance croissante durant les dernières décennies. Cela permet de penser les systèmes de relations au sein de cet espace social pluriel, les jeux d'alliance et d'opposition tout comme les rapports de forces et les liens de solidarité[194].

Dans une première partie, j'aborderai la genèse ainsi que la manière dont les acteurs et actrices du champ de la santé mentale font l'historiographie du trouble *borderline*. Je décrirai succinctement le paysage psychanalytique au sein duquel émerge initialement cette catégorie, et dont la traduction française sont les « états-limites » (I.). Une seconde partie sera consacrée à la constitution, puis à la diffusion dans le contexte français de la catégorie sous sa forme anglicisée issue du *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) : le

---

[190] Pierre Bourdieu, *Sociologie générale, vol 2: Cours au Collège de France*, Paris, Points, 2019, p. 241.

[191] Pour Lise Demailly, « Le « capital spécifique » (Bourdieu, 2016, t. 2, p. 241) du champ [de lautisme], éventuellement produit de la conversion de capital social, intellectuel ou bureaucratique, peut être identifié comme la capacité à promettre 20 le salut aux autistes et à leurs familles. » L. Demailly, « Le champ houleux de l'autisme en France au début du XXIème siècle », art cit, §. 48.

[192] Lise Demailly précise : « Nous employons volontairement le mot « salut », qui a des connotations religieuses, pour évoquer la formule « la santé a remplacé le salut » qui circule de Joseph-Michel Guardia (1865) à George Canguilhem (1966) et Michel Foucault (1967) et est sous-jacente à l'ouvrage de Lucien Sfez (1995). » *Ibid.*

[193] Robert Castel notait d'ailleurs à l'aube des années 1980 que se constituait alors « un vaste marché des biens de santé en train de remplacer ce marché de biens de salut dont Max Weber faisait l'essence de la religion ». Robert Castel, *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Les Éditions de Minuit, 2011, p. 170.

[194] Marc Joly, *La sociologie réflexive de Pierre Bourdieu*, Paris, CNRS Éditions, 2022, p. 95-108 Chapitre 7 "Le champ: au-delà du « réalisme » et du « constructivisme ». Cette proposition semble a priori peu novatrice, car il est courant d'accoler le terme « champ » à l'expression « santé mentale », cependant, la sociologie des champs, à proprement parler, est peu présente dans le domaine actuel de la recherche en sociologie de la santé mentale et de la psychiatrie. Lors de la journée d'étude du 12 décembre 2018 organisée par Isabelle Coutant et Simeng Wang, à l'occasion de la sortie de l'ouvrage Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales, la question de savoir ce qu'était « le champ de la santé mentale » a émergé et la discussion s'est conclue sur la nécessité de spécifier cette expression. https://www.ehess.fr/fr/journées-détude/santé-mentale-et-souffrance-psychique.

« trouble de la personnalité *borderline* ». Cela permettra de décrire les dynamiques et enjeux de l'espace dans lequel j'ai réalisé mon enquête de terrain (II.).

I. Genèse et historiographie du trouble *borderline*

Les textes écrits par des acteurs et actrices du champ de la santé mentale qui proposent de revenir sur la trajectoire historique du trouble *borderline* sont plutôt flous lorsqu'il s'agit d'en déterminer le point d'origine. Lorsqu'ils et elles reconnaissent la légitimité de cette catégorie, ces acteurs et actrices considèrent que la définition contemporaine du trouble *borderline* correspond à sa forme la plus aboutie, dans une logique téléologique qui suppose l'existence universelle et transhistorique des entités pathologiques sur lesquelles porte leur travail clinique. Les catégories de santé mentale existent cependant toujours dans un contexte sociohistorique donné[195]. Dans cette première section, il s'agira d'identifier et de situer ce contexte au sein duquel a été construite cette catégorie diagnostique, autrement dit à la possibilité de l'objectivation de la vie mentale sous le vocable du mot « *borderline* ». Ensuite, il s'agira d'éclairer ce que la production historiographique concernant cette catégorie diagnostique informe des enjeux de positionnements professionnels au sein du champ de la santé mentale français contemporain.

1.1. Un flou dans les origines

En 2011, trois publications abordent concomitamment l'histoire de la catégorie *borderline* : l'article de Julien-Daniel Guelfi et ses co-auteur·es qui sert de point de départ à ce chapitre, ainsi que les premières traductions françaises des articles de Charles Hamilton Hughes[196] et d'Adolph Stern[197]. Cette concomitance indique que *quelque chose se passe* concernant la personnalité *borderline* en France à cette période. La traduction du texte de Hughes a été publiée dans *La revue lacanienne* et est précédée d'un commentaire du psychanalyste Jean-Louis Chassaing qui l'identifie comme « un texte historique des "états-limites"[198] ». La traduction du texte d'Adolph Stern a été publiée dans *La revue française de*

[195] Cf. Introduction générale. « L'illusion de l'autonomisation du social ».
[196] Charles Hamilton Hughes, « Morceau choisi. « Rapports psychiatriques de cas limites. Symptômes prodromiques de détérioration psychique » », *La revue lacanienne*, traduit par Jean-Claude Ruiz, 2011, n° 10, n° 2, p. 99-103.
[197] Adolph Stern, « Investigation psychanalytique sur le groupe borderline des névroses. Quelle thérapie engager ? », *Revue francaise de psychanalyse*, 30 mai 2011, Vol. 75, n° 2, p. 331-348.
[198] Jean-Louis Chassaing, « Faut-il en faire cas ? Présentation d'un texte historique des « états-limites » », *La revue lacanienne*, 1 novembre 2011, n° 10, n° 2, p. 95-98.

psychanalyse au sein d'un dossier consacré à « la cure des états limites[199] » et est également présentée comme le texte fondateur de cette catégorie. L'article co-écrit par Julien-Daniel Guelfi situe l'origine du diagnostic, comme nous l'avons vu, du côté de Charles H. Hughes. Pour comprendre ces attributions différenciées, je décrirai dans cette première partie les différentes prises de position entourant l'origine de cette catégorie et les positions associées dans le champ de la santé mentale. Cela permettra de délimiter le périmètre que je retiens afin d'historiciser et de reconstituer la trajectoire du trouble de la personnalité borderline.

1.1.1. *Borderland psychiatric records* ou *Borderline group of neuroses* ?

Pour un « texte historique des "états-limites" », comme l'indique Jean-Louis Chassaing dans son commentaire à la traduction de l'article de Charles Hamilton Hughes[200], son contenu apparaît étonnant à la lecture. Cet article évoque une série de cas cliniques présentant des « symptômes prodromiques de détérioration psychique », c'est-à-dire des signes avant-coureurs d'apparition de maladie mentale. Ces cas se trouvent, selon ce psychiatre, dans la « zone frontalière » (*borderland*) de la psychiatrie, et donc de la « folie ». Dans cet article, C. H. Hughes dresse une liste descriptive de cas, et conclut son texte par des réflexions concernant leur classification. Selon lui, ce sont des « cas illustrant une implication mentale limitée et circonscrite, dont certains ont évolué vers ce que le sens commun qualifierait de folie, et d'autres vers la guérison[201] ».

> « […] certains de ces cas ne sont en réalité que des peurs morbides liées au risque de contamination ou de souillure – (*mysophobias*), tandis que d'autres, cela est confirmé, sont des convictions quasi hallucinatoires – des idées fixes caractérisées par des aversions morbides pour des choses et des personnes susceptibles de souiller par le contact ; des folies réelles mais limitées concernant le contact avec certains objets ou certaines personnes[202] ».

Ainsi, et mis à part la similarité des termes, qui ne sont pas pour autant identiques (*borderland/borderline*), il est difficile de saisir le lien entre ce qui est actuellement défini et conceptualisé comme étant le « trouble de la personnalité *borderline* » et cette « zone frontalière » ou « *borderland* » de la folie décrite par Hughes. Il apparaît ainsi *a priori* incongru d'attribuer la paternité du « concept » à ce psychiatre américain de la fin du 19e siècle. Son

[199] Vassilis Kapsambelis et Isabelle Kamieniak, « Argument : la cure des états limite », *Revue francaise de psychanalyse*, 30 mai 2011, Vol. 75, nº 2, p. 325-330.
[200] J.-L. Chassaing, « Faut-il en faire cas ? », art cit.
[201] C.H. Hughes, « Morceau choisi. « Rapports psychiatriques de cas limites. Symptômes prodromiques de détérioration psychique » », art cit, p. 102.
[202] *Ibid.*, p. 103.

travail fait d'ailleurs partie d'un ensemble de réflexions sur la frontière entre la folie et la normalité, que l'on peut également retrouver chez d'autres psychiatres, comme Ervin Ross[203]. Selon Bernard Granger et Daria Karaclic, ce dernier

> « […] utilise le terme borderline pour qualifier des sujets ayant des symptômes psychotiques, mais n'étant pas psychotiques. Cette définition peut sembler assez comparable à la signification que prendra le terme borderline par la suite. En réalité, si l'on examine les cas décrits par Ervin Ross, on doit constater qu'aucun ne serait qualifié de borderline aujourd'hui[204] ».

À l'inverse, le contenu de l'article d'Adolph Stern est proche – et parfois similaire au mot près – de la définition et des discussions entourant actuellement le diagnostic « trouble de la personnalité *borderline* ». Stern décrit dans son article le « groupe *borderline* des névroses » (*borderline group of neuroses*), qui correspond à un groupe qui « ne peut pas vraiment être rangé parmi les psychotiques ni parmi les psychonévrotiques, et [qu']il est extrêmement difficile de traiter efficacement […] par quelque méthode psychothérapeutique que ce soit »[205]. Il dresse le tableau clinique de ces patients et patientes, à la fois en termes de symptômes et d'enjeux transférentiels. Il caractérise ce groupe de personnes par une carence dans le développement du narcissisme, liée à une « faim affective » durant leur enfance. À partir de ce fondement narcissique, Stern décline les neuf autres éléments du tableau clinique qu'il a identifié (« le narcissisme », « l'hémorragie psychique », « l'hypersensibilité excessive », « la rigidité psychique », « les réactions thérapeutiques négatives », « les sentiments d'infériorité », « le masochisme », « l'insécurité "somatique" ou l'angoisse », et « les difficultés de l'épreuve de réalité »). Dans ces descriptions, il précise qu'il « n'essaie pas d'expliquer l'origine de ces sentiments », mais plutôt « de montrer leur fonction clinique en tant qu'élément logique dans la pathologie de la maladie (le caractère névrotique) et de démontrer ici […] qu'un symptôme est une manifestation de la façon dont l'organisme, le moi, tente de combattre l'angoisse[206] ».

1.1.2. Une formulation historiquement située de la frontière de la folie

Charles H. Hughes et Adolph Stern formulent ainsi des interrogations concernant la frontière de la folie. Ces interrogations et les réponses données prennent néanmoins sens dans des contextes spécifiques. Il est effectivement possible de repérer trois principales périodes et

[203] Ce psychiatre est présenté comme le collègue de Charles Hamilton Hughes, mais je n'ai trouvé aucune information sur ce dernier.
[204] B. Granger et D. Karaklic, *Les borderlines*, *op. cit.*, p. 13.
[205] Adolph Stern, « Investigation psychanalytique sur le groupe borderline des névroses. Quelle thérapie engager ? », *Revue francaise de psychanalyse*, 1938 2011, Vol. 75, nº 2, p. 331.
[206] A. Stern, « Investigation psychanalytique sur le groupe borderline des névroses. Quelle thérapie engager ? », art cit, p. 337.

deux ruptures que sont l'émergence du paradigme psychanalytique au sein duquel l'opposition entre la névrose et la psychose est centrale pour penser le couple normal/pathologique, ainsi que la publication du DSM-III qui ouvre une période marquée par l'illusion de l'a-théorisme.

La publication de Charles H. Hughes s'inscrit ainsi dans une première période. Dans ce contexte, les controverses tournent autour de la porosité ou de l'étanchéité de la frontière entre le normal et le pathologique. Tandis que Charles H. Hughes, aux côtés d'autres psychiatres comme Emil Kraepelin ou d'Ervin Ross proposent des théorisations de la porosité de ces zones frontalières, certains psychiatres réfutent la possibilité même d'une frontière. C'est notamment le cas d'Eugen Bleuler et d'Abraham A. Brill qui écrivent dans leur manuel de psychiatrie, publié en 1916, qu'il n'existe pas de « frontière de la folie » (*borderline of Insanity*)[207]. Pour ces derniers, la folie est équivalente à des maladies infectieuses. Ainsi, à l'instar d'une maladie liée à la présence d'un agent infectieux, la folie ne pourrait être partielle, et il ne pourrait donc pas y avoir de frontière à un état qui serait absolu.

La publication d'Adolphe Stern peut être situé dans une seconde période marquée par une conception psychanalytique en termes de structures (névrotique, psychotique ou perverse). Là où Charles H. Hughes évoquait une « zone frontalière » (*borderland*) concernant des diagnostics, Adolphe Stern parle plutôt d'un groupe situé à la frontière entre les structures névrotiques et les structures psychotiques (*borderline group of neuroses*). La catégorie diagnostique « trouble de la personnalité *borderline* », prend donc ses racines dans un contexte historique spécifique : celui de la psychanalyse américaine issue d'une certaine réception et interprétation de la deuxième topique freudienne. Cette topique correspond au triptyque des instances psychiques (Ça, Moi, Surmoi) qui a engendré l'*ego psychology* (psychologie du moi) et par la suite la *self psychology* (psychologie du soi). Ainsi, la frontière signifiée par le terme « *borderline* » prend sens, au moins dans un premier temps, au sein du cadre psychanalytique américain. C'est la frontière entre ce qui a été conceptualisé comme de la névrose et de la psychose, à la fois dans l'expression symptomatique et dans les réactions transférentielles, qui est à l'origine de l'émergence de cette catégorie. En d'autres termes, la catégorie *borderline* est particulièrement structurée dans ses fondements par l'opposition entre les psychoses et les névroses. Ainsi, une telle catégorie n'a pas pu être « inventée » avant que l'influence psychanalytique fasse son œuvre. C'est effectivement la reconfiguration de la question des frontières entre normalité et aliénation par la psychanalyse qui conditionne la problématisation d'une telle catégorie.

[207] Eugen Paul Bleuler et A. A. Brill, *Textbook of Psychiatry*, Literary Licensing, LLC, 2013.

Par la suite, et notamment lors de la publication du DSM-III, ce fondement étiologique disparaît à la suite de l'apparition d'une revendication a-théorique. La caractérisation reste néanmoins similaire (enjeux narcissiques, problème d'estime de soi, difficultés à maintenir des relations interpersonnelles, etc.[208]). Le récit historique qui produit une partition entre une filiation psychiatrique et une filiation psychanalytique est donc une reconstruction teintée de présentisme historique, qui évacue les enjeux de l'histoire d'une catégorie prise dans des reconfigurations du champ psychiatrique comprenant pourtant pleinement la perspective psychanalytique. En effet, Georges Lantéri-Laura, soucieux de ne pas reproduire la fausse opposition entre causes organiques et causes psychiques, adopte une lecture qui distingue les théories intrinsèques des théories extrinsèques à la psychiatrie[209]. Dans cette approche, il classe la psychanalyse comme une théorie intrinsèque au champ psychiatrique, car elle s'est développée au sein même de la psychiatrie. À l'inverse, il classe le comportementalisme comme une théorie extrinsèque au champ psychiatrique, car il a été développé dans le champ de la psychologie. Pourtant, ce dernier courant est actuellement associé à la psychiatrie, et revendique une efficacité à partir des critères de la médecine des preuves (*evidence based medicine*). Cette adéquation avec les normes scientifiques actuelles suscite une valorisation des Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) par des agences étatiques qui véhiculent des « logiques scientifiques néo-bureaucratiques[210] ».

Ces quelques éléments permettent de complexifier le discours qui exclut la psychanalyse de l'histoire de la psychiatrie. L'existence actuelle de la catégorie *borderline* est issue de l'évolution du champ psychiatrique qui tendra progressivement à être immergé dans un champ de la santé mentale plus large au sein duquel des hybridations émergent à la faveur du passage du paradigme structuraliste propre à la psychanalyse au paradigme supposément a-théorique de la psychiatrie contemporaine. Le point de départ de la trajectoire historique de ce qui aujourd'hui est nommé « trouble de la personnalité *borderline* » provient donc de l'*Ego psychology*, « l'un des grands courants de l'histoire du freudisme américain et la principale composante de ce qu'on appelle l'École de New York, la puissante *New York Psychoanalytic Society* (NYPS) qui lui servit de support[211] ». Rien d'étonnant, dès lors, que la présentation d'Adolph Stern, qui a donné lieu à la publication citée précédemment, se soit donc déroulée devant cette société psychanalytique new-yorkaise.

---

[208] Cf. Définition du trouble de la personnalité *borderline* selon le DSM-5.
[209] G. Lantéri-Laura, « Principales théories dans la psychiatrie contemporaine », art cit.
[210] Françoise Champion et al., « Logiques des transformations du champ psychothérapeutique en Angleterre, France et Pays-Bas : spécificité nationales et tendances communes », *SociologieS*, 2014, en ligne.
[211] Élisabeth Roudinesco et Michel Plon, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 2006, p. 427.

1.1.3. La réception américaine de la psychanalyse

L'émergence de la catégorie *borderline* prend donc place dans un contexte sociohistorique particulier : la psychanalyse américaine des années 1930. À partir de ce point de départ, cette catégorie sera, sous diverses appellations, au centre des travaux et des réflexions sur la mutation des pathologies psychiques et serait l'un des indicateurs de la « narcissisation » des sociétés occidentales[212].

L'histoire de la psychanalyse aux États-Unis débute en 1909, à l'occasion d'un voyage de Freud. Lors de son séjour, il donne une série de conférences à l'Université Clark[213]. Dès ces prémices, la réception de la psychanalyse freudienne aux États-Unis est marquée par certains aménagements. Maximilien Bachelart et Françoise Parot, historien et historienne de la psychologie, mettent en avant que dans ce contexte, et conformément à sa tradition pragmatiste[214], la théorie découle avant tout de la pratique et l'empirique prime sur le théorique lorsqu'il s'agit de psychothérapie. Ainsi, lors de ses conférences, Freud s'adapte à son auditoire et « insista sur le côté pratique, l'optimisme et la simplicité relative de la psychanalyse[215] ». En effet, après avoir hésité sur le contenu de ses conférences, Freud formule une précision lors de sa troisième leçon de ses conférences à l'Université Clark :

> « Il m'a semblé presque choquant de jouer le rôle d'interprète du rêve dans *ce pays tourné vers des buts pratiques*, avant même que vous ne puissiez savoir à quelle significativité peut prétendre cet art désuet et raillé[216]. »

Ce choix d'adapter sa présentation à l'intérêt « pratique » qu'il perçoit dans ce contexte, par peur de ne pas être compris et pris au sérieux, ouvre donc une possibilité d'aménagement de sa psychanalyse aux États-Unis. De plus, la traduction de Freud aux États-Unis a d'abord été abordée par une « métapsychologie behavioriste ».

> « Curieusement, les premières tentatives de traduction des concepts de Freud n'utilisent pas les travaux de Watson[217], mais ceux de Pavlov. Et c'est la métapsychologie de Freud (le transfert, le refoulement, la théorie de la séduction, entre autres) qu'on a d'abord tenté de traduire dans le langage pavlovien. Il en résulta pour un moment une métapsychologie béhavioriste, toujours bordée par la

[212] Cf. Introduction générale. « Une évolution indifférenciée des subjectivités contemporaines ? ».
[213] Ces conférences donneront lieu, un an plus tard, à la publication de l'ouvrage : FREUD Sigmund, *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Payot, 1979.
[214] Tradition impulsée notamment par le philosophe Charles S. Peirce.
[215] Maximilien Bachelart et Françoise Parot, « La psychothérapie ne peut-elle être qu'intégrative ? », 2014, vol. 12, nº 3, p. 10.
[216] Sigmund Freud, « « De la psychanalyse » (1909) » dans *Œuvres complètes. Psychanalyse*, Paris, PUF, 1993, vol. X, p. 30., je souligne.
[217] John B. Watson est un psychologue américain considéré comme le fondateur du behaviorisme.

> neurophysiologie. Mais l'analogie n'étant pas que question de vocabulaire, ces traductions allaient déplacer les thèses de Freud[218]. »

Ainsi, plus de vingt après l'arrivée de la psychanalyse freudienne aux États-Unis, la forme de cette optique psychothérapeutique dans ce contexte diffère de la conception freudienne initiale.

> « Dès les années 1930, une version sérieusement infléchie de la conception freudienne affirma que le but des traitements qu'elle offre est d'adapter le moi, de lui permettre de se développer, de se réaliser, de devenir autonome, d'être donc son propre maître par des efforts, qu'on demande aux patients ; la psychologie du moi est alors au plus près de l'idéal américain. En une vingtaine d'années, la psychanalyse que Freud avait rendue publique aux USA avait été métabolisée[219]. »

C'est donc dans ce contexte qu'Adolph Stern présente devant la société psychanalytique de New York sa communication sur « le groupe *borderline* des névroses » au printemps 1937. C'est ensuite sous la plume du psychiatre et psychanalyste Robert Knight, de la clinique Menninger[220], que le terme « *borderline* » deviendra en 1953 l'adjectif d'états individuels (*borderline states*[221]). Cette expression a ainsi été traduite par « états limites » en France. Ces travaux ouvrent la voie à la conceptualisation de ce qui est nommé les névroses de caractère, dont le fondement est narcissique, qui remplacent les névroses freudiennes classiques, dites de « transfert », où la problématique était œdipienne.

Comme le note Adolphe Stern, la thérapie pour ce type de pathologie est mise à l'épreuve.

> « Le phénomène de la réaction thérapeutique négative est constant chez ces patients et constitue un symptôme beaucoup plus perturbant et important que chez les patients habituels. Je voudrais ajouter quelques remarques à ce que l'on a déjà écrit sur la réaction thérapeutique négative, sur la façon dont elle se produit dans le transfert et est influencée par celui-ci. Comme nous le savons, nous nous attendons à ce qu'un patient réagisse favorablement à quelque découverte faite pour lui ou par lui au cours du travail analytique et nous supposons qu'il en sera ainsi. Mais une telle attente est-elle fondée ? Certainement pas quand la découverte est faite pour la première fois. Chez ces patients, la réaction thérapeutique négative importante se produit plus tard, quand ils réagissent à la même découverte ou interprétation par la dépression, la colère, l'angoisse ou le découragement. Autrement dit, alors qu'une certaine familiarité avec un matériel désagréable aurait dû se mettre en place d'une certaine façon, par réitération, et une certaine acception aurait dû en résulter, ils continuent longtemps d'y réagir comme si c'était quelque chose de nouveau. Compte tenu de l'état psychique de ces patients, il faut s'attendre à de telles réactions, me semble-t-il ; car la réaction thérapeutique négative signifie que l'angoisse liée au fait d'affronter une nouvelle

[218] M. Bachelart et F. Parot, « La psychothérapie ne peut-elle être qu'intégrative ? », art cit, p. 11.
[219] *Ibid.*, p. 10-11.
[220] Cette clinique semble avoir été un des principaux lieux de la construction de cette catégorie, et une étude historique approfondie de ce lieu éclairerait certainement les enjeux entourant cette construction.
[221] Robert Knight, « Borderline States », *Bulletin of Menninger Clinic*, 1953; vol.17, n°1, p.1–12.

> situation comportant un danger a été évitée au prix d'une souffrance, c'est-à-dire la dépression. Laisser quelque chose de douloureux accéder à la conscience comporte une charge d'angoisse. C'est cette angoisse que le patient doit éviter ; la réaction thérapeutique négative est la preuve d'un évitement réussi[222]. »

C'est un constat partagé dans la littérature psychanalytique sur le sujet : l'état des personnes ne s'améliore pas avec la thérapie, voire s'aggrave, et elles développent une « psychose de transfert ». Ici, une notion se révèle primordiale : le « contre-transfert ».

Plusieurs psychanalystes ont publié sur le trouble *borderline*, en mettant l'accent sur la question du « contre-transfert » et son utilisation en thérapie. Cette notion est actuellement encore utilisée par les professionnel.les de la santé mentale et de la psychiatrie que j'ai rencontré·es sur mes terrains, alors même qu'ils et elles s'opposent explicitement à la psychanalyse. Les réflexions sur le contre-transfert opèrent un changement par rapport à la réflexion psychanalytique traditionnelle de Freud où seul le transfert, c'est-à-dire la projection des désirs refoulés des patients et patientes sur le thérapeute, était envisagé comme outil thérapeutique. Le contre-transfert, qui correspond aux réactions inconscientes de l'analyste face à l'analysé·e et à son transfert, était vu par Sigmund Freud comme un élément à neutraliser dans la cure[223]. La première contribution significative sur le sujet du contre-transfert comme élément thérapeutique est la conférence de Donald W. Winnicott intitulé « La haine dans le contre-transfert » donné en 1947[224]. La question du « contre-transfert » (ré)apparaît[225] donc à partir de cette date, et elle fera l'objet de nombreuses publications. Ces publications, à l'image des travaux de Margaret Little, elle-même analysée par Winnicott, portent notamment sur les patient·es *borderlines*[226].

Ces réflexions sur le contre-transfert, suscité par les patient·es envers le ou la thérapeute, amèneront à l'élaboration de psychothérapies psychanalytiques. Harold Searles, dans son ouvrage intitulé *Mon expérience des états-limites*, en donne un exemple. Ce dernier revient

---

[222] A. Stern, « Investigation psychanalytique sur le groupe borderline des névroses. Quelle thérapie engager ? », art cit, p. 345.

[223] « L'objectif initial de Freud est de maintenir chez l'analyste une froideur de sentiments indispensable au bon déroulement de la cure. Dans "Conseils aux médecins" en 1912, il recommande aux analystes de prendre comme modèle le chirurgien, reprenant la phrase attribuée à Ambroise Paré : "Je le pansai, Dieu le guérit". » in « Argument », *Revue francaise de psychanalyse*, 2006, Vol. 70, nº 2, p. 325-326.

[224] Paul Denis, « Incontournable contre-transfert », *Revue françaises de psychanalyse*, 2006, vol. 70, nº 2, p. 331-350.

[225] Pour certains auteur·e·s, cette notion a déjà été abordée dans les travaux de Sandor Ferenczi, Cf. Luis J. Martín Cabré et Henriette Michaud, « La contribution de Ferenczi au concept de contre-transfert », *Revue francaise de psychosomatique*, 9 novembre 2012, volº 42, nº 2, p. 73-88.

[226] Margaret Little, « Counter-transference and the patient's response to it », *The International Journal of Psychoanalysis*, 1951, vol. 32, p. 32-40 ; Margaret Little, « 'R'—the Analyst's Total Response to his Patient's Needs », *The International Journal of Psychoanalysis*, 1957, vol. 38, p. 240-254 ; Harold Frederic Searles, *Mon expérience des états-limites*, Paris, Gallimard, 1994.

effectivement sur son expérience avec des patient·e·s *borderline* (le terme anglais n'est pas traduit dans le corps du texte de la traduction française) pour en tirer des conclusions à la fois théorique et pratique, qui l'amènent à faire évoluer le dispositif de la cure analytique classique, qu'il a nommé la « symbiose thérapeutique[227] ». Cette reconfiguration de la pratique thérapeutique correspond à ce que l'on nomme actuellement les psychothérapies psychanalytiques ou psychodynamiques. Pour Searles, le « moi *borderline* » a un fonctionnement instable qui demanderait à être étayé et solidifié. L'analyste ne doit donc pas hésiter à s'impliquer dans une relation de dépendance mutuelle, en symbiose, afin de reconfigurer ce « moi » clivé et morcelé qui nécessite une (re)construction. Searles préconise également cette démarche à la fois pour les traitements des psychoses et des névroses, il étend donc cette forme thérapeutique à l'ensemble des types de patient·es. Dans cette évolution du dispositif thérapeutique en psychanalyse, le moment central est la publication en 1975 de l'ouvrage d'Otto Kernberg *Borderline conditions and pathological narcissism*. Cet ouvrage, dont la première partie est traduite en français sous le titre *Les troubles limites de la personnalité*, marque un tournant dans la pratique clinique de la psychanalyse contemporaine. Christopher Bollas note effectivement qu'

> « En 1975, Otto Kernberg (membre de l'équipe de la Menninger Clinic entre 1960 et le début des années 1970) rédigea ce qui fut sans aucun doute le travail le plus important de l'époque en psychiatrie et psychanalyse : *Les Troubles limites de la personnalité* [Kernberg, 1975/1994]. Aucun texte n'eut davantage d'influence sur la pratique clinique des temps modernes[228]. »

Otto Kernberg aura par la suite deux mandats de président de l'Association Internationale de Psychanalyse en 1999 et 2001. Il a consacré une grande partie de ses travaux à la question de ce qu'il a nommé « l'organisation *borderline* de la personnalité[229] » et aux pathologies narcissiques. Il a, lui aussi, développé une psychothérapie psychanalytique, « la psychothérapie focalisée sur le transfert[230] », que les ouvrages actuels portant sur la personnalité *borderline* recensent comme l'une des thérapies spécialisées pour le « trouble de la personnalité borderline »[231].

---

[227] H. F. Searles, « Concerning Therapeutic Symbiosis », *Ann. Psychoanal.*, 1973, vol. 1, p. 247-262.
[228] Christopher Bollas, *Sens et mélancolie : vivre au temps du désarroi*, Paris, Ithaque, 2019, p. 65.
[229] Otto Kernberg, « Borderline personality organization », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, juillet 1967, vol. 15, nº 3, p. 641-685.
[230] Frank Yeomans, Jill C. Delaney et André Renaud, « La psychothérapie focalisée sur le transfert », *L'information psychiatrique*, 18 mars 2016, vol. 92, nº 2, p. 99-105.
[231] Martin Desseilles, Bernadette Grosjean et Nader Perroud, *Manuel du borderline*, Paris, Eyrolles, 2014 ; B. Granger et D. Karaklic, *Les borderlines*, *op. cit.*, Chapitre 17, « La thérapie focalisée sur le transfert et la clinique analytique », p. 217-228.

De ce développement psychanalytique anglophone, succinctement esquissé ici, ressort deux principaux aspects : le changement de style thérapeutique et la recherche de l'unicité et de la stabilité du moi. La forme pathologique que recouvre le terme *borderline* représenterait ainsi les « nouvelles pathologies psychiques », regroupées sous l'expression « névroses de caractère », qui viendraient supplanter les « névroses de transfert », c'est-à-dire les névroses freudiennes classiques. Les travaux psychanalytiques sur ces névroses de caractère ont servi de terreau à l'émergence de l'idée selon laquelle il y aurait une transformation de la subjectivité contemporaine, qui pourrait être saisie par ces nouvelles pathologies psychiques dont la problématique centrale ne serait plus œdipienne mais narcissique.

1.2. Historiographie et enjeux de positionnement dans le contexte français

Comment comprendre le flou et la variation des manières de faire l'historiographie du trouble *borderline* chez les auteurs et autrices issu·es du champ de la santé mentale français ? Les discours produits par ces acteurs et actrices rendent compte de leurs positions. Il convient en ce sens d'esquisser les positions et prises de position des actrices et acteurs qui proposent une lecture de la trajectoire historique du trouble *borderline* (1.2.1.). Cela permettra alors de soutenir que les oppositions, apparemment fondamentales au sein du champ contemporain de la santé mentale, reposent moins sur des incompatibilités théoriques et épistémologiques que sur des effets de champ et sur une nouvelle définition du capital spécifique du champ de la santé mentale (1.2.2.).

1.2.1. Positions et prises de position

Les attributions différenciées de l'origine de la catégorie sont donc autant de prises de position déterminées par les positions des auteurs et autrices au sein du champ de la santé mentale. J'ai identifié plusieurs pôles que je vais ici présenter de manière schématique. Cette rapide présentation permettra de définir le périmètre dans lequel je situe l'émergence, la diffusion et l'évolution de la catégorie *borderline*.

La psychanalyse française est loin d'être unifiée. Son histoire, qui a vu se succéder scissions et réunifications successives. Concernant la catégorie « état-limite », la traduction de l'expression *borderline state*, deux principales positions semblent pouvoir être identifiée à partir des deux publications citées précédemment, dont l'une est issue de *La Revue française*

de psychanalyse et l'autre de *La Revue Lacanienne*. Ces deux revues représentent deux pôles psychanalytiques avec des prises de position différenciées vis-à-vis de cette catégorie.

La revue française de psychanalyse (RFP), dans laquelle a été publiée la traduction du texte d'Adolph Stern, est éditée par la Société Psychanalytique de Paris (SPP), proche de l'association internationale de psychanalyse (IPA). Cette revue se situe donc dans un espace psychanalytique favorable à l'*Ego* et à la *Self psychology*. Plus globalement, elle s'inscrit au sein de ce qui a pu être nommé la « psychanalyse contemporaine[232] ». On retrouve effectivement dans le dossier de la RFP consacré aux états-limites, des psychanalystes identifiés comme étant les représentants de la psychologie française du moi[233], comme un article de Jean Bergeret ou encore d'André Green, une des principales figures de la SPP. Tous deux ont travaillé sur et avec la catégorie d'états-limites[234], et les ouvrages du second sont par exemple édités dans la collection « Psychanalyse contemporaine. Théorie et clinique du XXIe siècle » des éditions Ithaque[235]. Il semblerait ainsi que ce soit cet espace psychanalytique qu'évoque Alain Ehrenberg lorsqu'il écrit que « les psychanalystes considèrent que la plupart des patients d'aujourd'hui, en libéral comme en institution […] relèvent [des pathologies narcissiques et des états-limites][236] ». De manière schématique, ce groupe psychanalytique n'était traditionnellement pas dominant dans le contexte français, qui a été principalement marqué par la figure de Jacques Lacan, justement exclu de l'IPA. La psychanalyse lacanienne était ainsi réfractaire à la manière de faire de la psychanalyse représentée par l'*Ego psychology*, et l'existence de la catégorie issue de cette psychologie, alors traduite sous l'expression « états-limites », était réfutée. En effet, pour la perspective éminemment structuraliste qu'était celle de Jacques Lacan, il ne pouvait y avoir de catégorie entre deux structures psychiques. La psychanalyste Piera Aulagnier explique lors de sa présentation d'un texte de la psychanalyste britannique Margaret Little[237] durant le séminaire de Jacques Lacan sur l'Angoisse, que :

> « Tout cet article est donc, pourrait-on dire, *dédié* à un certain type de patients, ceux qu'elle appelle des patients *borderline, personnalités psychopathiques,* et qui en fait sont ceux que, je crois, nous aurions intérêt à appeler des *structures psychotiques.*

[232] Howard B. Levine, *Transformations de l'irreprésentable : théories contemporaines de la cure*, Paris, Ithaque, 2019.
[233] Alain Ehrenberg, *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob poche, 2012, p. 204.
[234] Jean Bergeret, *Narcissisme et états-limites*, Paris, Dunod, 1986 ; Jean Bergeret, *La Dépression et les états-limites: points de vue théorique, clinique et thérapeutique*, Paris, Payot, 1980 ; André Green, *La folie privée: psychanalyse des cas-limites*, Paris, Gallimard, 2003 ; Jacques André, *Les états limites: nouveau paradigme pour la psychanalyse ?*, Paris, PUF, 1999.
[235] https://www.ithaque-editions.com/catalogue?Catégorie=Psychanalyse+contemporaine&page=2 [consulté le 17 mai 2022]
[236] A. Ehrenberg, *La société du malaise*, *op. cit.*, p. 20-21.
[237] M. Little, « 'R'—the Analyst's Total Response to his Patient's Needs », art cit.

> J'ajoute entre parenthèses qu'on voit là l'intérêt qu'on aurait à faire une différence entre structure psychotique et *psychose clinique* ou *psychose symptomatique*, mais ceci… peu importe[238]. »

Tandis que la Psychologie du Moi consiste à lire la deuxième topique de Freud en concevant le moi comme « un pôle de défense ou d'adaptation à la réalité[239] », la psychanalyse lacanienne envisageait le moi comme étant pleinement immergé dans le ça[240]. Ces désaccords théoriques s'inscrivent également dans une posture antiaméricaine qui désignait cette Pychologie du moi comme une ennemie[241]. L'histoire de la psychanalyse a bien documenté cette opposition entre la psychanalyse américaine (ou internationale) et française[242], qui portait principalement sur la définition de ce qu'est la psychanalyse[243].

Le choix de l'article de Hughes et sa traduction dans *La Revue lacanienne* prend alors sens. Associer la catégorie d'états-limites au « *Borderland Psychiatric Records* », c'est la fondre dans un ensemble vague de « cas-limites » intrinsèques à tout type de classement. Cette traduction, précédée d'un commentaire intitulé « Faut-il en faire un cas ? », vient donc dissoudre la catégorie d'états-limites en niant sa légitimité et sa raison d'être. Jean-Louis Chassaing note effectivement dans le commentaire précédent cette traduction que « La lecture [du texte de Hughes] permet de souligner la notion de formes de passages propre à toute frontière[244] ». Étant de simples et courants cas limites, est-il si primordial d'en faire, justement, un cas ? Le choix opéré lors de cette traduction est également significatif sur ce point. En effet, l'expression « *Borderland psychiatric records* » a été traduite par « cas limites de la psychiatrie », qui est ensuite mis en équivalence avec l'expression « état limite ». On pourrait imaginer une autre traduction, comme « la zone frontalière des dossiers psychiatriques », qui rendrait moins évidente l'argumentation. Dans le champ psychanalytique, l'attribution de l'origine de la catégorie au travail de Hughes par *La Revue lacanienne* a pour objectif de

---

[238] Jacques Lacan, *Séminaire 10 L'ANGOISSE*, p.95, en ligne.
[239] É. Roudinesco et M. Plon, *Dictionnaire de la psychanalyse*, *op. cit.*, p. 1181.
[240] *Ibid.*
[241] Lacan considérait cette forme américaine de la psychanalyse comme le « chancre constitué par les alibis récurrents du psychologisme dans une ère sociale qui couvre son irresponsabilité de ce qu'a eu de signifiant le mot : libéral » (LACAN Jacques (1999 [1966]), *Écrits. Volume 1*, Point essais., Paris, Seuil, p.454).
[242] Sur l'histoire de la psychanalyse, et l'opposition entre psychanalyse française et américaine, on peut se référer Sherry Turkle, *La France freudienne*, Paris, Grasset, 1982 ; John Forrester, *Dispatches from the Freud Wars: Psychoanalysis and Its Passions*, Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1997 ; Maïa Fansten, « Psychanalyse : une exception française? » dans *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, CNRS éditions, Paris, p. 247-265.
[243] Ehrenberg ajoute sur cette question : « Il y a certes des conflits conceptuels portant sur la nature même de ce qu'est la psychanalyse, mais ce que l'on n'a pas vu, c'est qu'il y a également des malentendus tenant à des différences dans les styles psychanalytiques qui tiennent aux différences entre les deux façons de faire société. » A. Ehrenberg, *La société du malaise*, *op. cit.*, p.25.
[244] J.-L. Chassaing, « Faut-il en faire cas ? », art cit, p. 97.

minimiser l'importance et la prégnance des états-limites, tandis que l'attribution de l'origine de la catégorie au travail de Stern par *La Revue française de psychanalyse* vient quant à elle légitimer son existence et ratifier tout un ensemble de travaux et de réflexions issus principalement de la nébuleuse de la Psychologie du Moi.

L'article co-écrit par Julien-Daniel Guelfi, ainsi que le livre de Bernard Granger et Daria Karaklic, représentent quant à eux un pôle constitué par des psychiatres et des psychologues qui utilisent le DSM dans leur pratique clinique et se situent dans l'espace des thérapies cognitivo-comportementales proches des neurosciences. Comme je le développerai ultérieurement, ces acteurs et actrices ont une position critique envers la psychanalyse. On peut ainsi comprendre que leurs positions les conduisent à préférer attribuer l'origine à un psychiatre (Hughes), et non à un psychanalyste (Stern), peut être expliquée. Ils et elles s'inscrivent dans le sillon d'une série de travaux qui s'attache à caractériser, à partir de description de cas, le « syndrome borderline[245] ». Les psychiatres John G. Gunderson et Margaret T. Singer s'inscrivent dans cette veine, et ont entrepris au début des années 1970, à partir d'une revue de littérature, de définir le trouble *borderline* tout en se détachant des présupposés théoriques des travaux psychanalytiques[246]. Voulant se distancier de la psychanalyse, ces psychiatres n'adoptent pas une approche étiologique – qui à la suite du travail d'Adolphe Stern conçoivent cette pathologie à travers le fonctionnement du moi qui n'a pas été bien construit lors de l'enfance suite à des relations instables avec les parents – et préfèrent une approche critériologique en se demandant : quels sont les critères qui permettent de définir les patients et patientes borderlines ? Cette recherche préfigure ainsi l'approche dite « a-théorique » de la troisième édition du DSM. C'est d'ailleurs à la suite de ces premiers travaux que le « trouble de la personnalité *borderline* » fait son entrée dans ce manuel en 1980. En 2009, John G. Gunderson revient dans un article sur ce qu'il nomme « l'ontogenèse » du diagnostic « trouble de la personnalité borderline »[247]. En biologie, la notion d'ontogenèse correspond à l'« Ensemble des processus qui, chez un organisme animal ou végétal, conduisent de la cellule œuf à l'adulte reproducteur[248] ». Le choix du terme informe donc la perspective qu'adopte cet auteur concernant la catégorie *borderline* : elle se serait progressivement affinée dans un

[245] Roy R. Grinker, Beatrice Werble et Robert C. Drye, *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-Functions*, New-York, Basic Books, 1968.
[246] John G. Gunderson et M. T. Singer, « Defining borderline patients: an overview », *The American Journal of Psychiatry*, janvier 1975, vol. 132, nº 1, p. 1-10.
[247] John G. Gunderson, « Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis », *The American Journal of Psychiatry*, 2009, vol. 166, nº 5, p. 530-539.
[248] *ONTOGENÈSE : Définition de ONTOGENÈSE*, https://www.cnrtl.fr/definition/ontogen%C3%A8se//0, (consulté le 28 juin 2019).

processus présenté comme linéaire et téléologique. Cette conception de la trajectoire historique de la catégorie suppose parallèlement une amélioration progressive de sa prise en charge thérapeutique : John Gunderson soutient ainsi que cette catégorie est passée d'une classification pour patient·es considéré·es comme intraitables à une maladie du cerveau dont le pronostic est bon. Ce psychiatre décrit la construction scientifique d'une catégorie qui aurait mûri et serait devenue plus précise au fil du temps. Cette maturation aurait été permise par l'évolution et l'amélioration des savoirs psychiatriques, notamment neuroscientifiques, ainsi que celle des techniques psychothérapeutiques. Cette évolution est marquée, selon John Gunderson, par un passage de la psychanalyse à la psychiatrie biologique, qui repose sur les neurosciences, ainsi que par un passage des thérapies psychanalytiques à des thérapies cognitivo-comportementales. En somme, pour ce psychiatre américain, le savoir et les techniques thérapeutiques ont gagné en scientificité. Cette démonstration fait écho à la tradition narrative des histoires de la psychologie relevée par Régine Plas :

> « Nombre d'histoires de la psychologie, en particulier celles qui s'adressent aux étudiants, perpétuent une tradition narrative qui veut que la psychologie, française ou non, soit devenue scientifique en adoptant les méthodes éprouvées d'autres sciences, en particulier celles de la physiologie, et en opérant une rupture définitive avec la philosophie[249]. »

Dans le cas de l'histoire du trouble *borderline*, ici réalisée par John Gunderson et représentative des textes actuels ainsi que des discours entourant l'histoire du diagnostic, la psychiatrie s'ajoute à la psychologie, et la psychanalyse prend le rôle de la philosophie tout en symbolisant une époque préscientifique. Il y aurait, dans un passé mal défini, une hégémonie psychanalytique qui aujourd'hui apparaît comme une préhistoire, dont il semble incongru que la pratique et le savoir soient aujourd'hui pris au sérieux[250]. Le graphique n° 1, figurant à la page 532 de l'article de Gunderson, est significatif sur ce point : l'auteur a en effet choisi de montrer l'évolution du nombre de publications sur le sujet en fonction du type d'ouvrage. Les trois catégories d'ouvrages retenues sont : *« regular » books, psychoanalytic books,* et *books for nonprofessionnals*. Ainsi, il y aurait les ouvrages scientifiques et professionnels « *regular* », les ouvrages de vulgarisation (*for nonprofessionnals*) et les ouvrages de psychanalyse, qui eux, ne seraient donc pas « *regular* ». Dans cette optique, l'attribution de l'origine de la catégorie à

[249] Régine Plas, *Naissance d'une science humaine, la psychologie: les psychologues et le « merveilleux psychique »*, Rennes, France, Presses universitaires de Rennes, 2000, p. 11, cité par Wilfried Lignier, *Une noblesse psychologique: enquête sur les appropriations sociales du diagnostic de « précocité intellectuelle » en France*, Lille, , Atelier national de Reproduction des Thèses, 2011, p. 32.

[250] Ce discours se retrouve en France chez les professionnel·les de la santé mentale recontré·es sur mes terrains (interne en psychiatrie, psychiatres, psychologues).

Charles H. Hughes par ces auteur·es s'explique par leur revendication de la filiation « psychiatrique » (versus psychanalytique). Cela exemplifie, à nouveau, qu'avoir un regard sur les conditions de production des savoirs ainsi que sur les théories sous-jacentes aux pratiques cliniques permet de déjouer les écueils des généalogies positivistes.

1.2.2. Au-delà de l'opposition TCC versus psychanalyse

La psychanalyse lacanienne et l'optique neurobiologique/cognitivo-comportementale identifient donc les origines de la catégorie chez un psychiatre, l'une pour relativiser son importance et l'autre par anti-psychanalyse. Toutes deux n'évoquent pas le travail d'Adolph Stern mobilisé par les représentants de la psychanalyse dite « contemporaine », et qui fait toutefois figure de candidat au statut de précurseur nettement plus crédible que Charles H. Hughes. Ces constats relativisent la lecture en termes de double filiation évoquée en début de chapitre. En effet, cette hypothèse historique de la double filiation (psychiatrique versus psychanalytique) correspond à un discours situé. Celui-ci provient d'auteurs et autrices qui mobilisent dans leur pratique clinique le diagnostic « trouble de la personnalité *borderline* », et considèrent que la définition issue du DSM de la catégorie est la plus aboutie. Elle constitue une forme de reprise du discours des psychiatres états-uniens, comme John G. Gunderson, qui revendique le fait d'avoir extirpé cette catégorie du giron de la psychanalyse au profit d'une pratique psychiatrique véritablement scientifique et efficace. Dans cette prise de position, au sein du contexte français, la psychanalyse est tenue à distance, et l'évocation de la filiation psychiatrique, notamment avec la mobilisation d'un psychiatre du XIX^{e} siècle, Charles H Hughes, permet de solidifier et d'étayer la position de celles et ceux qui l'adoptent. Or, cette filiation est en réalité reconstruite après coup : Charles H. Hughes formule une réflexion sur la frontière de la folie qui précède le paradigme structuraliste de la psychiatrie. L'actuel « trouble de la personnalité *borderline* » provient donc d'une forme spécifique de réflexion sur cette frontière qui prend racine dans le paradigme structuraliste, et en particulier dans le contexte psychanalytique américain des années 1920-1930 et, en ce sens, il en est l'héritier. Cet héritage a persisté lors de l'appropriation par le courant cognitivo-comportementaliste, allié à la psychiatrie dite descriptive qui se fonde sur un registre neurobiologique.

Ce discours de la genèse et de la trajectoire historique du trouble *borderline* participe donc à invisibiliser l'hétérogénéité de la psychanalyse française, dont une grande partie a été longtemps réfractaire à la catégorie *borderline* dans sa traduction française (états-limites), la considérant comme une forme de psychose. De plus, ce discours participe à produire un récit

selon lequel la psychiatrie, de manière homogène, aurait connu une progression linéaire inéluctable, d'une époque préscientifique (psychanalytique) à une époque scientifique (neuroscientifique), et tout cela pour le mieux. Cette représentation ne permet pas de saisir les évolutions concrètes, les hybridations, parfois les mutations et les continuations, mais aussi la cohabitation de différents éléments, *a priori* radicalement opposés. Certaines de ces oppositions sont alors davantage le fait de luttes au sein d'un champ mouvant que de réelles incompatibilités théoriques ou épistémologiques.

L'examen rapide des prises de position et des attributions différenciées de l'origine de la catégorie permet de saisir les mécanismes de reconstruction historique liée à des enjeux contemporains, et d'identifier le périmètre dans lequel a émergé, s'est développée, puis a circulé la catégorie *borderline*. Elle émerge dans le contexte américain, marqué par la Psychologie du Moi (*ego psychology*), puis elle s'est développée dans la nébuleuse de la *Self Psychology*[251]. À la suite de ces développements, la catégorie sera reprise, à partir de la fin des années 1960 et dans les années 1970, par le courant comportementaliste et les tenants d'une psychiatrie dite « descriptive », à l'image de John Gunderson, et deviendra un diagnostic du DSM-III sous le nom de « trouble de la personnalité *borderline* ». C'est cette forme contemporaine de la catégorie que j'ai rencontrée sur mes différents terrains et que je prends comme objet dans cette thèse. Ce changement de nom va de pair avec la reconfiguration du champ de la santé mentale, visible en termes d'évolution institutionnelle, idéologique et culturelle. Dans cette nouvelle configuration, le groupe dominant et hégémonique au sein du champ de la santé mentale correspond aux professionnel·les qui adoptent une optique neurobiologique, qui se réclament des TCC, et qui s'appuient sur le manuel américain devenu la principale référence mondiale : le DSM[252].

[251] « Après s'être développée contre les insuffisances d'une *Ego Psychology* trop centrée sur l'adaptation et sur la clinique des névroses, [la *Self Psychology*] forma ensuite une nébuleuse aux contours flous où se retrouvèrent pêle-mêle tous les cliniciens américains et anglais spécialistes des troubles de la personnalité, de la dépersonnalisation, des états-limites, de la névrose narcissique et de la schizophrénie, qu'ils soient kleiniens, post-kleiniens, annafreudiens ou antipsychiatres, qu'ils appartiennent ou non à l'International Psychoanalytical Association (IPA) », É. Roudinesco et M. Plon, *Dictionnaire de la psychanalyse*, *op. cit.*, p. 1680.

[252] Stuart Kirk et Herb Kutchins, *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Le Plessis-Robinson, Empêcheurs de penser rond, 1998.

II. Des états limites à la personnalité émotionnellement troublée du DSM

> « [Le trouble bipolaire et le trouble borderline] sont deux troubles qui sont bien distincts, bien que souvent associés, mais c'est bien distinct, le trouble de la personnalité borderline est un trouble des émotions […], le trouble bipolaire c'est un trouble de l'humeur, donc on va être sur des périodes de temps prolongés de phases dépressives […] et puis des phases prolongées plutôt d'exaltation de l'humeur, d'euphorie, d'augmentation des activités, de diminution du besoin de sommeil. Le trouble bipolaire c'est un trouble de l'humeur qui nécessite absolument un traitement médicamenteux, le trouble de la personnalité borderline, trouble des émotions, les traitements médicamenteux n'ont pas vraiment démontré d'efficacité au jour d'aujourd'hui, le traitement de référence c'est la psychothérapie, et pas n'importe quelle psychothérapie, la psychothérapie qui a le plus démontré d'efficacité dans ce trouble, c'est la thérapie comportementale dialectique […]. »
>
> Déborah Ducasse, psychiatre et psychothérapeute, dans l'émission du 17 mai 2017, « Le trouble de la personnalité borderline », *La tête au carré*, France Inter, 21 minutes et 08 secondes.

À la suite des développements psychanalytiques et de l'émergence de la théorie de la « culture du narcissisme », le terme *borderline* est devenu courant et familier dans le contexte américain des années 1960-1970. Parallèlement, la psychiatrie américaine connaît certaines évolutions, notamment « l'avènement de la psychiatrie descriptive et de la psychopharmacologie » qui, selon le psychiatre américain John Gunderson, « apporte des changements significatifs à la psychiatrie[253] ». Durant cette période, une série de travaux s'attache, dès le début des années 1970, à caractériser ce qui a été nommé, à la fin des années 1960, *le syndrome borderline* – titre d'un ouvrage qui porte sur une approche comportementale des fonctions du Moi[254]. Cet ouvrage indique un tournant dans la trajectoire de la catégorie *borderline*, qui se diffuse dans le champ comportementaliste (*behaviorist*). Ces travaux s'opposent explicitement à l'optique psychanalytique, ne reprennent pas une approche étiologique, et adoptent une approche critériologique. En cela, ces publications préfigurent la nouvelle approche de la troisième édition du DSM publiée en 1980 et dans laquelle la catégorie fera son entrée sous l'appellation « trouble de la personnalité borderline » (*borderline personality disorder)*. Alors que les deux premières éditions étaient d'inspiration psychanalytique et reposaient sur une classification d'ordre étiologique, le DSM-III ouvre une approche dite « a-théorique ». L'objectif est alors de standardiser et d'affiner le processus

[253] « In the decade after "borderline" achieved the status of colloquialism, the advent of descriptive psychiatry and psychopharmacology brought significant changes to psychiatry ». John G. Gunderson, « Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis », *The American Journal of Psychiatry*, 2009, vol. 166, nº 5, p. 531.
[254] R.R. Grinker, B. Werble et R.C. Drye, *The Borderline Syndrome*, *op. cit.*

diagnostique, afin de répondre aux critiques antipsychiatriques concernant la variabilité et l'arbitraire du diagnostic en psychiatrie. Ce manuel deviendra par la suite la référence mondiale en termes de classification psychiatrique.

Parmi ces « nouveaux » travaux sur la catégorie, on retrouve l'étude coordonnée par le psychiatre John Gunderson, citée précédemment, ainsi que celle coordonnée par Robert Spitzer, l'un des principaux architectes de la refondation du DSM[255], qui a participé à la reconceptualisation de cette catégorie en lui attribuant notamment ses critères et en la différenciant du trouble de la personnalité schizotypique dans un article publié en 1979[256]. Cet ensemble de publications a donc participé à la constitution de cette catégorie comme étant un *trouble de la personnalité*. Le trouble de la personnalité *borderline* est l'un des trois nouveaux troubles de la personnalité qui font leur apparition dans la troisième édition du DSM (borderline, schizotypique et évitante). Cela entraîne par la suite la création de thérapies spécialisées pour le trouble de la personnalité borderline dans le champ des Thérapies cognitivo-comportementales (TCC), ainsi que la prise de consistance de ce diagnostic dans le contexte français à partir des années 2000. Tout ceci se déroule dans un contexte de reconfiguration du champ de la santé mentale, marqué par un nouveau rapport normatif à la santé et au bien-être, au sein des sociétés occidentales où les diagnostics et autres catégories de santé mentale fleurissent.

Dans cette reformulation de la catégorie, l'approche étiologique en termes de structure est abandonnée au profit d'une approche critériologique. La définition de ce qui est désormais nommé « trouble de la personnalité *borderline* » se centre donc sur les symptômes émotionnels, comme l'explicite la psychiatre et psychothérapeute spécialiste du trouble *borderline* Déborah Ducasse. Ce changement n'engendre cependant pas une rupture totale avec les précédentes définitions. La redéfinition opérée par la psychiatrie dite descriptive embarque des éléments de la Psychologie du moi et son idéal d'adaptation tout en accompagnant un renouvellement de la problématisation de la vie mentale qui s'inscrit dans un nouvel ordre intégratif des pratiques « psy » contemporaines.

[255] Après sa mort en 2016, un article de l'Obs présente d'ailleurs Robert Spitzer comme « le psychiatre le plus influent du XXème siècle », https://bibliobs.nouvelobs.com/actualites/20160108.OBS2479/robert-spitzer-le-psychiatre-le-plus-influent-du-xxe-siecle.html (consulté le 24 juin 2022)

[256] R. L. Spitzer, J. Endicott et M. Gibbon, « Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria », *Archives of General Psychiatry*, janvier 1979, vol. 36, nº 1, p. 17-24.

2.1. Vers une nouvelle problématisation de la vie mentale

À l'occasion de la publication en 2013 de la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), le philosophe des sciences Steeve Demazeux a publié un article sur la place des troubles de la personnalité dans le DSM depuis la création de ce manuel en 1952.

> « L'histoire spécifique des TP [trouble de la personnalité], reflète les ambiguïtés attachées au concept de personnalité. Tantôt considérés comme une forme de déficit psychologique général, tantôt comme une forme de pathologie spécifiquement rattachée au développement de certains troubles mentaux, les TP ont été pensés de différentes manières suivant les écoles au cours du XXe siècle (Rutter 1987)[257]. »

Il note effectivement, en s'appuyant sur le travail du psychiatre français Pierre Pichot, que trois grands modèles de la personnalité ont été conceptualisés dans le courant du XXe siècle.

> « Trois approches dominantes ou trois grands types de "modèles" de la personnalité sont défendus au cours du XXe siècle (Pichot 1965a) : une approche étiologique, consistant à revenir aux causes qui expliquent le développement singulier d'une personnalité ; une approche pathogénique, qui se focalise sur les mécanismes perturbateurs de la structure de la personnalité ; enfin, une approche descriptive, qui s'intéresse davantage aux rapports qui existent entre les traits de la personnalité normale et ceux de la personnalité pathologique[258]. »

La classification des troubles de la personnalité au sein du DSM a emprunté des éléments à ces modèles en tentant de « fournir des descriptions cliniques suffisamment souples pour favoriser le consensus par-delà les clivages d'école[259] ».

Le psychiatre Pierre Pichot, dont le travail est mobilisé ici, a consacré plusieurs textes, dans le courant des années 1960, à l'histoire de ce qu'il nomme les « personnalités pathologiques[260] ». Pour ce faire, dans ses textes, il choisit de regrouper un ensemble de travaux hétérogènes en réunissant leurs objets sous un même vocable. Ce choix est néanmoins à interroger afin d'éclairer, à partir du contexte français, les évolutions du champ de la psychiatrie et des psychothérapies. Cette proposition de Pierre Pichot est liée à une certaine problématisation[261] concernant les pathologies psychiques, déterminée par sa position

---

[257] Steeves Demazeux, « Les Troubles de la personnalité dans le DSM : les raisons d'une crise nosologique », *Topique*, 2013, vol. 123, nº 2, p. 51.
[258] *Ibid.*, p. 50.
[259] *Ibid.*, p. 51.
[260] Pierre Pichot, « Les personnalités pathologiques », *Bulletin de psychologie*, 1964, vol. 18, nº 237, p. 554.
[261] J'utilise ce terme dans le sens que lui a donné Foucault lorsqu'il définit une problématisation comme « l'ensemble des pratiques discursives ou non discursive qui fait entrer quelque chose dans le jeu du vrai et du faux et le constitue comme objet pour la pensée », Michel Foucault, « Le souci de la vérité » dans *Dits et Écrits. 1954-1988*, Paris, Gallimard, 2001, vol.2, p. 1489. Cette problématisation semble d'ailleurs être le terreau de

particulière dans le champ de la santé mentale. Il est effectivement intéressant de noter que Pierre Pichot est présenté comme un des tenants de la psychométrie en France. Bien qu'il ne soit pas à proprement parler comportementaliste, il a été l'un des acteurs de l'importation et de la diffusion des thérapies cognitives et comportementales en France en accueillant par exemple dans son service de l'hôpital Sainte-Anne les recherches sur le conditionnement de Mélinée Agathon, l'une des précurseur·es du comportementalisme français avec Jacques Rognant et Jean Cottraux[262]. Pierre Pichot a d'ailleurs été le premier président de l'Association Française de Thérapie Comportementale[263] de 1971 à 1973[264]. Il a également été président de l'association internationale de psychiatrie, de 1977 à 1983, et a coordonné la traduction française du DSM-III en 1980. Ainsi, même si la notion de « personnalité » est présente depuis les travaux pionniers de la psychologie scientifique, que ce soit dans le travail de Théodule Ribot[265] ou de Pierre Janet[266], il semble que l'émergence de cette nouvelle appellation de la catégorie, en termes de « trouble de la personnalité » et non plus d'« état », indique le passage d'une réflexion fondée sur le triptyque freudien (névrose, perversion et psychose) à une réflexion en termes de « personnalité pathologique ». Cette appellation présuppose donc une problématique située tendanciellement du côté d'une psychiatrie et d'une psychologie d'orientation biologique, psychométrique, cognitivo-comportementale, adossée au DSM. Cela est par exemple visible à travers l'ouvrage des psychiatres Quentin Debray et Daniel Nollet, justement intitulé *Les personnalités pathologiques*[267]. Quentin Debray est présenté sur une page du site de l'Institut Francophone de Formation et de Recherche en Thérapies Comportementales et Cognitives comme ayant « œuvré pour le développement des thérapies cognitives et comportementales » et « consacré ses travaux à la dépression et aux troubles de la personnalité[268] ». Daniel Nollet a quant à lui été membre de l'AFTCC et est également présenté comme spécialiste des troubles

---

l'intérêt actuel concernant les « personnalités toxiques », qui regroupe justement les personnalités troublées listées dans le DSM : narcissique, antisociale, borderline et paranoïaque, et semble être devenu « la problématique dominante » en ce qui concernant la santé mentale.

[262] Elsa Forner-Ordionni, 2019, *« Whatever Works ». Sociologie des thérapies cognitives et comportementales*, thèse de doctorat de sociologie, EHESS, Paris, Chapitre 2, p.75-183.

[263] À la suite de l'évolution du champ de ces thérapies, le terme « cognitif » sera ajouté et donnera lieu, en 1991, au changement de nom de l'association qui devient l'Association Française des Thérapies Comportementales et Cognitives (AFTCC). La même année paraît également le premier numéro du *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. Elsa Forner-Ordionni, 2019, *« Whatever Works ». Sociologie des thérapies cognitives et comportementales*, op. cit.

[264] AFTCC, *Historique du bureau de l'association*, https://www.aftcc.org/historique-du-bureau-de-lassociation, (consulté le 12 juillet 2022).

[265] Théodule Ribot, *Les maladies de la personnalité*, Paris, Félix Alcan, 1885.

[266] Pierre Janet, *L'évolution psychologique de la personnalité*, Paris, Édition Chahine, 1929.

[267] Quentin Debray et Daniel Nollet, *Les personnalités pathologiques: approche cognitive et thérapeutique*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2011.

[268] *Formateurs - Ifforthecc - Institut Francophone de Formation et de Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive*, https://ifforthecc.org/formateurs/pr-quentin-debray, (consulté le 12 juillet 2022).

de la personnalité et de l'anxiété[269]. En d'autres termes, je fais l'hypothèse que ce type de conceptualisation et de problématisation de la vie mentale contribue au passage de la domination du concept de structure à celle de la revendication a-théorique et empiriste, actuellement pensée comme à la pointe de la compréhension scientifique des pathologies mentales.

2.1.1. Alliances et luttes entre approches psychothérapeutiques

Le terme « trouble » (*disorder*), diffusé notamment par le DSM, est devenu l'idiome dominant en santé mentale et il structure actuellement l'image de la pathologie psychique[270]. Des collectifs et groupes se sont constitués pour critiquer l'emprise de cette conception, à l'image du collectif *Stop DSM*[271]. Ces critiques mettent en avant la réduction qu'opère la standardisation diagnostique en identifiant des « troubles » que les individus auraient indépendamment de leurs singularités ainsi que des variations sociales et culturelles des contextes dans lesquels ils se situent. À la critique du réductionnisme s'ajoute celle de la collusion entre *l'Association américaine de psychiatrie*, qui édite le DSM, et les intérêts des industries pharmaceutiques. Il est courant d'attribuer à cette critique une étiquette psychanalytique, et d'identifier les tenants du DSM comme étant d'orientation cognitivo-comportementale et neuroscientifique. Bien que cela soit tendanciellement le cas, certains détails nous invitent à remettre en cause cette lecture bipartite. En effet, la première partie de l'ouvrage du psychanalyste américain Otto Kernberg sur les conditions borderlines et le narcissisme pathologique (*Borderline conditions and pathological narcissism*) a été traduit en français par le titre *Trouble limite de la personnalité*[272]. Comment expliquer cette formulation apparemment compatible avec un langage associé au DSM et rattaché *a priori* à l'espace des TCC et des neurosciences ?

La réponse se trouve dans l'espace psychanalytique où a pris place cette traduction, représenté par l'auteur de la préface de l'ouvrage : Daniel Widlöcher. Ce dernier est un psychiatre et psychanalyste français. Il a cependant joué un rôle central dans l'institutionnalisation des TCC en France[273]. En effet, il a pris part à la création de l'Association

---

[269] *Daniel Nollet*, https://www.babelio.com/auteur/Daniel-Nollet/362888, (consulté le 12 juillet 2022).

[270] On peut penser par exemple au passage des névroses obsessionnelles au trouble obsessionnel et compulsif (TOC), de la maniaco-dépression au trouble bipolaire, ou encore à l'émergence de nouvelles entités diagnostiques comme le trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

[271] Collectif psychiatrie, > *STOP DSM | Quelle hospitalité pour la folie?*, https://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=7796 , 23 juin 2015, (consulté le 12 juillet 2022).

[272] Otto F. Kernberg, *Les Troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat, 1989.

[273] Douglas Y. Seiden, « Behavior and cognitive therapies in France: An oral history », *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1 juin 1994, vol. 25, nº 2, p. 105.

Française de Thérapie Comportementale dans les années 1970, et a été vice-président en 1976 et 1977[274]. Alors président de l'association française de psychiatrie, professeur des Universités, et psychanalyste, il a servi de caution ainsi que de support institutionnel important au courant comportementaliste. Daniel Widlöcher critiquait alors l'hégémonie de la psychanalyse. Il voyait dans l'intolérance de ses « collègues psychanalystes » envers la thérapie comportementale une « guerre de religion[275] ». On peut de plus noter qu'il a été président de l'*Association psychanalytique internationale* en 2001, et qu'il a ensuite adopté une conception éclectique de la psychothérapie – conception qui deviendra majoritaire par la suite. Sa trajectoire et ses prises de position éclairent l'influence de la psychanalyse internationale, fortement marquée par l'*ego* puis la *self psychology*, dans l'évolution du champ de la santé mentale français, et en particulier dans l'émergence de la catégorie *borderline*.

Ainsi, moins qu'une opposition épistémologique radicale entre psychanalyse et TCC, comme il est courant de l'entendre, il semblerait que l'intolérance des psychanalystes envers les comportementalistes proviennent avant tout de la défense de dominants face à des nouveaux venus, prétendants à la position dominante dans le champ de la santé mentale. En effet, comme le documente de manière très fine la thèse d'Elsa Forner-Ordionni[276], les précurseurs de la thérapie comportementale et cognitive en France étaient de jeunes psychologues et psychiatres, devant ruser face à des institutions à dominante psychanalytique pour mener leurs travaux de recherche. La position de Daniel Widlöcher, à la fois sécurisée dans le champ français et ouvert sur la psychanalyse internationale (et donc américaine) préfigure le développement des psychothérapies, dont le modèle éclectique et intégratif prendra par la suite une importance croissante[277]. Robert Castel, dès 1981, avait d'ailleurs identifié « La fin d'un cycle » :

> « Un modèle d'intervention sur les troubles de la *psyché*, constitué il y a près de deux siècles et qui s'était maintenu et enrichi à travers des renouvellements successifs, est en train de perdre la prééminence. Cela ne signifie pas que les dispositifs comme celui du secteur psychiatrique ou de la psychanalyse soient périmés ou dépassés, mais que

[274] https://www.aftcc.org/historique-du-bureau-de-lassociation (consulté le 24 juin 2022)

[275] Elsa Forner-Ordioni, *« Whatever Works ». Sociologie des thérapies cognitives et comportementales*, *op. cit.*, p. 170. Dans un verbatim, Widlöcher compare cette intolérance à celle de la psychiatrie envers la psychanalyse à ses débuts ainsi qu'à l'intolérance entre Protestants et Catholiques.

[276] E. Forner-Ordioni, *« Whatever Works ». Sociologie des thérapies cognitives et comportementales*, *op. cit.*

[277] Nadia Garnoussi, « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psychospirituels dans la médecine mentale », *Sociologie*, 2011, Vol. 2, nº 3, p. 259-275 ; Aude Van Effenterre et al., « Psychiatres... et psychothérapeutes ? Conceptions et pratiques des internes en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2012, Volume 88, nº 4, p. 305-313 ; Nadia Garnoussi, « La rationalisation du travail psychothérapeutique des infirmier.es dans la psychiatrie publique. Enjeux idéologiques et professionnels », *SociologieS,* 2020, en ligne.

> les innovations les plus significatives, celles qui engagent l'avenir, ne peuvent plus être pensées exclusivement dans leur filiation[278]. »

Ces innovations proviennent de la « psychologie humaniste » – expression qui regroupe ce qu'il nomme « les nouvelles thérapies » (Gestalt Thérapie, Cri primal, Bioénergie, Thérapie transactionnelle, etc.). Ces nouvelles interventions psychothérapeutiques, qui émergent aux États-Unis à partir des années 1950, correspondent à ce que Robert Castel nomme les « bâtards de la psychanalyse », en tant qu'elles en sont le produit tout en s'en différenciant. Ces interventions s'étendent à la normalité, proposant ainsi des formes de « thérapie pour les normaux » et signifiant au passage que « c'est la normalité qui fonctionne désormais comme un symptôme[279] ». Ainsi, « La vocation de cette intervention est désormais de prendre en charge la problématique du bonheur (l'épanouissement) aussi bien que celle du malheur (la pathologie)[280] ». Comme le note Nadia Garnoussi, c'est par ce courant qu'émerge « le paradigme intégratif des psychothérapies alternatives[281] ». Cette optique entend intégrer dans les pratiques des éléments de différents courants psychothérapeutiques. Dans ce cadre, la conception du sujet est pragmatique et, contrairement au freudisme, il n'est pas nécessaire d'ajuster la théorie aux découvertes cliniques. Ces thérapies participent à produire une vision d'un être humain possédant un capital, ou un potentiel, qu'il s'agit de faire fructifier et de développer. Robert Castel note que le développement de ces nouvelles thérapies permet de répondre à la demande sociale de psychologie suscitée par la psychanalyse, à laquelle cette dernière ne peut pas répondre. En cela, ces thérapies sont plus accessibles et permettent une démocratisation de l'accès à la psychologie et à la psychothérapie, constituant donc un des principaux moteurs de la diffusion d'une « nouvelle culture psychologique de masse[282] ». Je développerai par la suite ces différents points, en mettant en lumière que cette voie dite humaniste a été intégrée et s'est assemblée avec le courant des thérapies cognitivo-comportementales, participant à faire émerger et à consolider des attentes sociales centrées sur l'efficacité et le pragmatisme d'une intervention psychothérapeutique présentiste, guidée par le principe de l'ici et maintenant (*hic et nunc)*.

La situation française donne ainsi à voir les évolutions du champ de la santé mentale. Comme le note Robert Castel, la partition du champ de la santé mentale entre, d'un côté, la

---

[278] Robert Castel, *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Les Éditions de Minuit, 2011, p. 192.
[279] *Ibid.*, p. 165.
[280] *Ibid.*
[281] N. Garnoussi, « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle », art cit, p. 264.
[282] Robert Castel et Jean-François le Cerf, « Le phénomène « psy » et la société française. 1. Vers une nouvelle culture psychologique », *Le Débat*, 1980, vol. 1, nº 1, p. 32-45.

psychanalyse, et de l'autre, la psychiatrie s'estompe dans une dynamique d'extension du champ de la santé mentale où émergent un éclectisme et un syncrétisme psychothérapeutique. Il soulignait d'ailleurs au début des années 1980 que « la tentation du synchrétisme [sic] (qui a triomphé dans le milieu psychanalytique américain) va parfois jusqu'à rechercher l'alliance avec le comportementalisme. Le premier président de l'Association française de thérapie comportementale, le docteur Widlöcher, est psychanalyste[283] ». Tout ceci dans un champ de la santé mentale en mouvement, où la psychiatrie sera progressivement immergée dans un vaste ensemble d'interventions et de productions concernant la vie mentale[284].

2.1.2. Une crise nosologique qui éclaire les reconfigurations du rapport normal-pathologique

La perte de centralité de la psychiatrie dans l'émergence et la diffusion d'un vaste champ de la santé mentale ne se réalise pas sans tensions et crises. Cela est particulièrement visible à travers les enjeux de classification des « troubles de la personnalité » au sein du DSM qui, selon Steeve Demazeux, se voient confrontés à une « crise nosologique » qui relèverait d'incompatibilités ontologiques au sein de cette classification des troubles « psy ». Dans son article, Steeve Demazeux note effectivement que deux types de « troubles » coexistent difficilement au sein de cette classification : les troubles mentaux, définis comme des « syndromes », et les troubles de la personnalité, dont la « place dans le *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, depuis la troisième édition (1980), est révélatrice des embarras de la clinique contemporaine à leur égard[285] ». Les troubles de la personnalité, déjà présents dans ce manuel depuis son apparition en 1952, n'étaient initialement pas séparés des autres troubles mentaux dans les deux premières éditions (1952 et 1968). Dans ces premières versions du manuel, les troubles de la personnalité

> « […] sont décrits comme des figements, des racornissements pathologiques de la personnalité. Le peu d'anxiété et de souffrance que rapportent les patients est perçu comme l'indice d'un mauvais pronostic et d'une résistance thérapeutique » et, dans ce cadre, un trouble de la personnalité « est donc synonyme de difficulté (pour ne pas dire d'impossibilité) thérapeutique[286]. »

La nouveauté de la troisième édition du DSM, au-delà de l'inauguration d'une approche dite a-théorique, est d'instaurer une classification par axe. Tandis que l'axe I décrit les troubles

[283] R. Castel, *La gestion des risques*, *op. cit.*, p. 198.
[284] Dr Eric Piel et Dr Jean-Luc Roelandt, *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001.
[285] S. Demazeux, « Les Troubles de la personnalité dans le DSM », art cit, p. 49.
[286] *Ibid.*, p. 52.

mentaux, l'axe II est consacré aux troubles de la personnalité. Ensuite, on retrouve l'axe III qui recense les affections somatiques qui peuvent jouer dans la pathologie et le traitement, l'axe IV consacré aux facteurs de stress psychosociaux, et l'axe V où l'on retrouve des échelles d'évaluation du niveau de fonctionnement des individus. Il faut noter le déséquilibre entre ces sections au sein du manuel : l'axe I recouvre 300 pages, une trentaine de pages sont consacrées à l'axe II, tandis que les trois derniers axes tiennent sur une dizaine de pages. Ce déséquilibre quantitatif reflète l'importance du premier axe dans les remboursements des soins aux États-Unis ; seuls les soins pour des syndromes de l'axe I sont remboursés par les compagnies d'assurance, parce qu'ils seraient les seuls syndromes véritablement psychiatriques et établis par une logique biomédicale.

La sociologue américaine Sandra H. Sulzer et ses collègues analyse ainsi la stigmatisation des personnes dites *borderline* et leur relégation en dehors du champ psychiatrique par son incompatibilité avec ce cadre biomédical (*biomedical mismatch*)[287]. La structure du manuel en axe entraîne d'autres difficultés, notamment en termes de comorbidité. En effet, alors que dans le DSM-II

> « […] le diagnostic de TP [trouble de la personnalité] était condamné, par son statut même, à être un diagnostic secondaire ou résiduel […] Le système multiaxial adopté par le DSM-III, qui consiste à superposer différents axes de cotation diagnostique, va considérablement compliquer le rôle que jouent les TP dans l'économie générale de la classification[288]. »

Steeve Demazeux note ainsi que « rien n'interdit plus qu'un patient présente un trouble mental sévère combiné à un TP », et qu'à l'inverse, les auteurs du DSM-III « encourag[ent] l'établissement de diagnostics multiples, aussi bien entre troubles de l'Axe I et troubles de l'Axe II, qu'à l'intérieur d'un même axe[289] ». Cela entraîne alors un « élargissement mécanique » de la prévalence des troubles de la personnalité et propulse « un domaine auparavant minoritaire de la psychopathologie sur le devant de la scène[290] ». Ainsi, des groupes de spécialistes et de consultants concernant les troubles de la personnalité se forment[291] et cette montée en puissance des troubles de la personnalité fait alors éclater un conflit latent dans la classification et la conception des troubles psychiques. Dans ce conflit s'affrontent les tenants

[287] Sandra H. Sulzer, Gracie Jackson et Ashelee Yang, « Borderline Personality Disorder and the Biomedical Mismatch » dans Brea L. Perry (dir.), *50 Years After Deinstitutionalization: Mental Illness in Contemporary Communities. Advances in Medical Sociology Volume 17*, 2016, vol.17, p. 263-290.
[288] S. Demazeux, « Les Troubles de la personnalité dans le DSM », art cit, p. 53.
[289] *Ibid.*
[290] *Ibid.*, p. 55.
[291] Dans son texte, Steeve Demazeux fait d'ailleurs référence au « *lobby des borderlines* », c'est-à-dire « tous ceux qui ne veulent pas qu'on touche à un cheveu de cette étiquette aujourd'hui sanctifiée », *Ibid.*, p.60

de l'approche catégorielle et ceux de l'approche dimensionnelle des troubles psychiques. On retombe ici sur l'interrogation concernant la frontière de la folie évoquée dans la section précédente. L'approche catégorielle, de tradition psychiatrique, présuppose que les entités psychiatriques cliniques sont radicalement distinctes des états dits « normaux », alors que l'approche dimensionnelle, de tradition psychologique, présuppose une différence de degrés entre le normal et le pathologique. Ce débat participe ainsi à renouveler l'opposition entre le modèle psychologique et le modèle médical, dans un moment où la tendance serait à la reconfiguration de cette opposition.

Ce débat a été particulièrement virulent lors de la préparation du DSM-5, publiée en mai 2013 après plusieurs retards de publication. L'objectif de cette édition était d'intégrer l'approche dimensionnelle. Cependant, des dissensions ont émergé et ont mené au départ de plusieurs membres du sous-groupe de travail sur les troubles de la personnalité. La première version de travail de cette nouvelle édition du DSM, rendue publique en 2010, a en effet dévoilé un modèle mi-catégoriel et mi-dimensionnel, engendrant un « système […] incroyablement tortueux et [une] utilisation en clinique ordinaire […] périlleuse[292] ». Les deuxième et troisième versions de travail n'ont pas réussi, malgré des tentatives de simplifications, à clarifier ces difficultés. Finalement, en décembre 2012, quelque mois avant la parution officielle du DSM-5, il est décidé que le système hybride de classification des troubles de la personnalité soit placé en annexe du manuel. Dans cette version finale, les axes sont supprimés et les dix catégories de troubles de la personnalité sont gardées telles quelles – rien n'est donc pour l'instant réglé. Pour Steeve Demazeux, ce débat participe à remettre en cause « l'évidence de la singularité du phénomène pathologique[293] » en la substituant par l'idée selon laquelle « les patients psychiatriques ne sont que des personnes un peu moins "normales" que les autres[294] ». Cette substitution s'opère à travers la montée en puissance de « la théorie de la double réduction » selon laquelle les troubles de la personnalité correspondraient à une configuration de « traits de personnalité », et les troubles mentaux seraient quant à eux des troubles de la personnalité, et donc, eux aussi, des configurations de traits de personnalité. Dans les deux cas, il s'agirait donc d'une même chose située dans un continuum. Ainsi, note-t-il en conclusion que

> « Les conséquences éthiques et anthropologiques de cette possible mutation ontologique du discours psychiatrique, à travers la théorie de la double réduction, demanderaient à être étudiées attentivement. Un nouveau rapport normatif à la santé et au bien-être en serait l'une des premières, comme on peut d'ailleurs déjà en

[292] S. Demazeux, « Les Troubles de la personnalité dans le DSM », art cit, p. 59.
[293] *Ibid.*, p. 61.
[294] *Ibid.*, p. 62.

> pressentir les contours dans l'émergence d'une forme de psychopathologie moins centrée sur le déficit mais davantage sur la recherche concertée avec le clinicien d'un "well-being", pour reprendre un vœu énoncé par Robert Cloninger (2006), l'un des plus radicaux psychiatres dimensionnalistes[295]. »

Cette conclusion fait écho à de nombreux travaux et constats concernant les évolutions, ainsi que les reconfigurations normatives, qui se sont opérées ces dernières décennies dans le champ de la santé mentale : recherche du bonheur, du bien-être et l'élargissement du secteur d'activité spécialisé dans l'intervention sur la vie mentale.

2.1.3. L'idéal du bien-être et l'élargissement du champ de la santé mentale

La crise nosologique suscitée par la nouvelle place accordée aux troubles de la personnalité est l'indicateur des reconfigurations entourant le rapport entre le normal et le pathologique dans les sociétés occidentales. C'est l'objet d'un des articles d'Alain Ehrenberg qui voit dans la diffusion des notions de « santé mentale » et de « souffrance psychique » « un changement de relation normal-pathologique[296] ».

Ce nouveau rapport normatif à la santé et au bien-être qu'identifie Steeve Demazeux peut également être rapproché des analyses et des projections formulées par Robert Castel, à l'aube des années 1980[297], dans ses textes sur la nouvelle culture psychologique où la partition entre le normal et le pathologique tend à se reconfigurer[298]. Cette reconfiguration laisse la place à un marché grandissant de « nouvelles propositions de sens pratique dans le domaine de l'existentiel », pour reprendre les termes de Nadia Garnoussi, qui s'inscrivent au sein d'une « nébuleuse psycho-philo-spirituelle[299] ». Cette dynamique engendre un élargissement du champ d'intervention des psychothérapies, visible notamment avec « la thérapie pour les normaux[300] ».

Cet élargissement est également évoqué par Françoise Champion dans l'introduction de l'ouvrage qu'elle a dirigé sur les psychothérapies[301]. Cette dernière note qu'il est engendré par

---

[295] *Ibid.*
[296] Alain Ehrenberg, « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, 2004, 304 (5), p. 133-156.
[297] R. Castel, *La gestion des risques*, *op. cit.*
[298] *Ibid.* ; R. Castel et J.-F. le Cerf, « Le phénomène « psy » et la société française. 1. Vers une nouvelle culture psychologique », art cit.
[299] Nadia Garnoussi, *De nouvelles propositions de sens pratiques dans le domaine de l'existentiel: étude sociologique de la « nébuleuse psycho-philo-spirituelle »*, Thèse de doctorat, École pratique des hautes études, Paris, 2007, 452; 102 p.
[300] Robert Castel, Eugène Enriquez et Hélène Stevens, « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? », *Sociologies pratiques*, 28 octobre 2008, n° 17, n° 2, p. 16-17.
[301] Françoise Champion (dir.), *Psychothérapie et société*, Paris, Aramnd Colin, 2008.

deux dynamiques : la démocratisation de la souffrance psychique et l'évolution de la conception de la psychothérapie. Ainsi, pour Françoise Champion :

> « Nous souffrons de plus en plus en ce sens que les raisons de souffrir – raisons socialement reconnues – se sont multipliées, qu'elles relèvent de la vie intime (des traumatismes à la solitude et à toutes les "blessures" de l'existence), du "psychosocial" (rupture de vie, par exemple), des conditions sociales et économiques (souffrance sociale, souffrance au travail, harcèlement moral)[302]. »

Il y a donc eu une démocratisation progressive des souffrances psychiques, qui « ne concernent plus seulement les classes privilégiées mais tout le monde, qu'il s'agisse du sentiment de "perte d'estime de soi" ou de la "peur d'être soi-même", de "l'angoisse et de la culpabilité en continu" ou du sentiment d'une "vie d'échec"[303] ». À cet élargissement des raisons légitimes de souffrir s'ajoute le changement de conception de la psychothérapie. Elle est désormais une *ressource*, « non pour soulager une souffrance intense, mais pour permettre de consolider un mieux-vivre[304] ». Dans ce nouveau contexte, les frontières entre thérapie, coaching et développement personnel se brouillent, tout comme celles des courants thérapeutiques. Il est désormais question d'ajuster la thérapie (qui peut par la suite devenir du coaching) de manière pragmatique et en fonction des besoins de chacun et chacune. Ainsi le mot d'ordre devient *l'intégration* de différents éléments issus de courants thérapeutiques (psychanalyse, thérapie humaniste, TCC) mais aussi d'éléments spirituels sécularisés, comme la méditation en pleine conscience[305]. La trajectoire de la catégorie borderline permet de suivre et d'éclairer ces dynamiques. En effet, Alain Charvet, membre d'une des principales associations concernant le trouble *borderline* en France est Gestalt thérapeute[306], se revendique psychopraticien ainsi que coach (psycoach), en mobilisant également des outils issus des « nouvelles TCC[307] ».

Pour plusieurs auteurs et autrices, cette psychologisation de l'existence ainsi que l'élargissement du champ d'intervention des psychothérapies ont été rendus possibles par le développement de la psychanalyse. Eva Illouz prend comme principal point de départ de la culture du *self-Help*[308] la psychanalyse, et surtout la figure de Freud qu'elle rattache à l'autorité

---

[302] *Ibid.*, p. 17.
[303] *Ibid.*
[304] *Ibid.*
[305] N. Garnoussi, « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle », art cit.
[306] La *gestalt thérapie* est l'une des principales représentantes de la psychologie humaniste.
[307] Cf. Chapitre 3. II. La thérapeutique émotionnelle.
[308] Cette expression est souvent traduite par « développement personnel ». La traduction de ces expressions respectives (*Self-Help* et développement personnel) est épineuse et mériterait davantage d'analyses. Dans cette optique d'éclaircissement, j'ai co-organisé, avec Océane Sipan et Julie Rodrigues Leite, un colloque sur le développement personnel qui avait pour objectif de mieux saisir les ambivalences, les mécanismes et les enjeux

charismatique wébérienne[309]. Pour Robert Castel, c'est également la psychanalyse et son développement qui a permis l'émergence puis la diffusion de la culture psychologique, en produisant une demande à laquelle elle n'avait pas les moyens de répondre. Ce sont donc les « bâtards de la psychanalyse », c'est-à-dire les formes psychothérapeutiques humanistes et post-psychanalyse, qui vont répondre à cette demande et étayer le processus de psychologisation des sociétés occidentales. Robert Castel, qui a séjourné durant une année aux États-Unis, entre 1973 et 1974[310], s'est inscrit dans ces nouveaux groupes de psychothérapie qu'il considère comme le noyau à partir duquel se diffuse la culture psychologique.

> « Mon interprétation a été que c'était un déplacement non seulement de la médecine mentale mais même de la psychanalyse, à travers des formes popularisées, beaucoup plus rapides et moins chères, touchant un public plus large, la petite "middle class", les étudiants. Il m'avait donc semblé que cela constituait un noyau de diffusion d'une "culture psy" généralisée où la vie sociale tout entière était considérée comme du psychologique[311]. »

Tout ceci prend place dans un contexte qui est marqué par l'importance croissante des diagnostics, notamment « psys », dans la vie sociale. Cette importance se reflète dans l'émergence récente du champ de la sociologie du diagnostic, notamment impulsé par la sociologue Annemarie Jutel[312] à la suite de quelques travaux précurseurs[313]. Cette sociologue soutient, avec Ginny Russell, l'idée que les sociétés occidentales auraient atteint « l'âge du diagnostic[314] ». C'est également ce que met en avant Svend Brinkmann, dans une approche qui se revendique de la psychologie culturelle. Il dresse le constat de la diffusion des « cultures diagnostiques »[315] au sein des sociétés occidentales. Son travail permet de souligner que les diagnostics ne sont désormais plus seulement des outils exclusivement associés au pouvoir des médecins. Ils sont devenus également parfois souhaitables et recherchés par les personnes touchées par des difficultés et des souffrances. Cela a notamment pu être documenté par les

---

entourant le développement personnel. *Développez-vous ! – Pratiques et ambivalences du développement personnel*, https://developpezvs.hypotheses.org/ , 8 octobre 2021, (consulté le 11 septembre 2024).

[309] Eva Illouz, *Saving the Modern Soul – Therapy, Emotions, and the Culture of Self–Help*, 1er édition., Berkeley, University of California Press, 2008.

[310] De ce séjour il tire un ouvrage, coécrit avec Anne Lovell, intitulé *La société psychiatrique avancée*

[311] R. Castel, E. Enriquez et H. Stevens, « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? », art cit, p. 17.

[312] Annemarie Jutel, « Sociology of diagnosis: a preliminary review », *Sociology of Health & Illness*, 2009, vol. 31, nº 2, p. 278-299.

[313] Mildred Blaxter, « Diagnosis as category and process: The case of alcoholism », *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 1978, vol. 12, p. 9-17 ; Phil Brown, « Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness », *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, p. 34-52.

[314] Annemarie Jutel et Ginny Russell, « Past, present and imaginary: Pathography in all its forms », *Health*, 2021, p. 1-17.

[315] Svend Brinkmann, *Diagnostic Cultures. A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*, Londres, Routledge, 2016.

travaux qui ont mis en évidence les dynamiques de pathologisation par le bas (*from below*)[316]. Il semble ainsi aujourd'hui qu'il y ait une quête pour nommer et définir nos états mentaux, nos personnalités, ainsi que les difficultés existentielles rencontrées. Ces difficultés sont cadrées comme liées à notre individualité, et elles sont majoritairement reconnues comme des raisons légitimes de souffrir.

Pour Svend Brinkmann, cette recherche de diagnostic est le résultat d'une appréhension quantitative de la subjectivité ("*quantitative" view of subjectivity*). Cet auteur s'appuie sur le travail de Zygmunt Bauman, et rattache cette quête de quantification à la nécessité de resolidifier certains repères dans une société devenue « liquide[317] » – la recherche diagnostique, mais aussi la prolifération des tests de personnalité en ligne ou dans les magazines en seraient les principaux indicateurs. Svend Brinkman soutient ainsi que

> « […] la quête d'une subjectivité quantifiée – les diagnostics psychiatriques jouant un rôle clé dans ce processus – peut être considérée comme une tentative de créer une sorte de solidité à une époque que Zygmunt Bauman a qualifiée de modernité liquide[318]. »

Comme toutes les grandes théories, que ce soit en termes d'informalisation, de néolibéralisation, ou de liquéfaction de nos sociétés, qui partagent beaucoup de points communs avec le discours concernant le « déclin de l'institution[319] » ou encore la montée de l'individualisme, cette dernière pose plus de questions qu'elle n'apporte de réponse. Pour qui et dans quels contextes cette quête diagnostique s'opère-elle ? Comment les appropriations et les usages des diagnostics varient-ils ? Les prochains chapitres seront l'occasion de préciser ces points. Toujours est-il que, concernant la souffrance psychique et la santé mentale, nous assistons à une forme de renversement. Le diagnostic, et plus globalement la thérapie et les savoirs « psys », ne sont plus seulement un outil unilatéral du pouvoir médical mais deviennent, peut-être de plus en plus, une potentielle ressource pour développer et consolider son bien-être et le sens de son existence[320].

Ces transformations ont certainement entraîné ce que l'on peut penser, à la suite de Steeve Demazeux, comme des incompatibilités ontologiques au sein des classifications ; ce qui pourrait effectivement être visible à travers les tensions dans les services psychiatriques

---

[316] PJ McGann, « Troubling Diagnoses » dans PJ McGann et David J. Hutson (dir.), *Sociology of Diagnosis*, Emerald Group Publishing Limited, 2011, vol.12, p. 331-362.
[317] Zygmunt Bauman, *La vie liquide*, Paris, Fayard/Pluriel, 2013.
[318] S. Brinkmann, *Diagnostic Cultures. A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*, *op. cit.*, p. 75 ma traduction.
[319] François Dubet, *Le Déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002.
[320] Cf. Chapitre 6. Se saisir ou se dessaisir du diagnostic ?.

concernant le trouble borderline que je présenterai dans le prochain chapitre[321]. À cette interrogation en termes de mutation ontologique du discours « psy », j'ajoute une interrogation sur les potentielles évolutions de nos configurations sociales et leurs effets – que ce soit dans la manière de percevoir et de nommer ce qui fait désormais souffrance, mais aussi dans les processus contemporains de « fabrication sociale des individus[322] » – qui rendraient alors également compte de ces déplacements au sein de la clinique ainsi que de ces nouveaux usages des diagnostics, des savoirs, et du vocabulaire « psys ». Ces déplacements pourraient donc être redevables d'une analyse en termes de transformation de la problématisation de la vie mentale dans nos sociétés, où la distinction entre le normal et le pathologique semble se brouiller. Cela engendre un élargissement du champ de la santé mentale ainsi que des usages des nouvelles formes d'objectivation du psychologique. Les catégories de santé mentale, qui fleurissent à l'occasion de ces évolutions, peuvent alors servir d'opérateur de distinction et jouer le rôle de mise en ordre symbolique des positions sociales. La nouvelle problématisation de la vie mentale est donc centrée sur un idéal de bien-être où l'intervention psychothérapeutique devient un outil ordinaire d'épanouissement personnel.

2.2. De la fin des orthodoxies au nouvel ordre intégratif

Cette nouvelle problématisation de la vie mentale est accompagnée de l'ouverture d'un vaste champ de la santé mentale. Ce champ est caractérisé par la critique des anciennes orthodoxies, et notamment l'orthodoxie psychanalytique. La psychiatrie fait alors face à une incertitude quant à sa spécificité. La psychanalyse, longtemps dominante, se confronte quant à elle à des attaques particulièrement virulentes, notamment dans le courant des années 2000 à l'occasion de la « guerre des psys[323] ». Dans ce contexte, les soins psychothérapeutiques et psychiatriques trouvent un nouveau mot d'ordre : celui de l'intégration des courants psychothérapeutiques dans une pratique clinique qui revêt une apparence syncrétique. À ce premier sens du terme intégratif, explicitement revendiqué, semble s'ajouter un second : celui d'assurer la bonne intégration sociale des personnes qui vivent des difficultés sous le versant personnel et psychologique, qui expérimentent des formes de souffrances et un sentiment de différence.

[321] Cf. Chapitre 2. À la frontière de la psychiatrie.
[322] Nicolas Duvoux et Bernard Lahire, « La fabrication sociale d'un individu », *La Vie des idées*, 2009.
[323] Françoise Champion, « Guerre des psys. Un enjeu de société » dans Jean-François Marmion (dir.), *Troubles mentaux et psychothérapies*, Auxerre, Éditions Sciences Humaines, 2016, p. 270.

2.2.1. L'espace des TCC comme cristallisation des évolutions du champ de la santé mentale

Dans ce nouveau paysage, les TCC tirent leur épingle du jeu. Elles sont perçues comme des thérapies efficaces, validées par l'*Evidence Based Medicine*, et reconnues institutionnellement. À l'inverse, la psychanalyse essuie des critiques en termes de culpabilisation, de conservatisme, ou encore d'essentialisation des rôles familiaux traditionnels (notamment la focalisation sur le couple parental, et en partirculier le rôle de la mère). L'espace des TCC embrasse quant à lui cet air du temps intégratif, notamment à travers ce qui est nommé la « troisième vague des TCC[324] ». Cette vague est définie comme émotionnelle, attentive à l'intériorité et la profondeur des individus, et elle intègre dans son armature théorico-clinique des éléments issus de diverses traditions psychothérapeutiques, mais aussi des éléments spirituels sécularisés, comme le *mindfulness*[325]. Ainsi, l'espace des TCC cristallise aujourd'hui les évolutions de la santé mentale, en ce qu'il métabolise le second courant concurrent de l'hégémonie psychanalytique : la psychologie humaniste.

En 1981, Robert Castel voyait dans le développement des « nouvelles thérapies » issues de la psychologie humaniste une « voie parallèle, mais qui peut être vécue comme alternative, par rapport à celle qui a été ouverte par les thérapies comportementales, où un même souci d'efficacité est associé à un objectivisme "scientifique" qui répugne encore souvent aux professionnels de la relation[326] ». Ce parallélisme se résorbera progressivement, et sûrement grâce au souci similaire d'efficacité, par l'importation au sein du courant des TCC des éléments de thérapies humanistes lors de la constitution de leur « troisième vague ». Cette nouvelle vague vient parachever la constitution des TCC que l'on connaît aujourd'hui, et qui sont devenues le sous-champ dominant de la santé mentale[327]. Vecteur et produit de l'air du temps psychologiste et naturaliste, les TCC dans leur évolution et leur revendication pragmatiste sont ainsi le réceptacle principal du syncrétisme psychothérapeutique, qui se donne à voir à travers la valorisation actuelle de l'impératif intégratif.

À partir des années 1980, ces thérapies comportementalistes, en quête d'institutionnalisation, vont en effet « intégrer » progressivement dans leur outillage conceptuel et thérapeutique des éléments d'autres courants psychothérapeutiques. Cependant, ce

---

[324] Jean Cottraux (dir.), *Thérapie cognitive et émotions : La troisième vague*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2011.
[325] N. Garnoussi, « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle », art cit.
[326] R. Castel, *La gestion des risques*, *op. cit.*, p. 169.
[327] F. Champion et al., « Logiques des transformations du champ psychothérapeutique en Angleterre, France et Pays-Bas », art cit.

développement ne se réalise pas sans tensions. Les tenants de cette tradition psychothérapeutique identifient effectivement trois moments (« vagues » ou « générations ») au sein de l'histoire des TCC : la première est comportementaliste, la seconde cognitiviste, et la troisième est caractérisée par un « tournant émotionnel » et une revendication d'intégration. Le comportementalisme constitue donc le fondement de ce courant. Il est représenté par les figures d'Ivan Pavlov (dont on se rappelle que le travail constituait initialement le fondement théorique de la traduction américaine de Freud) et Burrhus Skinner. L'objectif est alors de fonder une psychologie scientifique, débarrassée du subjectivisme et du problème de la conscience. Les recherches et les interventions étaient ainsi orientées sur les réactions physiologiques et il s'agissait de penser les processus de conditionnement et de déconditionnement. Malgré la différence pratique, quelques éléments de cette forme de théorisation relativisent néanmoins l'opposition radicale entre la psychanalyse freudienne et le comportementalisme, dans le sens où les deux partagent, *a minima*, une méfiance quant à la conscience et pensent l'histoire du sujet. Georges Lantéri-Laura note effectivement que le psychologue américain, considéré comme l'un des fondateurs du behaviorisme, John B. Watson

> « […] reconnaissait beaucoup devoir à I.P. Pavlov, mais aussi à S. Freud, et, avec le behaviorisme molaire, E.C. Tolman faisait de même. Ils prétendaient pouvoir se passer, dans la psychologie expérimentale, de la notion de conscience, un peu comme Laplace se dispensait, en astronomie, d'avoir besoin de l'hypothèse de Dieu. Le modèle stimulus-réponse paraissait suffisant, et la métaphore de la boîte noire les autorisait à ne pas s'intéresser un instant à l'encéphale. J. Watson tenait la pathologie mentale, sauf pour sa partie évidemment lésionnelle et pour les intoxications exogènes, comme constituée par un certain nombre de syndromes et chaque syndrome de quelques conditionnements, d'ailleurs malencontreux, mais que l'on pouvait faire disparaître par les techniques de déconditionnement. […] C'est là une théorisation qui, d'une part, tient compte de l'histoire du sujet, conçue d'ailleurs comme la chronologie de ses conditionnements, et, de l'autre, propose une praxis thérapeutique, qui d'ailleurs en résulte directement[328]. »

À partir des années 1960, le cognitivisme apparaît et (ré)introduit l'idée que le comportement humain peut être expliqué, et donc changé, par les pensées, à travers notamment les travaux du psychologue américain Aaron Beck, initialement psychanalyste. Le cognitivisme participe à définir l'enjeu de la thérapie comme la prise de conscience par la personne de ses erreurs de pensées. Aaron Beck développe notamment l'idée de « schémas de pensée » qui peuvent être dysfonctionnels et sur lesquels il est possible d'intervenir. L'assemblage entre le comportementaliste et le cognitivisme ne s'est cependant pas réalisé sans frictions. Les tenants du premier fustigeaient ceux du second en les accusant de faire régresser la compréhension

[328] G. Lantéri-Laura, « Principales théories dans la psychiatrie contemporaine », art cit, p. 143.

scientifique de l'être humain. Il faut ainsi attendre 1990 pour que ces deux éléments, comportementalisme et cognitivisme, soient réellement réunis, tout du moins dans le nom des associations et des revues associées à ce courant psychothérapeutique[329]. L'étiquette TCC regroupe encore aujourd'hui des méthodes et des positions différentes et hétérogènes. Cela est visible, par exemple, dans le champ de l'autisme où des thérapeutes labellisé.es « TCC » peuvent être en faveur ou en défaveur de la thérapie comportementale nommée ABA (*Applied Behaviour Analysis*)[330]. La troisième génération des TCC, dite « émotionnelle », s'ancre pleinement dans l'impératif d'éclectisme et d'intégration de plusieurs outils thérapeutiques au sein d'une approche pragmatique dont le mot d'ordre est synthétisé par le titre de la thèse d'Elsa Forner-Ordioni : « *Whatever Works*[331] ».

Un article collectif publié en 2012, portant sur les conceptions et les pratiques des internes en psychiatrie concernant la psychothérapie, dans une optique de sociologie des professions[332], constatait également que les jeunes psychiatres (tendanciellement formé·es aux TCC dans une formation universitaire marquée par l'optique neurobiologique) étaient généralement en faveur d'une diversité d'orientations psychothérapeutiques. Une nouvelle norme concernant le positionnement professionnel dans le champ de la santé mentale semble ainsi apparaître. Dans le discours des internes, « un mot revient ainsi de manière récurrente, celui d'"ouverture"/"ouvert", en tant qu'il s'oppose à la "fermeture"/"fermé" ou au "dogmatisme"[333]. » Cette opposition entre l'ouverture et le dogmatisme se retrouve dans les discours des professionnel·les que j'ai rencontré·es, où les oppositions théoriques sont considérées comme dépassées. Ces oppositions ont été particulièrement virulentes dans le courant des années 2000, avec ce qui a été nommé la « guerre de psys »[334]. Cette guerre s'est particulièrement centrée autour des pro et des anti psychanalyse, notamment avec la publication du *Livre noir de la psychanalyse*[335] dans lequel « s'y trouvait formulé l'essentiel des critiques exprimées outre-Atlantique par les *Freud scholars* et dont beaucoup s'inspiraient des théories

[329] L'association française de thérapie comportementale deviendra en 1990 l'association française de thérapie comportementale et cognitive, et le premier numéro du Journal de thérapie comportementale et cognitive sort en 1991.
[330] Cette thérapie comportementale est accusée de « robotiser » les personnes par sa forme proche du dressage canin.
[331] E. Forner-Ordioni, *« Whatever Works ». Sociologie des thérapies cognitives et comportementales*, *op. cit.*
[332] A.V. Effenterre et al., « Psychiatres... et psychothérapeutes ? », art cit.
[333] *Ibid.*, p. 309.
[334] Tobie Nathan (dir.), *La guerre des psys: manifeste pour une psychothérapie démocratique*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, Le Seuil, 2006.
[335] Catherine Meyer et al., *Le livre noir de la psychanalyse: vivre, penser et aller mieux sans Freud*, Paris, Éditions des Arènes, 2005.

cognitivo-comportementales[336] ». Ces débats ont également tourné autour des rapports de l'Inserm sur l'efficacité des psychothérapies[337] ainsi que sur les troubles du comportement chez les jeunes[338]. La définition de l'étiologie des troubles, mais aussi des choix de thérapeutiques, étaient alors un enjeu de luttes brûlantes. Cependant, aujourd'hui, il s'agirait d'être « ouvert » à toutes les possibilités thérapeutiques, à travers une tolérance vis-à-vis de la diversité des approches thérapeutiques et la nécessité de mobiliser ce qui serait le plus adapté à une situation, dans une optique pragmatique.

Dans ce mouvement, deux thérapies ont émergé : la Thérapie comportementale et dialectique (TCD)[339] et la Thérapie des schémas[340]. Ces deux thérapies ont été élaborées aux États-Unis, à partir des années 1980, afin de prendre en charge spécifiquement le « trouble de la personnalité *borderline* ». Le psychiatre et psychothérapeute Jean Cottraux, l'un des précurseurs du courant comportementaliste en France, présente d'ailleurs la Thérapie des schémas comme la principale représentante de la « nouvelle génération » des TCC décrite comme intégrative et émotionnelle[341].

La thérapie comportementale et dialectique (TCD) est la première thérapie située dans le courant des TCC spécialement conçue pour les personnes dites borderlines. Elle a été créée par Marsha Linehan à la suite d'une étude réalisée dans le courant des années 1980. Elle indique, en introduction de son manuel, que « Même si les nombreux traits spécifiques de cette entité diagnostique [trouble borderline] avaient été reconnus bien avant, l'intérêt actuel pour cette population est partiellement dû à l'obtention de ce statut officiel [i.e. entrée dans le DSM-III] »[342]. Elle cite notamment les travaux de John Gunderson, et c'est donc à la suite de ce qui est perçu comme une « officialisation » du diagnostic que la catégorie est devenue disponible pour la constitution d'une thérapie spécialisée. Cette thérapie est fondée sur une dimension dialectique selon laquelle l'acceptation de soi est le fondement du changement. Elle intègre des éléments spirituels, comme la *mindfulness* ou la prière, ainsi que certaines dimensions psychodynamiques. Marsha Linehan indique dans les remerciements de son manuel des ami·es d'orientation psychodynamique, et un professeur qu'elle décrit comme un maître zen et un

[336] Hervé Mazurel, *L'inconscient ou l'oubli de l'histoire*, Paris, La Découverte, 2021, p. 42.
[337] Inserm, *Psychothérapie : Trois approches évaluées*, Paris, Les éditions Inserm, 2004.
[338] Inserm, *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Les éditions Inserm, 2005.
[339] Marsha M. Linehan, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, Guilford Press, 1993.
[340] YOUNG Jeffrey E., KLOSKO Janet et WEISHAAR Marjorie E., *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, New York, Guilford Press 2003.
[341] COTTRAUX Jean, « TCC, la nouvelle génération » *in* Jean-François Marmion (dir.), *Troubles mentaux et psychothérapies*, Auxerre, Éditions Sciences Humaines, 2016 p. 270.
[342] LINEHAN Marsha, 2000, *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*, Genève, Médecine & Hygiène, p.15.

moine bénédictin. On y voit ainsi s'incarner le paradigme intégratif des thérapies de santé mentale. Il faut également noter que l'on retrouve, dans le manuel de Linehan, la première occurrence d'un commentaire sur les enjeux de genre entourant le diagnostic : bien qu'elle précise que sa méthode est certainement valable pour des « hommes borderlines », son étude regroupait exclusivement des femmes. Cette thérapie repose sur un entrainement qui vise à faire acquérir des compétences ou des habiletés (« *skills* ») dans l'objectif de mieux appréhender la « gestion émotionnelle » ou la « tolérance à la détresse », comme on le verra par la suite.

La seconde thérapie située dans le courant des TCC spécifiquement créée pour le trouble de la personnalité borderline est la thérapie des schémas. Cette thérapie a été développé par Jeffrey Young et son équipe. Young a été l'élève et a travaillé avec Aaron Beck, le principal représentant du courant cognitiviste. L'objectif de cette thérapie est de travailler sur des « schémas » et des « modes » définis comme dysfonctionnels. Comme il le définit, un schéma correspond à un ensemble d'émotions, de modes de pensée, de souvenirs et de sensations physiques qui est lié à un thème récurrent renvoyant à des évènements du passé de la personne. Le mode est un état ponctuel, qui témoigne d'un ou plusieurs schémas en action. Dans son manuel, les schémas sont classés en cinq domaines : « séparation et rejet », « manque d'autonomie et de performance », « manque de limite », « orientation vers les autres », et « sur-vigilance et inhibition ». Les modes sont quant à eux classés en quatre types : « les modes de l'enfant », « les modes des styles adaptatifs dysfonctionnels », « les modes du parent dysfonctionnel », et « le mode de l'adulte sain »[343] – ce dernier mode constitue l'objectif de la thérapie. Je décrirai plus précisément cette thérapie par la suite[344]. Il est intéressant de remarquer que Jeffrey Young assemble dans sa thérapie des outils issus de la thérapie cognitive, à travers la notion de « schémas », ainsi que des outils de la thérapie transactionnelle, l'une des représentantes de la psychologie humaniste. En effet, « pour l'analyse transactionnelle, chaque personne est composée de trois "états du moi", le parent, l'adulte et l'enfant, démarquage de la tripartition freudienne des instances psychiques, sur la base desquelles il entre en relation avec autrui. La technique consiste à acquérir la maîtrise de ces transactions pour les rectifier ou les ajuster. »[345].

[343] Jeffrey E. Young et al., *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité*, De Boeck Supérieur, 2017, p. 23-92 Chapitre 1.
[344] Cf. Interlude I. Le langage de la thérapie des schémas et des modes.
[345] R. Castel, *La gestion des risques*, *op. cit.*, p. 161, note 15.

2.2.2. La prise de consistance du trouble de la personnalité borderline en France

C'est donc par le courant des TCC, qui prend une importance croissante dans le nouveau champ de la santé mentale, et par ses transformations internes (modèle qui se veut intégratif, après un assemblage entre le cognitivisme et le comportementalisme, puis l'intégration d'éléments thérapeutiques et spirituels divers), que la catégorie désormais nommée « trouble de la personnalité *borderline* » prend consistance à partir des années 2000 en France.

Il s'agira ici d'illustrer ces processus et cette dynamique à partir de la trajectoire professionnelle de Firouzeh Mehran, l'une des premières psychologues à avoir importé la thérapie des schémas, et par extension à avoir favoriser l'existence du trouble de la personnalité *borderline* dans le contexte français.

> « Firouzeh Mehran est docteur en psychologie (Ph.D), psychologue clinicienne. Elle a fait ses études dans des universités françaises et américaines. Elle est d'orientation cognitivo-comportementale.
>
> Elle a créé en 1977 le premier centre de psychothérapie familiale d'orientation cognitivo-comportementale à Téhéran-Iran. De 1993 à 2010, elle a été attachée consultante dans les hôpitaux parisiens de Sainte-Anne et Paul Brousse. Depuis 1995, elle a une pratique libérale.
>
> Firouzeh Mehran s'est spécialisée dans les troubles de la personnalité et particulièrement la personnalité borderline, la thérapie des schémas et la psychologie positive. Pendant 5 années, elle a créé et dirigé, à l'hôpital Sainte-Anne (CMME), la thérapie cognitive Emotionnelle (une approche intégrative) de groupe pour le traitement de la personnalité borderline. Durant plus de 20 années universitaires a été chargée de cours dans les universités René Descartes, Nanterre, Paris XI-Sud, Saint-Joseph de Beyrouth et Shémiran de Téhéran. Elle continue toujours la formation.
>
> Depuis 2005 a été choisie par J. Young comme sa représentante en France pour l'approche de la thérapie des schémas et a contribué à l'expansion de cette dernière et depuis 2009, elle a été certifiée niveau experte par "International Society for Schema Therapy".
>
> Firouzeh Mehran était la vice-présidente de l'Association Francophone d'Études et de Recherche sur les Troubles de la Personnalité.
>
> À la date du 27 juillet 2012, Firouzeh Mehran a été admise à l'ACT (Academy of Cognitive Therapy) en tant que membre certifiée avec un statut de Diplomate.
>
> En mars 2013, Firouzeh Mehran a été choisie par "International Association for Cognitive Psychotherapy" comme "International Delegete" pour la France.

> Le 6 septembre 2017, Firouzeh Mehran a été certifiée par "International Society of Schema Therapy" comme "Advanced Level Couples Schema Therapist"[346]. »

Cette description, sur laquelle je suis tombé en juin 2019, fait écho à plusieurs éléments développés précédemment. Par son caractère paradigmatique, il me semble intéressant de développer la trajectoire de cette thérapeute, ainsi que sa manière d'envisager la thérapie et le trouble *borderline*. Pour ce faire, je m'appuie ici sur deux entretiens que j'ai réalisés avec elle en juillet et septembre 2019 dans son cabinet. Il s'agira dans un premier temps de déplier sa trajectoire professionnelle, puis d'analyser les sources de reconnaissance et de légitimation au sein du champ de la santé mentale qui, selon elle, sont pertinentes. Enfin, je mettrai au jour les enjeux sociaux qui sous-tendent ses représentations et son discours, en particulier en termes de genre.

Firouzeh Mehran est une psychologue d'origine iranienne, issue d'une famille favorisée – son père avait une société de conseil, sa mère était écrivaine, et elle comptait plusieurs ministres dans son entourage. Dans les années 1970, elle a fait « *une formation en thérapie comportementale et cognitive* » aux États-Unis où elle a réalisé un doctorat de psychologie sur « *les différentes écoles de psychologie et leur travail sur l'anxiété* ». Par la suite, elle a commencé à travailler en Iran et y a créé en 1977 « *la première clinique de thérapie comportementale de thérapie familiale et de couple* ». À la même période, elle me dit avoir été la première à traduire « *les termes des thérapies cognitives en persan* ». Parallèlement, elle a commencé à enseigner à l'université et à réaliser des supervisions. En 1979, à la suite de la révolution, elle est venue en France où elle décide de reprendre ses études. Elle s'est inscrite en DESS de psychologie clinique et a commencé à travailler avec un professeur de l'Inserm sur la « *cognition des autistes* ». Après un an de travail, elle a commencé une « *deuxième thèse* » qu'elle a dû arrêter à la suite de difficultés familiales. Elle a ensuite essayé de trouver du travail, non sans difficultés.

> FIROUZEH MEHRAN : J'ai commencé à me dire que je ne peux pas ne pas travailler. Financièrement j'étais aisée, je ne peux pas ne pas travailler. Mais la France n'avait pas mis le tapis rouge pour que j'arrive, même si je suis bac plus dix. Et puis tout ce qui était nouveauté ça leur faisait peur, parce qu'à l'époque la psychanalyse c'était tout, c'était tout.

Firouzeh Mehran décrit ici, à partir de son expérience, l'état du champ français de la santé mentale dans le courant des années 1980 où l'approche psychanalytique était dominante. Les TCC, aux prémices de leur institutionnalisation, étaient alors sous le feu de la critique. Un

[346] *Firouzeh Mehran - Psychologue clinicienne*, https://www.firouzehmehran.fr/, (consulté le 25 juin 2019).

article du *Monde* publié en 1979, intitulé *Les traitements de choc du Dr Skinner*[347], met par exemple en parallèle la thérapie comportementale et le film *Orange Mécanique*[348]. En 1980, le numéro 28 de la revue *Autrement,* qui s'intitule « La carotte et le bâton. Pour notre "mieux-être", les psy redécouvrent les vertus et recettes du dressage[349] », critique explicitement cette nouvelle approche qu'est la thérapie comportementale. Lors de l'entretien réalisé par Douglas Seiden avec Mélinée Agathon (qui avait été accueillie dans le service Pierre Pichot pour réaliser ses recherches) dans le cadre de sa recherche sur l'histoire orale des thérapies cognitivo-comportementales en France[350], cette dernière explique :

> « Vous savez, les gens n'aiment pas ce qui est nouveau. On n'aime pas ce qui est nouveau. Alors, donc il y a eu un article dans *Le Monde* (…) qui disait que je mettais les enfants dans un cabinet noir, qu'il fallait faire du "Time out", c'était épouvantable. Et après, il y a eu la carotte et le bâton[351]. »

On retrouve, dans ce passage, la même rhétorique concernant « la nouveauté » que représentait alors le courant comportementaliste. Mélinée Agathon, l'une des figures de l'émergence et de l'institutionnalisation des TCC en France, dirigeait alors un service, et des recherches en psychologie comportementale, à l'hôpital Sainte-Anne de Paris. C'est justement vers cet hôpital que s'est tournée Firouzeh Mehran pour rechercher du travail.

> FIROUZEH MEHRAN : Sainte-Anne était un endroit où il y avait une unité de thérapie comportementale à l'époque, pas ailleurs, rien hein. Il y avait une dame grecque qui dirigeait ça. Deux ou trois fois je suis allé la voir, elle s'était sentie un peu en danger : « non non, on ne peut pas donner de vacations ». Bon. Moi je suis très persévérante. Quelque temps après, j'ai trouvé cette idée, j'ai dit : je veux venir faire un stage – bac plus dix. Et bah je savais pas que la dame avait pris sa retraite, était partie, par chance. Le chef de service, dès qu'il a su que moi j'étais quelqu'un avec un CV, bien formé : « qu'elle vienne ». Je suis allé voir, c'est un homme très intelligent, bon il m'a regardé aussi de la tête au pied [rires] mais super intelligent, super. Il m'a dit : « oui, venez à partir de demain, par contre on n'a pas de vacations, on ne peut pas vous payer ». J'ai dit : « c'est pas grave », moi je voulais me faire connaître, c'est pas grave du tout. […] J'ai pris des consult », mais on n'a toujours pas d'argent. C'est pas grave. Trois ans, j'ai travaillé comme ça.

---

[347] Christian Colombani, « Les traitements de choc du Dr. Skinner », *Le Monde.fr*, 22 oct. 1979, cité par Elsa Forner-Ordioni, *« Whatever Works ». Sociologie des thérapies cognitives et comportementales*, EHESS, Paris, 2019, pp.160-161.

[348] *Orange mécanique*, 1971, Réalisateur : Stanley Kubrick, Hawk Films, Polaris Productions, Warner Bros.

[349] Autrement N° 28, *La carotte et le bâton. Pour notre « mieux-être », les psy redécouvrent les vertus et recettes du dressage.*, Paris, Autrement, 1980, cité par Elsa Forner-Ordioni, *« Whatever Works ». Sociologie des thérapies cognitives et comportementales*, EHESS, Paris, 2019, p.162.

[350] Douglas Y. Seiden, « Behavior and cognitive therapies in France: An oral history », *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1994, vol. 25, n° 2, p. 105-112.

[351] Cité par Elsa Forner-Ordioni, *op. cit.*, p.163. Cette dernière a eu accès aux archives de Douglas Seiden dans le cadre de son enquête.

Je suppose que « la dame grecque » dont parle Firouzeh Mehran est Mélinée Agathon (alors que le père de cette dernière est d'origine égyptienne). Malgré mes tentatives de clarification concernant les personnes qu'elle évoquait durant nos entretiens, elle n'a cité aucun nom et a refusé à plusieurs reprises de me confirmer l'identité de personnes que je pensais reconnaître. Mélinée Agathon a pris sa retraite de l'hôpital Sainte-Anne en 1991, ce qui correspondrait donc à la trajectoire professionnelle de Firouzeh Mehran, qui a travaillé à Sainte-Anne de 1993 à 2010. Après trois années de travail bénévole à l'hôpital Sainte-Anne, elle a ensuite ouvert un cabinet en libéral.

> FIROUZEH MEHRAN : Les gens ils ont commencé à découvrir. C'était les patients de Sainte-Anne : « mais Mme Mehran, pourquoi vous n'ouvrez pas votre cabinet ? » Je me suis dit pourquoi pas ? Le jour où j'ai ouvert le cabinet, j'avais six patientes inscrites déjà, alors que les autres font du mailing, ils vont voir tout ça, ils ouvrent un cabinet après ils ferment.

Au même moment, Firouzeh Mehran se voit attribuer un poste dans cette unité de Sainte-Anne. Elle a ensuite publié plusieurs articles, notamment dans le *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, au sein duquel elle a eu l'occasion de co-écrire un article avec le psychiatre Julien-Daniel Guelfi sur les comportements suicidaires chez les patient·es borderlines[352]. Elle a ensuite créé une thérapie et en a tiré un ouvrage aux éditions Elsevier Masson[353] intitulé *Traitement du trouble de la personnalité borderline : thérapie cognitive émotionnelle*[354]. Firouzeh Mehran a également publié un ouvrage sur la psychologie positive intitulé *Psychologie positive et personnalité : activation des ressources*[355].

La psychologie positive se structure à partir de 1998, lors du congrès de l'*American Psychological Association*. Dans leur ouvrage sur l'idéologie et l'industrie du bonheur[356], Eva Illouz et Edgar Cabanas définissent cette psychologie comme un outil idéologique de l'individualisme, participant à produire l'ordre social des sociétés néolibérales, dont l'une des

---

[352] MEHRAN F. et GUELFI J. -D. (2004), « Les stratégies cognitivo-comportementales pour les comportements suicidaires et parasuicidaires chez la personnalité « borderline » », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, vol. 14, nº 2, p. 71-76.

[353] La plupart des ouvrages des acteurs et actrices de ce sous-champ des TCC spécialisé.es dans les personnalités pathologiques, les troubles de la personnalité, ou encore les thérapies dites émotionnelles, ont été publiée dans cette maison d'édition qui publie des textes scientifiques et qui a regroupé, en 2005, les maisons Elsevier et Masson. Il serait, à mon avis, intéressant d'analyser la stratégie éditoriale de cette maison d'édition, ses réceptions, le contenu de ces différents ouvrages, ainsi que son impact sur les reconfigurations du champ de la santé mentale, dans la veine de l'étude réalisé par Sébastien Lemerle sur les éditions Odile Jacob. Sébastien Lemerle, « Le biologisme comme griffe éditoriale », *Sociétés contemporaines*, 2006, no 64, nº 4, p. 21-40.

[354] Firouzeh Mehran, *Traitement du trouble de la personnalité borderline : thérapie cognitive émotionnelle*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2011.

[355] Firouzeh Mehran, *Psychologie positive et personnalité : activation des ressources*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2010.

[356] Edgar Cabanas et Eva Illouz, *Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*, traduit par Frédéric Joly, Paris, Premier Parallèle, 2018.

dimensions est, selon ces auteur·es, la consolidation de l'ethos thérapeutique, plaçant alors la santé émotionnelle, c'est-à-dire le besoin d'accomplissement personnel, au cœur du progrès social et des interventions institutionnelles. Eva Illouz et Edgar Cabanas historicisent ce nouveau courant psychologique en le présentant comme l'héritier de la psychologie humaniste qui, comme le notait également Robert Castel, a participé à la psychologisation des sociétés occidentales. Ce courant a aussi été à la source d'évolutions au sein du milieu du travail et du secteur industriel.

> « Comme l'ont montré Roger Smith et Kurt Danziger, la psychologie humaniste a eu sa part – tout à fait notable – dans plusieurs évolutions essentielles : c'est en partie à elle que les sociétés occidentales d'après-guerre doivent d'être progressivement devenues des "sociétés psychologiques", et c'est aussi elle qui a conduit les lexiques et techniques de la psychologie à littéralement façonner les besoins des organisations. La théorie de la motivation élaborée par Abraham Maslow et illustré par la fameuse pyramide des besoins a été déterminante. Quant à la psychologie défendue par Carl Rogers, Rollo May, Gardner Murphy, James Bugental, René Dubos, Charlotte Buhler, etc., elle rencontra moins de succès à l'université que dans la société en général et le secteur industriel en particulier[357]. »

La psychologie humaniste a donc participé à l'évolution de l'organisation du travail qui, pour le résumer succinctement, consiste en un passage du taylorisme – qui présuppose l'adaptation des travailleurs et travailleuses à leur poste – à l'adaptation des postes de travail aux salarié.es – que ce soit en termes de « besoins » motivationnels ou émotionnels. Eva Illouz et Edgar Cabanas notent que, par la suite, le type de capitalisme évolue et présuppose davantage de flexibilité dans l'organisation nécessitant alors un réajustement de la doctrine psychologique – ce que Luc Boltanski et Eve Chiapello ont également repéré et nommé la « cité par projets[358] ».

> « Dans ces conditions, la psychologie positive était la solution toute trouvée. Imprégnée de conceptions déjà présentes dans la psychologie humaniste, la littérature du self-Help et la culture du coaching, elle offrait en outre, clés en main, un nouveau discours sur les besoins humains et le bonheur, discours qui répondait parfaitement aux exigences organisationnelles et économiques du capitalisme néolibéral[359]. »

Dans ce contexte, les émotions deviennent alors le centre de l'attention. En effet, Edgar Cabanas et Eva Illouz notent que

> « Des notions comme l'intelligence émotionnelle sont l'expression même d'une forte demande sociale de rationalisation émotionnelle. C'est que les émotions sont aujourd'hui au cœur de l'ethos des sociétés néolibérales – ethos dont la thérapeutique et le soin de soi sont les composantes essentielles. Considérées comme une des

[357] *ibid.*, p. 119-120.
[358] Ève Chiapello et Luc Boltanski, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999.
[359] E. Cabanas et E. Illouz, *Happycratie*, *op. cit.*, p. 124.

> principales sources aussi bien de la santé physique et mentale que de l'adaptation sociale, elles sont aussi à l'origine de la souffrance, de l'inadaptation, de troubles physiques et mentaux, de sorte qu'il est bien évidemment un appel à consommer. Et de fait, ce qui meut aujourd'hui le consommateur, ce qui le pousse à consommer toujours plus, c'est moins le désir de s'élever socialement que celui de se gouverner efficacement, c'est-à-dire de réguler sa vie émotionnelle[360]. »

Bien que l'on puisse se demander si cette recherche de régulation efficace de la vie émotionnelle n'est pas, aujourd'hui, une potentielle source d'élévation ou de distinction sociale[361], cela permet d'expliciter le lien entre ce nouvel impératif de régulation émotionnelle et la spécialisation dans le trouble de la personnalité *borderline* par un nouveau groupe de psys qui cherchent alors à entrer et trouver une place dans le champ de la santé mentale. Ce trouble a d'ailleurs été redéfini comme une forme de dysrégulation émotionnelle à l'occasion de son appropriation par le courant des TCC. Ainsi, à travers la trajectoire professionnelle de Firouzeh Mehran, il apparaît clairement que la spécialisation dans le traitement du trouble *borderline* prend place dans cette dynamique d'attention croissante aux émotions, et s'ancre dans une stratégie de légitimation de nouvelles pratiques psychothérapeutiques qui semble répondre à ces attentes sociales par la revendication d'une dimension intégrative et émotionnelle. Les TCC dites de troisième génération deviennent alors le réceptacle de ces dynamiques, terreau d'un syncrétisme psychothérapeutique qui mélange psychologie humaniste, dimensions psychodynamiques, approche cognitivo-comportementale et psychologie positive.

Cette optique psychothérapeutique, qui permet aujourd'hui à des thérapeutes de trouver une place dans le champ de la santé mentale – et donc au sein du marché des biens symboliques de la culture psychologique – a nécessité, et semble encore nécessiter, une forme de lutte pour sa reconnaissance. Cela transparaît grandement dans le discours de Firouzeh Mehran. En effet, dès la lecture de sa présentation sur son site internet, j'ai été marqué par la liste des nominations, des certifications, et des statuts affichés et revendiqués. Lors de nos entretiens, elle me dit à plusieurs reprises avoir été celle qui, *la première*, a traduit les principes de la thérapie cognitive en persan, a importé la thérapie des schémas en France, ou encore a travaillé et publié sur des sujets novateurs qui deux décennies plus tard font encore l'objet de publications, comme l'interprétation des rêves en thérapie cognitive. Ces revendications, qu'elles donnent forme à

---

[360] *Ibid.*, p. 160.

[361] Norbert Elias écrivait à ce sujet que « l'homme incapable de réprimer ses impulsions et passions spontanées compromet son existence sociale ; l'homme qui sait dominer ses émotions bénéficie au contraire d'avantages sociaux évidents, et chacun est amené à réfléchir, avant d'agir aux conséquences de ses actes ». Norbert Elias, *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1990, p. 190.

une « illusion biographique[362] » ou non, informent l'importance qu'a pu avoir la question de la reconnaissance et de la légitimité dans la trajectoire de cette psychologue. En effet, elle m'a montré à plusieurs reprises ses livres lors de nos entretiens, et m'en a lu des passages. Elle était particulièrement fière de m'annoncer que son dernier livre sur la thérapie des schémas de couple[363], qu'elle venait alors de publier de manière indépendante, était premier des ventes en psychologie clinique sur le site internet d'*Amazon*. Lorsqu'on évoque le livre qu'elle a publié sur son approche cognitive émotionnelle de la personnalité borderline, elle me dit :

> FIROUZEH MEHRAN : Et je vous ai dit que le président de l'association lacanienne, un argentin, il m'a écrit une lettre d'éloge, c'est mieux que la Légion d'honneur ça. Que moi, comportementaliste-cognitiviste, il m'écrit comme ça des éloges : « J'ai donné les références à tous mes étudiants. » Mais Ivan, tout ça, vous savez quoi, si vous savez comment on m'a fait des misères.

Dans cet extrait, on saisit toutes les difficultés vécues par une psychologue étiquetée « comportementaliste-cognitiviste », arrivée en France avant la période charnière du renversement de l'hégémonie psychanalytique. Ces difficultés ont été redoublées par la difficulté de se faire une place dans le champ des TCC (après un premier refus à l'hôpital Sainte-Anne, elle a travaillé bénévolement « *pour se faire connaître* »). La fierté, et la surprise, qu'elle exprime à propos de la reconnaissance du président de l'association lacanienne, montrent également l'importance et la valeur qu'a, à ses yeux, une « *lettre d'éloge* » d'un représentant de l'ancien groupe dominant du champ, qui représente alors davantage de consécration que la Légion d'honneur. Cela montre, encore une fois, que les distinctions et les frontières entre les groupes professionnels au sein du champ de la santé mentale peuvent être comprises moins à travers des différences de perspectives théorico-thérapeutiques incommensurables que par des enjeux de positionnement dans le champ. Cela est d'ailleurs étayé par le psychiatre Jacques Rognant, l'une des principales figures du courant comportementaliste-cognitiviste. Il explique, à propos de l'ajout du terme « cognitivisme » à l'expression thérapie comportementale en 1990, qu'

> « On voyait le mouvement cognitiviste qui commençait à intéresser beaucoup de gens en France, de psychanalystes. Donc on s'est dit il va peut-être y avoir une association de thérapie cognitive qui sera faite par des psychanalystes donc on s'est dit "c'est extrêmement dangereux" parce qu'il y en a d'autres qui vont s'approprier le mot. Donc on a voulu, je ne sais pas, verrouiller, "lock", fermer, bloquer, donc on s'est dit,

[362] Pierre Bourdieu, « L'illusion biographique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1986, vol. 62, nº 1, p. 69-72.
[363] Firouzeh Mehran, *La Thérapie des Schémas et des Émotions pour les Couples : Comprendre et piloter les relations des couples en détresse*, Independently published, 2019.

> maintenant l'approche cognitive ça nous appartient, c'est à nous. Il y a eu ce changement important, mais ça n'a pas changé radicalement les choses[364]. »

J'ai également pu saisir ces enjeux de reconnaissance dans la dynamique de nos entretiens. En effet, lors de nos rencontres, Firouzeh Mehran a endossé le rôle de l'enseignante et de la directrice de recherche, et m'a assigné la place de l'élève à qui elle rendait service pour mieux circonscrire sa recherche et ses questionnements, en tant que spécialiste du sujet qui possède donc l'autorité en la matière. Lors de ces discussions, Firouzeh Mehran résistait à ma posture de sociologue. Les techniques de relance classiques étaient souvent inopérantes. Lorsque je reformulais une de ses réponses pour susciter la parole, elle me demandait, d'une manière qui laissait transparaître son impatience, si j'avais d'autres questions. Elle maîtrisait la dynamique de l'interaction à l'image de ce passage.

> FIROUZEH MEHRAN : Sache une chose, moi je te tutoie, comme mes enfants, tu as quel âge ?
>
> IG : 25 ans
>
> FIROUZEH MEHRAN : 25 ans, olala tu es très jeune. Donc tu écoutes.

Cependant, ce tutoiement, qui s'est instauré au cours de notre deuxième entretien, s'est vite arrêté, au profit d'un retour au vouvoiement lorsque je lui ai posé des questions sur ses origines sociales, notamment la profession de ses parents et de son frère. Elle ne comprenait pas l'intérêt de ces questions dans le cadre de ma thèse, à l'image des dominants qui sont réfractaires à l'objectivation de leurs pratiques professionnelles et de leurs trajectoires sociales[365].

> IG : Et rapidement, comme c'est un entretien sociologique, pour contextualiser votre trajectoire… Vous m'aviez parlé de votre frère qui a fait une thèse sous la direction de Claude Lévi-Strauss et aussi qu'il y avait des ministres dans votre entourage. Donc vos parents ils faisaient quoi comme professions ?
>
> FIROUZEH MEHRAN : Mon père avait une société de conseil, pourquoi ça vous intéresse ça ?
>
> IG : Pour vous positionner un peu socialement, c'est de la sociologie. Et si vous ne voulez pas répondre, il n'y a pas de soucis.
>
> FIROUZEH MEHRAN : Mon père avait une société de conseil et il était associé avec la Caisse des dépôts, Mehran, et ma mère était écrivain.
>
> IG : Ok, et votre frère a fait une thèse avec…

---

[364] cité par E. Forner-Ordioni, *« Whatever Works ». Sociologie des thérapies cognitives et comportementales*, *op. cit.*, p. 169.

[365] Hélène Chamboredon et al., « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, 1994, vol. 16, nº 1, p. 114-132.

> FIROUZEH MEHRAN : Lévi-Strauss, et il a fini sa thèse [son téléphone sonne]. Ivan, j'ai pas compris le lien entre votre thèse et ma situation familiale.

Cette expression, relativement explicite, d'une forme de domination et d'autorité dans la dynamique de l'entretien, peut être analysée comme étant l'indicateur d'une position professionnelle peu assurée. En effet, dans son article concernant un refus de terrain en psychiatrie, Muriel Darmon précise, en reprenant l'article collectif « S'imposer aux imposants[366] », que

> « […] les "manifestations les plus brutales" de la domination exercée sur l'enquêteur se trouverait principalement dans les interactions avec des "dominés des dominants" et traduiraient une domination moins "assurée", là où les "dominants des dominants" joueraient le jeu d'une domination symbolique "masquée" et "intégrant les règles de bienséance, de politesse et d'hypocrisie"[367]. »

Ainsi, cette expression de la domination renverrait aux difficultés vécues de Firouzeh Mehran pour se faire une place dans le champ de la santé mentale, et par sa position peu assurée au sein de ce champ. Ce dernier point peut être attesté par le décalage que l'on note entre les titres et les consécrations légitimes et celles qu'elle met en avant, notamment lorsqu'elle s'enorgueillit d'une autopublication, pourtant peu légitimes dans le champ scientifique et universitaire. Ainsi, le groupe des thérapeutes spécialisés dans le trouble *borderline* qui se revendiquent d'une pratique intégrative et émotionnelle, n'est pas totalement assuré de sa position et semble, encore aujourd'hui, lutter pour sa reconnaissance.

On pourrait émettre l'hypothèse que la délégation de la prise en charge de la souffrance psychique par l'État à une partie des thérapeutes pratiquant en libéral participe de la pluralisation des instances de reconnaissance, et donc du type de structure de capitaux possédés par les thérapeutes au sein de ce nouveau champ en extension ; du capital de légitimité classique, reposant sur les supports institutionnels traditionnels (diplôme, institutions psychiatriques universitaires, recherche…), aux nouvelles formes de légitimités associées à l'activité en libéral qui peuvent alors reposer sur des signes de réussite commerciale (être première des ventes sur le site d'*Amazon* par exemple). Justement, Robert Castel identifiait en 1981

> « […] une bipolarité, plus qu'une franche opposition, entre les tendances proprement scientifiques dont les supports institutionnels relèvent en général des traditions les plus anciennes et des implantations les plus respectables (médecine, recherche scientifique,

[366] *Ibid.*

[367] Muriel Darmon, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Geneses*, 2005, no 58, nº 1, p. 103 citant H. Chamboredon et al., « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », art cit, p. 127.

> administrations publiques), et celles qui se déploient aux marges des appareils officiels et ont accumulé un moindre capital de légitimité. Schématiquement, on dira que le pôle le plus institutionnalisé gère davantage les dysfonctionnements et les risques les plus objectifs – signalés par une autorité extérieure en raison des perturbations dont ceux qui en sont affectés menacent d'être porteurs –, tandis que le pôle le plus diffus prend plutôt en charge les fragilités plus subjectives – celles qui sont éprouvées sous forme de malaises et d'insatisfactions et incitent souvent le sujet lui-même à porter son problème à un spécialiste[368]. »

L'incompréhension de Firouzeh Mehran face à mes questions concernant les potentiels effets de ses origines sociales sur sa trajectoire professionnelle indique également sa réflexivité partielle, voire son impensé, du poids des dimensions sociales, et notamment en termes de genre, concernant la définition du trouble *borderline* et sa pratique psychothérapeutique. Il apparaît néanmoins que dans son discours, la personne *borderline* est *a priori* une femme, et que les difficultés se cristallisent autour de la relation amoureuse. Cette dimension est présente dans la majorité des textes et des discours entourant actuellement ce diagnostic. On peut souligner que Firouzeh Mehran utilise le féminin pour évoquer les « *six patientes* » qu'elle avait dès l'ouverture de son cabinet en libéral. Lors de notre deuxième entretien, elle a lu le résumé d'un article en anglais, en l'entrecoupant de commentaires en français, sur la thérapie des schémas pour les couples dont l'un des membres est *borderline*. Son discours laisse alors transparaître l'évidence de l'hétérosexualité du couple, ainsi que de la féminité du trouble *borderline*.

> FIROUZEH MEHRAN : Romantic relationship is just an emotional bond – lien, bond ça veut dire lien. They are indeed based on natural need for reassuring connection – pour une connexion rassurante. Borderline partners repetitive pain make to other partner suffer – t'as tellement de souffrance, problèmes, que l'autre, le pauvre, souffre. Partner suffering from borderline personality disorder are usually depicted as they have [inaudible] – violent – with several mode swing – la montagne russe, des hauts et des bas -, violent episodes, dysfunctional copying and dichotomy. The borderline partner see things in a split way, dichotomic – blanc, noir. Thus the relationship can feel very confusing for the other partner – le pauvre il sait pas tout ça, il comprend pas. Elle, elle dit : « ah mais je t'aime », deux seconds après : « je te déteste ». Ils sont perdus, quand ils viennent là, les pauvres, ils ont des cernes jusque-là, les hommes.

La trajectoire de Firouzeh Mehran que je viens de replacer au sein des dynamiques de reconfiguration du champ de la santé mentale permet de saisir les processus par lesquels le trouble de la personnalité *borderline* a pris consistance dans le contexte français. C'est ainsi dans le courant des années 2000 que cette forme anglicisée de la catégorie vient supplanter la discrète et marginale catégorie d'états limites. Cela est alors possible à travers la valorisation

[368] R. Castel, *La gestion des risques*, *op. cit.*, p. 197.

croissante des TCC, et la diffusion des thérapies spécialisées (thérapie des schémas et thérapies dialectique et comportementale). Ces TCC se présentent sous une nouvelle forme qui intègre sans difficulté des éléments disparates, dont des références à la psychanalyse. Dans son ouvrage sur la psychologie positive, Firouzeh Mehran n'hésite par exemple pas à citer le travail de Sigmund Freud sur l'humour[369], tandis que dans son livre sur le traitement de la personnalité borderline, elle développe des schèmes d'interprétations psychodynamiques, en reproduisant la caricature du rôle central de la mère que plusieurs critiques de la psychanalyse ont pourtant pu dénoncer[370]. De plus, son discours permet de saisir un élément central des processus de construction de la catégorie diagnostique : la présence-absence du genre. En effet, à l'exception du travail de Marsha Linehan, qui souligne dans son manuel de Thérapie comportementale dialectique (TCD) que son étude n'a porté que sur des femmes, tout en précisant que sa thérapie fonctionnerait surement avec des hommes, la question du rapport de genre n'est jamais évoquée par les publications concernant les états limites et la catégorie *borderline* que j'ai mobilisées pour esquisser sa trajectoire historique.

2.2.3. Structuration du champ de la santé mentale au prisme du trouble de la personnalité borderline

L'esquisse de la sociohistoire du trouble *borderline* permet donc de comprendre que la reconfiguration du champ de la santé mentale a été propice à ce que cette catégorie prenne consistance dans le contexte français. Cette reconfiguration a permis effectivement la constitution d'au moins deux des quatre vecteurs de la formation d'une « niche écologique[371] », c'est-à-dire la diffusion d'une forme de taxinomie qui reconnaît l'existence d'une personnalité troublée qui prendrait le nom de *borderline* et donc d'une possibilité, dans le champ de la santé mentale de reconnaître et d'observer des comportements et des symptômes qui, au prisme de la forme actuelle de problématisation de la vie mentale, correspondrait au trouble *borderline*.

En effet, si l'on prend comme indicateur la publication d'ouvrages comportant dans le titre les expressions « trouble de la personnalité *borderline* » et « états-limites », on peut identifier une augmentation du nombre de publications depuis le milieu des années 2000. En effet, en prenant comme indicateur la présence, dans les titres des ouvrages, les termes « états limites », « personnalité limite » et « personnalité borderline », avant 2000, seulement

[369] F. Mehran, *Psychologie positive et personnalité*, *op. cit.*
[370] F. Mehran, *Traitement du trouble de la personnalité borderline*, *op. cit.*
[371] Ian Hacking, *Les Fous voyageurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en Rond, 2002.

6 ouvrages ont été publiés en France, contre 51 à partir de l'année 2000[372]. Avant le milieu des années 2000, les publications – qu'elles soient des traductions ou non – sont majoritairement psychanalytiques et mobilisent le terme d'« états-limites » ou de « personnalité limite ». Bien que des prémices puissent être identifiées à la fin des années 1990, c'est au milieu des années 2000 que l'anglicisme « personnalité *borderline* » commence à apparaître en titre des ouvrages sur le sujet. Ce changement terminologique est lié à un changement de type d'auteur·es qui écrivent sur le sujet. Ce sont des auteur·es qui se positionnent dans une nébuleuse regroupant les psychothérapies humanistes, les thérapies cognitivo-comportementales, la psychologie positive et qui sont psychiatres, psychologues, psychothérapeutes ou encore psychopraticien·ne·s, et non plus seulement psychanalystes. Dans ce nouveau paysage, plusieurs postures vis-à-vis du diagnostic de trouble de la personnalité borderline se dégagent.

Dans l'introduction, lorsque j'ai évoqué les intérêts à l'enquête des professionnel·les, j'ai schématiquement distingué trois types de postures vis-à-vis du diagnostic : fausse catégorie, fourre-tout, vraie catégorie. Au vu des développements précédents, il est possible d'affiner cette cartographie en identifiant des espaces dans lesquels des rapports différenciés à la catégorie se développent. Il y a tout d'abord l'espace psychanalytique, où émerge la catégorie qui prend une forme variable en fonction des travaux. Il y a ensuite l'espace des thérapies cognitivo-comportementales, qui mobilise la forme standardisée de la catégorie issue du DSM qui prend le nom de « trouble de la personnalité *borderline* ». Enfin, on retrouve un espace peu évoqué et tendanciellement invisibilisé dans les passages historiques sur cette catégorie, l'espace de la psychologie féministe. Dans chacun de ces espaces, on retrouve des prises de position en faveur ou en défaveur de la catégorie, la prenant plus ou moins au sérieux.

Une autre dimension de différenciation réside dans le caractère national de ces espaces, qui fait varier la teneur des discussions en fonction qu'elles se situent dans un contexte anglophone ou dans le contexte français. Il apparaît que les discussions et débats entourant cette catégorie, dans le contexte anglophone, prennent pour acquise la forme standardisée de la catégorie[373]. Les débats sur la catégorie que l'on peut retrouver dans ce type de texte sont en conséquence polarisés autours de deux positions : 1) déplorer la méconnaissance, et donc la

[372] Ce nombre provient d'une recherche sur le catalogue générale de la BNF avec comme mots clés : « trouble de la personnalité borderline », « états limites » et « personnalité limite ». Cette recherche n'est pas exhaustive mais montre une tendance, celle de l'augmentation du nombre de publication française sur le sujet durant le courant des années 2000.

[373] On peut ici faire l'hypothèse que cela est lié à la perte de pouvoir nette de la psychanalyse et à la prise de pouvoir de l'*American Psychological Association* (APA), ce qui est loin d'être une situation comparable au contexte français.

stigmatisation, des personnes *borderline* dans les services de soin ; 2) proposer d'abolir la catégorie, car dans une perspective féministe, ces *symptômes* peuvent être considéré comme des réponses « normales » à des situations traumatiques, en particulier de violences sexistes et sexuelles.

En France, l'étendue des prises de position est parfois difficilement lisible en raison de la fréquente mise en équivalence des deux formes de la catégorie (état-limite et personnalité *borderline)*. Ce qui nous confirme par ailleurs qu'il existe une continuité concrète entre ces deux formes. Cependant, et comme je l'ai évoqué dans l'introduction de cette thèse, dans les espaces enquêtés (d'orientation neurobiologique et favorable aux TCC), l'anglicisme était systématiquement utilisé. De même, du côté des personnes rencontrées dans le cadre d'entretiens biographiques, c'est encore cette forme anglicisée qui était mobilisée dans la discussion. Le choix de l'anglicisme, que je réutilise, permet donc de situer l'espace thérapeutique sur lequel porte ce travail et dans lequel s'est déroulée mon enquête de terrain : un espace où l'on retrouve une défiance vis-à-vis d'une approche exclusivement psychanalytique et une légitimité accordée à l'optique neuroscientifique, au courant cognitivo-comportemental ainsi qu'au *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM). Je retrouve donc, dans mon travail de terrain, les mêmes enjeux et discussions qu'au sein du contexte anglophone, et notamment celui entourant le traumatisme. Cependant, le statut et la compréhension du traumatisme varient en fonction des positions, et les spécialistes du trouble *borderline* peuvent tout autant expliquer une partie de l'étiologie du trouble par des évènements traumatiques (« environnement social invalidant »), que certaines prises de position d'orientation féministe, évoqué en introduction de cette thèse, pour lesquelles il faut préférer une approche en termes de stress post-traumatique, ou de stress post-traumatique complexe[374]. Ainsi, la signification et la définition du traumatisme peuvent varier, tout comme la solution pratique considérée comme la plus appropriée pour prendre en charge ses effets.

Cette clarification concernant les prises de position vis-à-vis de la catégorie *borderline* révèle un double enjeu. Celui de la circulation des concepts et des idées entre deux champs nationaux, et donc l'existence d'un potentiel champ transnational de la santé mentale – dimension que je n'ai pas pleinement interrogée, car cela nécessiterait des enquêtes à part entière. Le second enjeu concerne la structuration du champ de la santé mentale français. J'ai ainsi pu saisir la manière dont le pôle psychanalytique constitue celui des ancien·nes

[374] J. Eaton, « Le trouble de la personnalité limite (ou « borderline ») est une foutaise misogyne. », art cit ; J.L. Reimer, *Elle doit être folle : le discours psychiatrique, les « troubles de la personnalité » et la régulation sociale des femmes subversives*, *op. cit.*

dominant·es, pouvant dans certaines situations néanmoins conserver une forme d'autorité et de respectabilité, là où le pôle neurobiologique associé à l'optique cognitivo-comportementale intégrative et émotionnelle constitue celui des nouveaux dominant·es. Au sein de ce dernier pôle, la forme d'activité (en libéral ou à l'hôpital, en psychiatrie de secteur ou universitaire, etc.) a une importance sur la reconnaissance et la stabilisation du positionnement des thérapeutes. Une dernière position, invisibilisée dans les textes proposant une historiographie, est celle des psychologies féministes, qui s'associe à la prise de parole de personnes concernées, qui peuvent émettre des critiques quant à l'existence du trouble *borderline* et aux types de prise en charge associée. Dans la suite de ce travail, en liant avec le type de terrain que j'ai effectué, il sera davantage question de ces deux derniers pôles, que de celui des psychanalystes.

Conclusion. Variations autour des manières de nommer la frontière de la folie

La catégorie « trouble de la personnalité *borderline* » s'est développée dans deux principaux espaces : la psychanalyse anglophone et l'espace « psy » d'orientation cognitivo-comportementale dit émotionnel et intégratif adossé aux neurosciences. Cependant, les histoires construites par les acteurs et actrices de la santé mentale participent à essentialiser et à réduire « la psychanalyse » et « la psychiatrie » à ces espaces, en loupant alors l'hétérogénéité de la psychanalyse (qu'elle soit internationale ou française) ainsi que de la psychiatrie. Cette double réduction participe également à invisibiliser les dynamiques de reconfiguration du champ de la santé mentale. Dans cette reconfiguration, la psychiatrie devient un élément qui se dilue dans un vaste espace de la santé mentale, et la valorisation actuelle des TCC signifie moins la victoire de cette approche, et la disparition de l'optique psychanalytique, qu'une hybridation et une intégration de savoirs apparemment divers, ayant l'apparence d'une nouvelle forme syncrétique. Dans cette dynamique, la partition entre psychologie et psychiatrie tend à être dépassée (tout du moins concernant les souffrances psychiques), occasionnant alors un renouvellement de la représentation et de la signification de la souffrance psychique désormais pensée à partir d'un continuum entre le normal et la pathologique. Cela va de pair avec les nouvelles attentes normatives concernant la santé mentale et le bien-être. La constitution de la catégorie *borderline* en diagnostic du DSM en fait donc une personnalité troublée et pathologique, dont l'usage présuppose une certaine problématisation de la vie mentale et de ses ratés. Les différentes formes prises par cette catégorie charrient néanmoins une interrogation commune : quelle est la frontière entre le normal et le pathologique ? Seulement, là où la forme psychanalytique conceptualise un état à cheval entre structure névrotique et psychotique, les « nouvelles » thérapies qui participent à la diffusion de la forme anglicisée de la catégorie problématisent une personnalité émotionnellement troublée. Cette différence ne repose cependant pas sur des incompatibilités épistémologiques ou ontologiques radicales (les « nouvelles » TCC se situant d'ailleurs dans la filiation de la réception américaine de la psychanalyse). Elle révèle bien plutôt l'état des rapports de forces au sein du champ de la santé mentale, ainsi que l'extension croissante de la sphère d'activité spécialisée sur la vie mentale. Ces variations autour de la manière de nommer la frontière de la folie sont donc situées sociohistoriquement, mais aussi en termes de genre ; dimension dont la présence-absence dans les textes historiographiques ainsi que dans mes entretiens avec les professionnel·les sera au centre du développement des prochains chapitres.

Les travaux français situés dans le champ des sciences sociales qui prennent pour objet cette catégorie, représentés notamment par ceux d'Alain Ehrenberg[375] ou de Pierre-Henri Castel[376], semblent en partie louper les enjeux de ces évolutions en restant focalisés sur la forme psychanalytique de la catégorie. La nouvelle problématisation de la vie mentale entraîne une importance croissante des diagnostics et de la perspective quantitative de la subjectivité. L'espace pluriel des TCC, qui absorbe les courants des psychologies humaniste et positive, devient alors le réceptacle privilégié de ces nouvelles dynamiques, que ce soit en termes de démocratisation de la souffrance et de la thérapie, ou encore de multiplication et de diffusion des catégories diagnostiques. C'est d'ailleurs ce que l'on peut repérer dans le travail de Marc Joly sur la catégorie de « pervers narcissique[377] ». La démocratisation de l'usage de cette catégorie, initialement développée dans le champ psychanalytique par Paul-Claude Racamier[378], a été rendue possible par une rencontre, que Marc Joly définit comme « contingente », entre la psychanalyse et le courant des TCC à la fin des années 1990. Cette rencontre s'est faite entre la psychanalyste Marie-France Hirigoyen qui publie son ouvrage sur le « harcèlement moral[379] » et la thérapeute comportementaliste-cognitiviste Isabelle Nazare-Aga qui publie au même moment deux ouvrages sur « les manipulateurs[380] » ; manipulateurs qui, précise-t-elle, ont le même profil que les pervers narcissiques. À l'aune des développements de ce chapitre, cette rencontre semble moins contingente que déterminée par l'évolution du champ de la santé mentale, où la tendance est à l'éclectisme, l'hybridation et l'intégration.

Tout ceci permet donc de situer et délimiter le cadre de mon enquête de terrain qui s'est déroulée dans l'espace universitaire de la psychiatrie et auprès de professionnel.les de tendance comportementaliste-cognitiviste avec des conceptions proches des neurosciences qui revendiquent une approche intégrative, ainsi qu'auprès de personnes qui s'approprient de manière différenciée ce diagnostic.

---

[375] A. Ehrenberg, *La société du malaise*, *op. cit.*

[376] Pierre-Henri Castel, « Informalisation et vie psychique : un programme de recherche éliasien. La "crise du moi" chez les psychanalystes et les moralistes critiques de la modernité récente, et l'invention de la catégorie d'états-limites » dans Cédric Moreau de Bellaing et Danny Trom (dir.), *Sociologie politique de Norbert Elias*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2022, p. 299-316.

[377] Marc Joly, *« Pervers narcissiques » : pourquoi ce terme donne l'impression qu'ils sont partout ?*, http://theconversation.com/pervers-narcissiques-pourquoi-ce-terme-donne-limpression-quils-sont-partout-184961 , 28 juillet 2022, (consulté le 11 septembre 2024).

[378] *Les concepts de Paul-Claude Racamier - Autour de Racamier*, https://www.autourderacamier.com/concepts/, (consulté le 28 juillet 2022).

[379] Marie-France Hirigoyen, *Le harcèlement moral : La violence perverse au quotidien*, La Découverte, 2016.

[380] Isabelle Nazare-Aga, *Les manipulateurs sont parmi nous*, Alexandre Stanké, 2013.

CHAPITRE 2. À LA FRONTIERE DE LA PSYCHIATRIE. Les « border » aux urgences

> « Pour les *borderline* et pour les hystériques, alors pour les hystériques en plus c'est souvent, on parle plus de traits de personnalité hystériques parce que c'est rare les vrais hystériques complets, tableau complet, etc. Donc en effet pour les traits de personnalité hystérique et pour les patients *borderline*, souvent il y a un sentiment de rejet [chez les soignant·es] parce que je pense que c'est un sentiment de mise en échec. »
>
> Entretien avec Marc Ducret, interne en psychiatrie

> « [Les *borderline*] c'est des patientes qui suscitent chez les soignants, que ce soit les médecins, les infirmières, les aides-soignantes – alors je vais utiliser un terme psychanalytique même si c'est vraiment pas mon truc – un contre-transfert vraiment de malade, et ça vraiment des fois c'est pas simple à gérer je trouve, parce que pour créer une alliance avec les patientes, alors c'est des patientes qui suscitent beaucoup ça parce qu'elles mettent en branle les équipes, elles arrivent à créer des discordances dans les discours ou à être très à l'affût des petits dysfonctionnements et de les révéler, et vraiment de mettre en branle ouais. »
>
> Entretien avec Benjamin Pinaud, interne en pédopsychiatrie

Dans les services d'urgences psychiatriques, l'expression « *border* » est, comme on l'a vu[381], un sujet de plaisanterie entre les professionnel·les. Elle correspond également à l'une des catégories qui suscitent une forte exaspération professionnelle. Dans le langage du service, elle se situe dans l'ensemble mouvant des troubles de la personnalité, nommé couramment « *troubles de perso* » où sont également rangées les catégories d'« *hystéro* » ou encore de « *psychopathe* »[382]. Christelle Bobin, une interne en pédopsychiatrie, dit un jour à propos des *borderline* : « *Moi ça me crée un rejet ! Après ça ne veut pas dire qu'on ne fait rien, mais moi je ne peux pas les prendre en charge*[383] ». Pour Éloïse Houel, interne, ce type de patientes : « *C'est compliqué… Ça fait remonter des choses chez chacun*[384] ».

Deux dimensions reviennent ainsi régulièrement lorsque les professionnel·les de la psychiatrie évoquent la catégorie *borderline* : les ressentis négatifs et la mise en difficulté des équipes soignantes. Cette mise en difficulté est souvent qualifiée avec la notion de « clivage ». Quand elle évoque son stage précédent dans une unité de crise, Camille Mueller, interne au Service B, m'explique par exemple qu'elle « *en voyait plein* », des *borderline*, et que ces dernières « *clivent les équipes* ». Lorsque je lui en demande la raison, elle me répond : « *parce*

---

[381] Cf. Introduction générale.
[382] Termes renvoyant respectivement au « trouble de la personnalité histrionique » et au « trouble de la personnalité antisociale » listés dans le DSM.
[383] Journal de terrain, service de pédopsychiatrie, 19 décembre 2018.
[384] Journal de terrain, service de pédopsychiatrie, 10 décembre 2018.

qu'il y a plein de prises en charge différentes, donc les membres de l'équipe sont pas d'accord[385] ». La principale tension correspond à la décision d'hospitaliser ou non une personne dite *borderline* ce qui, comme on le verra, peut susciter des conflits et des désaccords dans les équipes de psychiatrie.

Dans ces petites phrases, on retrouve de manière condensée et implicite certains éléments de la conceptualisation et de la trajectoire historique de cette catégorie diagnostique ; notamment la question du contre-transfert et du « clivage du moi », centrale dans les élaborations psychanalytiques anglophones autour de cette catégorie. En suivant ces discours, il y aurait une contamination des équipes par la psyché troublée des *borderline.* L'équipe soignante se cliverait, elle aussi, et ses membres représenteraient alors soit le « *bon objet* » soit le « *mauvais objet* » auprès de personnes dites « *border* » qui auraient un mécanisme de pensée en « *noir et blanc* », en « *tout ou rien* », vivant leurs relations à travers la survalorisation de l'autre ou, à l'inverse, sa dévalorisation totale[386]. Ces dynamiques relationnelles s'immisceraient dans les interstices de l'organisation des services psychiatriques et viendraient mettre *en échec* le travail des professionnel·les des services psychiatriques.

Cette forme d'explication s'ancre dans un registre explicatif psychologique, où l'exaspération suscitée par les « *border* » serait engendrée par des mécanismes de clivage, des mécanismes intersubjectifs de transfert et de contre-transfert, par la mise en échec des solutions thérapeutiques proposées, ainsi que par le fait qu'elles ne pourraient pas réellement « aller mieux[387] ». Cela serait alors le signe de l'échec du travail de soin qui suscite donc chez les professionnel·les de l'agacement. Ce registre explicatif renferme beaucoup de présupposés concernant cette catégorie et les catégories connexes rangées dans le vaste ensemble des « *troubles de perso* ». Marc Ducret, l'interne du service d'urgences psychiatriques adulte, m'explique en effet que la question de savoir si les troubles de la personnalité sont des maladies psychiatriques ou non suscite un important débat en psychiatrie actuellement[388]. De ce fait, ce

[385] Journal de terrain, service de pédopsychiatrie, 10 décembre 2018.

[386] Ce discours, que j'ai pu entendre dans les différents terrains hospitaliers, que ce soit aux urgences psychiatriques ou dans l'hôpital de jour pour *borderline*, correspond à la conceptualisation du clivage chez les psychanalystes qui ont travaillé sur la catégorie *borderline* : « La manifestation la plus connue du clivage est probablement la division des objets externes en certains "totalement bons" et d'autres "totalement mauvais" avec pour conséquence la possibilité pour un de ces objets d'un passage complet et brutal de l'un à l'autre des extrêmes ; c'est-à-dire le renversement soudain et complet de toutes les idées et sentiments à l'égard d'une personne particulière. Des oscillations extrêmes et répétées entre des concepts de soi contradictoires peuvent être aussi le résultat du mécanisme de clivage. Le clivage n'apparaît pas comme un mécanisme isolé mais s'associe à d'autres. » O.F. Kernberg, *Les Troubles limites de la personnalité*, *op. cit.*, p. 56.

[387] Lise Demailly et Nadia Garnoussi, *Aller mieux. Approches sociologiques*, Villeneuve-d'Ascq, Presses Universitaire du Septentrion, 2016.

[388] Journal de terrain, Service d'urgences psychiatriques adultes, 19 décembre 2016

registre permet de saisir la représentation professionnelle concernant cette catégorie, qui occasionne des discours concernant la frontière de ce qui relève de la psychiatrie, et donc de sa juridiction professionnelle[389].

Émergent effectivement la question d'une pluralité de possibilités concernant la prise en charge potentielle des « *border* », ainsi que celle de la distinction entre maladie psychiatrique, que l'on pourrait soigner, et troubles de la personnalité, qui seraient voués à perdurer. Ces éléments peuvent être rapprochés du « discours de la crise totale de la psychiatrie », audible notamment depuis les États Généraux de la psychiatrie de 2003[390], et décrite par Samuel Lézé[391]. Pour ce dernier, ce discours comprend deux dimensions principales : celle du « manque de moyens » auquel est confrontée la psychiatrique, ainsi que celle de l'indétermination et de l'élargissement tendanciel du « mandat social » de la psychiatrie. Ainsi, écrit-il que

> « Si le thème [de la crise de la psychiatrie] ne surprend pas, le manque de la psychiatrie publique et son désordre ne datant pas d'hier, il prend un sens particulièrement aigu dans un contexte où le périmètre du mandat social de la psychiatrie ne cesse de s'étendre au grand dam des psychiatres. Le Livre blanc de la psychiatrie qui paraît en mars de la même année [2003], sous la houlette de la Fédération française de psychiatrie (FFP), tente de diagnostiquer le mal qui atteint la psychiatrie et les remèdes possibles pour redéfinir les fondamentaux de la discipline. Le mal est la "santé mentale" et son cortège de "souffrance psychique". Convoquer le psychiatre à tout bout de champ en dehors de sa juridiction le "déloge" de sa vocation première : soigner le malade. Ce sont donc les psychiatres eux-mêmes qui critiquent la psychiatrisation du "mal-être" qu'il est bien difficile de distinguer du "vécu" de tout un chacun confronté aux conditions difficiles de la vie en société392. »

Ces transformations ont engendré l'apparition d'une intervention psychiatrique d'urgence prise en tenaille entre de nombreuses demandes et la nécessité de « vider les lits[393] » face à la réduction du nombre de places d'hospitalisation et de financements alloués à la psychiatrie

---

389 Andrew Abbott, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

390 « Les raisons pour lesquelles les professionnels de la psychiatrie se mobilisent ainsi tiennent à un faisceau de causes diverses qui peuvent cependant se classer en trois problématiques distinctes: tout d'abord, un registre professionnel mettant en cause les moyens actuellement mis à disposition de la psychiatrie par les tutelles, obligeant cette discipline à préciser, et peut-être restreindre, ses missions du fait de la raréfaction de ces moyens; ensuite, un questionnement sur la place et les limites de la science au sein de la psychiatrie; enfin, une réflexion sur la place que notre société laisse à la singularité de chacun de ses membres. Ces différents niveaux sont évidemment étroitement articulés les uns aux autres, mais le plus important est que chacun de ces axes de travail n'est pas sans poser à notre société dans son ensemble un certain nombre de questions tout à fait fondamentales » Hervé Bokobza (dir.), *La psychiatrie en péril en dépit des états généraux*, Ramonville Saint-Agne, ERES, 2006, p. 9, cité par Samuel Lézé, *op.cit.*, p.108.

391 Samuel Lézé, *L'autorité des psychanalystes*, Paris, PUF, 2010, p. 108.

392 *Ibid.*, p. 108-109.

393 L.A. Rhodes, *Emptying beds: the work of an emergency psychiatric unit*, Édition 1995., Berkeley, University of California Press, 1991, 199 p.

publique. Les services d'urgences psychiatriques sont donc actuellement des dispositifs charnières de l'organisation des soins psychiatriques, où les professionnel·les réalisent un travail de tri[394] face à « une opacité sur le contexte du trouble et sur son caractère "authentiquement" psychiatrique (vs médical ou social)[395] ».

Dans les services ethnographiés, ce travail reposerait donc en grande partie sur la distinction entre les troubles mentaux et les troubles de la personnalité. Les premiers pourraient être soignés et relèveraient de la psychiatrie tandis que les seconds relèveraient de la « souffrance psychique » et ne devraient pas être psychiatrisés. Cette distinction s'articule à des enjeux de manque de moyens, et le travail aux urgences psychiatriques consiste à sélectionner les personnes qui mériteraient les ressources désormais rares que constituent l'hospitalisation et le suivi ambulatoire en psychiatrie publique[396]. Le trouble de la personnalité *borderline* vient cependant gripper ce travail de tri en pratique, comme me l'explique Marc Ducret :

> MARC DUCRET : En fait, dans les troubles de la personnalité, le trouble de personnalité borderline c'est vraiment un trouble particulier. […] Moi je pense que les troubles de la personnalité, qui est un avis personnel qui est partagé… qu'il faut pas les psychiatriser, sinon on psychiatriserait le quart de la France quoi. Je pense que du coup, dans ces contextes-là, s'ils fonctionnent bien et qu'ils ont pas de pathologie psychiatrique par-derrière, qu'il y ait pas de dépression, des tentatives de suicide, ces patients-là ils doivent pas être psychiatrisés. Ils peuvent, s'ils décident de voir une psychologue, ils peuvent avoir de l'aide, mais il faut pas les psychiatriser dans le sens hospitalisation, suivi au CMP. […] Après les personnalités borderline c'est vraiment particulier parce que les personnalités borderline il y a beaucoup de pathologies qui sont déclenchées par derrière, du fait de l'instabilité émotionnelle, des consommations de drogues fréquentes, l'histoire de vie difficile. Parce que souvent dans l'enfance on retrouve aussi des maltraitances, et ça amène pas mal de fois à des vraies menaces suicidaires. Des tentatives de suicide qui sont assumées. Beaucoup de suicides d'ailleurs. Et ça déprime beaucoup les gens, c'est-à-dire qu'il y a beaucoup de personnalités borderline déjà parmi les bipolaires, et il y en a beaucoup parmi les dépressifs aussi, donc il y en a beaucoup qui vont se déprimer ou les bipolaires qui vont avoir des pathologies psychiatriques à côté.

Cet extrait montre la complexité de la classification des patient·es aux urgences psychiatriques. Il y aurait des troubles qui peuvent s'atténuer, parce qu'intrinsèquement différents de la « normalité » et donc traitables par la psychiatrie, alors que les troubles de la

---

[394] Guillaume Lachenal, Céline Lefève et Vinh-Kim Nguyen, *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, Paris, PUF, 2014, 302 p.

[395] Isaac Joseph, « La relation de service et la gestion des urgences psychiatriques », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, 1996, vol. 73, nº 1, p. 111.

[396] Alisa Lincoln, « Psychiatric emergency room decision-making, social control and the 'undeserving sick' », *Sociology of Health & Illness*, 2006, vol. 28, nº 1, p. 54-75 ; Ivan Garrec, « Méritant·e ou non méritant·e ? La sélection des patient·e·s aux urgences psychiatriques » dans Thomas Denise et al. (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Paris, Éditions de l'Irdes, 2022, p. 329-337.

personnalité, que l'on diagnostique lorsque plusieurs « traits » de personnalité sont réunis, constitueraient une forme de « normalité » de la personne, que la psychiatrie publique n'a pas vocation à traiter, mais que la psychothérapie, voire les soins privés, devrait néanmoins accompagner. En cela, dans les services de psychiatrie universitaire[397], les troubles de la personnalité ont pris la place occupée auparavant par les névroses, et le couple « névrose-psychose » est remplacé par le couple « trouble de la personnalité-trouble mental ». Il est d'ailleurs intéressant de noter que la constitution, en 1980, de l'axe II du DSM-III qui regroupe les troubles de la personnalité, est concomitante de l'abandon du terme « névrose » par cette classification psychiatrique. Ainsi, les troubles de la personnalité, en tant que manière d'être au monde *a priori* non pathologique, n'auraient pas leur place en psychiatrie publique. Seulement, le trouble *borderline* pourrait dans certains cas engendrer des symptômes et comportements qui relèvent de la psychiatrie, comme une authentique dépression et un véritable risque suicidaire. À suivre ces raisonnements tortueux, on pourrait s'y perdre : à quoi le pathologique et le normal correspondent-ils alors ?

On retomberait ici sur une incertitude typiquement psychiatrique[398], et on pourrait, à la suite de l'analyse de Steeve Demazeux[399], comprendre ces indéterminations comme étant le résultat de la « crise nosologique » suscitée par la prise d'importance des troubles de la personnalité dans la classification psychiatrique américaine[400]. En effet, les logiques catégorielle et dimensionnelle de la classification des troubles mentaux s'entrechoquent dans les schèmes de perception de ces internes en psychiatrie[401]. En suivant cette ligne d'analyse, il pourrait donc s'agir de la concrétisation, en pratique, des débats houleux (et non tranchés) qui ont eu lieu lors du groupe de travail sur les troubles de la personnalité réuni en vue de la publication du DSM-5, analysé par Steeve Demazeux comme étant une crise engendrée par une mutation ontologique du discours « psy » (la friction entre lecture catégorielle et dimensionnelle). Cependant, cette perspective ne permet pas davantage que le discours

---

[397] Les services de psychiatrie de secteur s'inscrivent tendanciellement dans un référentiel psychanalytique contrairement aux services universitaire, nouveaux dominants du champ, où la psychiatrie neurobiologique et le DSM sont les principaux instruments mobilisés, Cf. Infra. 1.2.3. Des espaces paradigmatiques du segment de la psychiatrie universitaire.

[398] Owen Whooley, *On the Heels of Ignorance. Psychiatry and the Politics of Not Knowing*, First édition., Chicago, University of Chicago Press, 2019, 310 p.

[399] S. Demazeux, « Les Troubles de la personnalité dans le DSM », art cit.

[400] Voir Chapitre 1. Des états limites à un trouble des émotions.

[401] Durant mes terrains, j'ai davantage discuté avec des internes et des jeunes psychiatres. Le fait que ces services soient universitaires participent de la relative jeunesse des professionnel·les, et mon âge a également rendu plus propices les échanges avec les plus jeunes de ces professionnel·les. Il me semble que leur position dans la carrière professionnelle rend leur discours d'autant plus intéressant. Ils et elles se trouve en phase d'acculturation au champ psychiatrique et sont, sans doute, les mieux placés pour formuler et expliciter les tensions et enjeux entourant les pratiques et les idéologies psychiatriques contemporaines.

professionnel de saisir ce qui est concrètement défini comme relevant du trouble *borderline* aux urgences psychiatriques ni de saisir ce que cela révèle dans ces espaces.

Afin de dépasser les limites du registre psychologique de l'explication de la mise en échec du travail psychiatrique, mais aussi celles de l'analyse en termes d'ontologie des classifications, ce chapitre éclairera empiriquement la manière dont la catégorie « *border* » est construite en pratique dans les services d'urgences psychiatriques. L'approche ethnographique des services d'urgences psychiatriques, et la focalisation sur l'usage de l'expression « *border* » permettent effectivement de documenter les dimensions morales et sociales qui traversent les mécanismes d'objectivation du trouble de la personnalité *borderline* dans ces espaces. En effet, et à l'image des services d'urgences généraux, les soignants sélectionnent les personnes qui accéderont aux soins dans ces espaces selon des critères cliniques, organisationnels, moraux et sociaux[402]. Cela permet ainsi de saisir, à partir d'un « petit mot » *a priori* anodin, les logiques de l'organisation et du fonctionnement de la psychiatrie publique actuelle. En effet, l'analyse de l'usage du terme « *border* » aux urgences psychiatriques peut ici être rapprochée de celle élaborée par Howard Becker[403] à propos des « rosses[404] », cette catégorie de patient·es jugée exaspérante par les étudiant·es de médecine qu'il a observé·es dans les années 1950 à Kansas City[405]. En interrogeant cette catégorisation, Howard Becker comprend rapidement qu'il s'agit majoritairement de femmes qui viennent à l'hôpital avec beaucoup de complaintes sans pour autant que les médecins puissent repérer la moindre pathologie physiologique discernable. Cette catégorisation négative repose sur trois dimensions : les étudiant·es pensent ne rien pouvoir apprendre des « rosses », qui nécessiteraient seulement d'être pris en charge par la parole et non par des actes médicaux spécifiques ; suite à leurs nombreuses complaintes, l'examen clinique des « rosses » prend beaucoup de temps dans une temporalité clinique resserrée ; et les « rosses » ne permettent donc pas de réaliser de véritables actes médicaux

[402] Carine Vassy, « Categorisation and micro-rationing: access to care in a French emergency department », *Sociology of Health and Illness*, septembre 2001, vol. 23, nº 5, p. 615-632.
[403] « Une ligne de démarcation : les rosses » dans Howard S. Becker, *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, la Découverte, 2002, p. 239-249.
[404] Ce terme est la traduction du termes américain « crock » qui n'a pas d'équivalent en français, voici la justification de ce choix de traduction : « [le terme crock], qui signifie littéralement « cheval claqué, vieille rosse », ne semble pas avoir d'équivalent dans le langage médical français, où l'on utilise plutôt des expressions telles que « c'est un cas », « c'est un numéro » ou, plus explicitement, « c'est psychosomatique ». Pour diverses raisons, malheureusement, ces expressions françaises fonctionnent mal pour la présente démonstration. NdT. » *Ibid.*, p. 239-240, note n°1.
[405] Cette période d'observation s'inscrit dans la recherche collective sur les études de médecine qui a donné l'un des livres classiques sur la socialisation professionnelle dans le milieu médical : Howard S. Becker et al., *Boys in White: Student Culture in Medical School*, New Brunswick, Transaction Publishers, 1976.

(définis comme des actes pouvant à la fois sauver et faire mourir[406]). À partir de cette catégorie, Howard Becker et ses collègues ont pu repérer les grandes lignes concernant les valeurs et les normes de la pratique de la médecine, c'est-à-dire une pratique qui repose sur un savoir d'expérience (« perspective de l'expérience clinique ») et une pratique qui vise à « véritablement » soigner (« perspective de la responsabilité médicale »)[407]. À partir de ce petit mot, Howard Becker et ses collègues ont ainsi déplié l'état du monde de la médecine perçu comme « normal » et intériorisé par les étudiant·es de médecine durant leur formation. Il en va de même pour la catégorie « *border* », car son usage permet de révéler en creux l'ordre « normal » de la psychiatrie : les personnes qui relèvent et méritent véritablement d'y être incluses, mais aussi ce que doit être un comportement de patient·es psychiatrique approprié. Cette définition de la marche « normale » de la psychiatrie est déterminée en grande partie par l'organisation des soins, en termes de moyens et de lits d'hospitalisation disponibles, ainsi que par les efforts pour maintenir l'autorité médicale de la psychiatrie dans un contexte d'expansion du champ de la santé mentale.

L'analyse de l'usage du trouble *borderline* aux urgences psychiatriques permet ainsi de spécifier une première forme de son existence sociale ; ici professionnelle, souvent cachée aux patientes à qui il est attribué, et réservé aux coulisses des services d'urgences. Une première section de ce chapitre portera sur les espaces dans lesquels s'est déroulée cette ethnographie, c'est-à-dire des services d'urgences psychiatriques universitaires. Après être revenu sur l'organisation du travail des deux services étudiés, je décrirai les représentations et théories psychiatriques qui imprègnent ces services (I.). Dans une seconde section, et en partant de descriptions ethnographiques de l'usage de l'expression « *border* », il s'agira d'éclairer les logiques de l'objectivation de la souffrance psychique qui y est réalisée. Je décrirai le langage professionnel des services qui contient des catégorisations informelles et qui met en mots des émotions professionnelles (II.). Enfin, dans une troisième section, je présenterai les mécanismes qui construisent les valeurs et les (il)légitimités différenciées des patient·es et de leurs

demandes. On retrouve ici des processus d'évaluation de la crédibilité, de valorisation/dévalorisation des patient·es, mais aussi les effets des conditions matérielles et organisationnelles dans lesquelles se réalise le travail psychiatrique d'urgence (III.). Ces

[406] Le principe relevé par Howard Becker est le suivant : « On ne peut guérir quelqu'un que si on peut aussi le tuer. » H.-S. Becker, *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, *op. cit.*, p. 249.
[407] Howard S. Becker et al., « L'assimilation des valeurs médicales par les étudiants de médecine : les perspectives de la responsabilité médicale et de l'expérience clinique », *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 2020, nº 209, p. 107-127.

différents développements permettent finalement de montrer que l'usage professionnel de l'étiquette « *border* » est révélateur des tensions actuelles de l'institution psychiatrique.

I. Une enquête au sein de la psychiatrie d'urgence universitaire

J'ai réalisé des périodes d'observations ethnographiques au sein de deux services où se réalisait une intervention psychiatrique d'urgence : le Service A et le Service B. Sur son site internet, le Service A est défini comme « un service d'urgence psychiatrique régional ». Il se situe dans l'enceinte historique d'un hôpital psychiatrique de région parisienne. J'y ai réalisé des observations ethnographiques qui se sont étalées de fin octobre 2016 à début février 2017. Dans cet espace, exclusivement psychiatrique, les patient·es restent en moyenne entre 4 et 6 heures, avec une possibilité de rester 24 heures maximum en consultation prolongée. Ce temps maximum est grandement inférieur aux services d'urgences psychiatriques étudiés par d'autres sociologues, que ce soit aux États-Unis par Lorna Rhodes[408] ou en France par Morgane Delmas[409]. Les services étudiés par ces autrices offrent en effet la possibilité d'une hospitalisation courte de quelques jours, ce qui n'est pas le cas dans le Service A. Cela s'explique certainement par le maillage institutionnel particulièrement dense qu'offre la région parisienne, où l'on trouve une offre de soins davantage fournie que dans d'autres territoires, même si des disparités sont à relever. Ces dimensions relèvent de ce que François Sicot nomme le « système local de prise en charge », autrement dit de l'organisation des soins psychiatriques sur un territoire donné, ainsi que les rapports de pouvoir et d'interdépendance entre les différentes structures[410].

Le Service B, de son côté, est le service de pédopsychiatrie d'un hôpital universitaire général de la région parisienne. Il se divise en plusieurs unités situées sur deux étages, le sous-sol et un étage supérieur. L'unité C comprend la psychiatrie générale des moins de 15 ans, un

[408] L.A. Rhodes, *Emptying beds: the work of an emergency psychiatric unit*, *op. cit.*
[409] Morgane Delmas, « Urgences et parcours de soins en psychiatrie » dans François Sicot (dir.), *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, L'Harmattan., Paris, 2019, p. 101-160.
[410] « En parlant de "système local" plutôt que d'"offre", nous souhaitions mettre l'accent sur deux dimensions des soins en santé mentale : l'interdépendance et le pouvoir. L'interdépendance car, lorsqu'une des structures ouvre ou ferme des services, décide de participer ou pas à l'hospitalisation post-urgences, aux soins sous contrainte, à l'accueil des sans domicile fixe ou des patients consommant des drogues, cela a des conséquences sur les autres acteurs et par conséquent sur l'ensemble du système de soins - qu'il soit formellement articulé ou pas. La question du pouvoir est en parallèle déterminante dans la structuration des soins, car les établissements n'ont pas tous les mêmes droits et les mêmes obligations, ni la même capacité à négocier avec l'ARS: ils maîtrisent alors plus ou moins leur file active (ce qui est à mettre en relation avec l'activité des autres établissements), et ont conséquemment un pouvoir très inégal quant à la définition de leurs propres missions" François Sicot (dir.), *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, Paris, Éditions L'Harmattan, 2019, p. 280.

groupe thérapeutique TDA/H (Trouble du déficit de l'attention/Hyperactivité), et des Consultations Pédopsychiatriques d'Urgences (CPU). On y trouve également une unité de prise en charge et de diagnostic de l'autisme, une unité spécialisée dans les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA), une unité concernant les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs et le syndrome de Gilles de la Tourette, ainsi qu'une unité prenant en charge les addictions. Ce service a également un Centre Médico-Psychologique situé à quelques kilomètres de l'hôpital. L'intervention psychiatrique d'urgence, dans cet espace, correspond donc à un travail de liaison entre une équipe psychiatrique qui est relativement réduite (1 interne, 1 sénior, 1 infirmière) et les urgentistes du service d'urgences générales de l'hôpital. Aucun lit d'hospitalisation spécifiquement dédié aux urgences n'est prévu, et l'hospitalisation courte d'urgence ou post-urgence peut se réaliser dans le service de psychiatrie de l'hôpital, aux « lits-portes[411] » des urgences, ou dans un autre hôpital, et, dans tous les cas, s'inscrit dans le contexte d'un faible nombre de lits d'hospitalisation disponibles.

Ces dimensions qui correspondent à la structuration et l'organisation des soins dans un territoire donné, ainsi que l'interrogation quant aux parcours de soins des personnes prises en charge, ne sera pas l'entrée privilégiée dans ce chapitre. Il s'agira plutôt de focaliser l'analyse sur le travail et les pratiques professionnelles au sein des services d'urgences, avec pour fil rouge l'interrogation concernant la forme que prend l'objectivation du trouble de la personnalité *borderline* dans ces espaces.

1.1. L'Organisation du travail des services d'urgences psychiatriques

1.1.1. Le Service A. Un espace de sélection aux portes du secteur psychiatrique

Le service A est composé de psychiatres « séniors », d'internes en psychiatrie, d'infirmier·es, de cadres de santé, et de secrétaires. Les personnes peuvent arriver de leur propre chef, accompagnées par des proches, amenées par les pompiers, ou plus rarement par la police. Généralement, elles ne sont pas passées préalablement par un service d'urgence médicale de type SAU (Service d'Accueil et d'Urgence), et viennent dans ce lieu pour des raisons qu'elles, ou les personnes accompagnantes, ont jugé être psychiatriques. C'est également un lieu de recours professionnel, car, à l'image du service d'urgences psychiatriques étudié par Morgane

[411] Les « lits-portes » sont des lits d'hospitalisation courte (24h maximum), pour des patients venus aux urgences et qui n'ont pas pu être transférés un service spécialisé. Toutes les pathologies peuvent potentiellement se retrouver au « lits-portes ».

Delmas[412], il n'est pas rare que les personnes soient envoyées par un médecin, généraliste ou psychiatre, pratiquant en libéral. Dans le service, en cas de problèmes somatiques graves, comme une « *intoxication médicamenteuse* » par exemple, la personne sera immédiatement transférée vers un SAU par le SMUR[413]. À l'arrivée des personnes, les professionnel·les commencent un travail d'évaluation qui se déroulera tout au long de leur trajectoire dans le service, et qui consiste schématiquement en quatre étapes principales : le premier contact au bureau d'accueil, un entretien infirmier, un entretien médical quasi-systématiquement réalisé par un·e interne, et un processus de « *séniorisation* » où l'interne et l'infirmier·e discutent avec le ou la psychiatre « *sénior* » afin de valider l'évaluation et la décision d'orientation. À la suite de cette séniorisation, il peut parfois être décidé de réaliser à nouveau un ou plusieurs entretiens avec le ou la patiente et/ou les personnes accompagnantes, jusqu'à ce que la décision d'orientation soit stabilisée[414].

Durant cette période d'observations ethnographiques, je m'intéressais au travail clinique dans cet espace afin d'interroger les processus d'évaluation de l'urgence psychiatrique en pratique ; ce que Margaux Bossard, une interne du service, décrit comme le cœur de son activité.

> « Le travail d'interne au [Service A] c'est, en gros, ils nous mettent vraiment en première ligne pour voir les patients, comme t'as pu le voir. Et donc c'est de recueillir les informations recueillies par les infirmiers après leur entretien infirmier ensuite de faire l'évaluation médicale pour le coup, en analysant bien le motif de consultation, en recueillant toute la symptomatologie psychiatrique présente ou pas et en voyant… le but étant de décider de l'orientation du patient, retour à domicile, hospitalisation, hospitalisation libre ou hospitalisation contrainte. Et donc l'interne séniorise toujours son patient en discutant avec un sénior[415]. »

Dans ce service, j'ai été accueilli comme « stagiaire » et on m'a demandé de porter une blouse blanche, comme l'ensemble de l'équipe professionnelle du service. J'ai pu observer la réunion d'équipe journalière, appelée le « staff », passer du temps derrière le comptoir d'accueil avec les infirmier·es, ou encore discuter avec les professionnel·les pendant des pauses café ou cigarette. Au début de ce terrain, j'accompagnais exclusivement les internes. Cette place, que l'on m'avait attribuée, était celle des externes. Cette attribution s'explique par la proximité, en

[412] M. Delmas, « Urgences et parcours de soins en psychiatrie », art cit.
[413] Structures mobiles d'urgence et de réanimation.
[414] J'ai développé, dans mon mémoire de master, ces différentes étapes de la trajectoire des patient·es dans ce service d'urgences psychiatriques, cf. Ivan Garrec, *Le raisonnement psychiatrique au prisme de l'urgence. Tensions autour de la contrainte et de l'accès aux soins*, Mémoire de master 2 « Santé, Population, Politiques Sociales », sous la direction de Carine Vassy, École des Hautes Études en Sciences Sociales et Université Paris 13, Paris, 2017.
[415] Entretien avec Margaux, interne au Service A

termes d'âge et de niveau d'étude, avec ces dernier·es. La négociation de ma présence dans le service, qui s'est réalisée avec le chef de service, le psychiatre Arthur Capron, explique également ce rattachement au côté des médecins (et non des infirmier·es). Avec ce premier positionnement auprès des internes, je n'avais alors accès que de manière partielle à la trajectoire des patient·es du service. Au bout de quelques semaines, j'ai négocié la possibilité de suivre également les infirmier·es. J'ai ainsi pu centrer mes observations sur les trajectoires de patient·es, de leur arrivée au comptoir d'accueil à leur sortie, en passant par les différents entretiens et les nombreuses discussions entre professionnel·les du service. Avec ce choix méthodologique, j'ai donc principalement interagi avec les infirmier·es, les internes et les psychiatres (*Cf. Annexe 1.B.*). J'ai également participé à certaines soirées qui réunissaient les membres de l'équipe du service, dans des bars ou au domicile de certain·es ; autant d'occasions qui ont permis d'approfondir ma compréhension de ce milieu social, jusqu'aux recoins de ses coulisses.

L'« évaluation » est un terme central pour caractériser le travail du service, comme me l'indiquait Margaux Bossard, et il revêt une signification vague. En effet, les infirmier·es, les internes et les psychiatres ont tous mis en avant cet objectif au cours de mes entretiens. Pour Louis Audebert, « *le travail d'infirmier c'est surtout* […] *participer à l'évaluation* ». Pour Loïc Tanguy, lui aussi infirmier, « *l'idée c'est d'évaluer la demande et la situation un peu clinique des patients.* » Pour Angélique Michaud, interne quant à elle, son travail consiste à « *évaluer un petit peu cliniquement de quoi* [les patient·es] *souffrent* ». Enfin, pour Antonin Fradet, psychiatre attaché au service, le Service A est « *le lieu de l'évaluation clinique vraiment pragmatique* ». Cette évaluation correspond à la construction d'un cas, c'est-à-dire d'une définition partagée d'une situation au sein d'un ensemble de professionnel·les pluridisciplinaires que la notion d'« équipe » englobe[416]. C'est à partir de cette définition qu'une décision d'orientation sera prise, qui se décline en deux grandes possibilités : l'hospitalisation ou le retour au domicile. L'hospitalisation peut être « libre », c'est-à-dire consentie par les patient·es (même si la production de ce consentement est parfois à interroger), et elle peut également être contrainte (*Cf. Encadré n° 2*). Le retour au domicile peut quant à lui s'accompagner d'une lettre aux professionnel·les qui suivent déjà la personne, d'un adressage à un CMP, à un psychiatre en libéral, ou encore de l'adresse d'un cabinet de psychothérapie. Ce travail d'orientation s'articule à une autre mission du service, celle de sectoriser les

[416] Robert Barrett, *La Traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Les Empêcheurs de penser en Rond, 1999, p. 109.

personnes dépourvues d'affiliation à un secteur et donc, en cas de nécessité, de les y faire entrer (*Cf. Encadré n° 3*).

Encadré n° 2 : L'évolution du cadre législatif de la psychiatrie française

En France, les hospitalisations psychiatriques contraintes sont encadrées par un cadre législatif. Jusqu'à la loi du 27 juin 1990, l'organisation de la psychiatrie française reposait sur la loi du 30 juin 1938, qui a pu être analysée comme relevant d'un contrôle social ségrégatif[417] ou comme un début de « dialogue avec l'insensé[418] ». La loi de 1990 vient prolonger les principes qui prennent une place grandissante depuis la diffusion de l'idéologie de la psychiatrie de secteur (*Cf. Encadré n° 3*), en faisant de l'hospitalisation libre la norme officiellement prescrite. Dans ce cadre, deux formes d'hospitalisations sous contrainte étaient possibles : les « hospitalisations d'office » qui pouvaient être décidées par un préfet ou par des psychiatres, et les « hospitalisations à la demande d'un tiers ». Ce changement législatif est approfondi par la loi du 5 juillet 2011 qui fait suite à une question prioritaire de constitutionnalité, à la suite de laquelle le Conseil constitutionnel confirme l'inconstitutionnalité de la loi du 27 juin 1990 qui rendait possible une privation de liberté par la décision de l'autorité administrative sans regard du pouvoir judiciaire. Cette loi de 2011, reformulée en 2013, introduit donc le contrôle judiciaire de ces hospitalisations : un juge des libertés et de la détention est obligatoirement saisi au bout de 12 jours pour statuer sur le bien-fondé d'une hospitalisation non consentie par un patient. De cette nouvelle loi découle aussi un changement sémantique, d'« hospitalisation sous contrainte » le terme désormais utilisé est « soins sans consentement[419] » – regroupant quant à eux les « soins à la demande d'un tiers », les « soins en cas de péril imminent », et « les soins à la demande d'un représentant de l'État ».

[417] Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1976, 688 p ; Robert Castel, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les Editions de Minuit, 1977.
[418] Gladys Swain et Marcel Gauchet, *Dialogue avec l'insensé. Essais d'histoire de la psychiatrie. Précédé de À la recherche d'une autre histoire de la folie*, Paris, Gallimard, 1994.
[419] Livia Velpry, 2010, « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie », *Journal français de psychiatrie* 2010, vol. 38, n°3, p. 16-18.

Encadré n° 3 : La « sectorisation », une mission du Service A

De nombreux auteurs ont souligné la polysémie du terme de « secteur » en psychiatrie[420]. Livia Velpry précise ainsi que

> « Cette polysémie de la notion de secteur oblige à une rigueur de définition des termes employés pour l'analyse. Pour cela, j'emprunterai à Nicolas Henckes la distinction entre les termes couramment utilisés pour désigner le secteur : le terme de politique de secteur renvoie à une politique publique ; le terme de psychiatrie de secteur est réservé à l'idéologie professionnelle, c'est-à-dire à une manière de penser les pratiques psychiatriques ; le terme de secteur ou de secteur psychiatrique désigne l'organisation des soins ; celui de sectorisation se rapporte à un processus[421]. »

En France, la psychiatrie publique est organisée en aires géographiques qui découpent l'ensemble du territoire français. Chaque aire géographique dépend d'un secteur psychiatrique qui est composé de différents dispositifs, intra et extrahospitaliers, tels que des lits d'hospitalisation au sein d'un hôpital, des Centres Médico-Psychologiques (CMP), des hôpitaux de jour, des Centres d'Activité Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) et parfois des Centre d'Accueil et de Crise (CAC), etc. Il est donc question d'une réorganisation des politiques publiques et des soins psychiatriques, dont le point de départ est la circulaire du 15 mars 1960. Le secteur, sous ses multiples acceptions, est la forme française des évolutions qui touchent la psychiatrie occidentale dans le courant de la deuxième moitié du XXe siècle. Il s'agit ainsi d'une transformation de la norme des soins, selon laquelle le traitement doit s'effectuer « en milieu ouvert » où « […] le diagnostic, le traitement et la réhabilitation des membres gravement perturbés d'une population donnée [se réalise] *au sein de cette même population*[422] ». À cette définition, qui met l'accent sur l'ouverture des murs de l'asile et le passage à une psychiatrie « en milieu ouvert », s'ajoute une dimension organisationnelle où une équipe pluridisciplinaire, répartie dans différents dispositifs, prend en charge la population d'une aire géographique donnée. Le lieu de soins – que ce soit l'hôpital ou un dispositif extrahospitalier – est défini et attribué en fonction du lieu de résidence. Il reste néanmoins possible de choisir des lieux de soins en libéral ou privés, que ce soit de psychiatres libéraux ou des cliniques privées. Lorsqu'une personne n'a pas de domiciliation, ne réside pas en région parisienne, est en région parisienne pour des vacances, ou qu'elle n'a tout simplement jamais été prise en charge par la psychiatrie publique, le Service A lui attribue un secteur, la « sectorise ».

Le Service A est situé dans un hôpital universitaire, et accueille des externes (étudiant·es de deuxième cycle de médecine) et des internes en psychiatrie, ainsi que des stagiaires en soins infirmiers. Les internes qui effectuent un stage au Service A sont généralement en fin d'internat.

[420] Rhenter Pauline, 2004, *De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)*, Thèse de doctorat en Science Politique, sous la direction de Jacques Michel, Université Lumière Lyon II, p.122 ; Henckes Nicolas, 2005, *Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans « l'expérience du treizième arrondissement »*, Rapport MiRe, Cermes ; Velpry Livia, 2008 *op. cit.*

[421] Livia Velpry, 2008, *ibid.* p.74

[422] Estroff Sue, 1998, *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson, p.11, souligné par l'autrice.

Cela s'explique par le prestige du service aux yeux des internes, dont les plus avancé·es dans le cursus ont la priorité du choix des lieux de stage d'internat. Le service a donc vocation à former les futur·es professionnel·les de la psychiatrie à l'intervention d'urgence, et il correspond à un lieu d'apprentissage où une socialisation aux normes de la psychiatrie d'urgence se réalise.

Ce service est donc un espace spécialisé, où le travail se structure autour de quatre activités principales : l'évaluation, l'orientation, la sectorisation et la formation. Il est donc le lieu d'un travail de sélection des personnes qui peuvent accéder à la psychiatrie publique. Ce travail de sélection est l'une des deux principales sources de tensions dans ce service. La seconde concerne la contrainte. En effet, de multiples pratiques de contrainte y sont mobilisées : la contention physique avec des sangles, la sédation, ou encore la décision d'une hospitalisation sans consentement. Cette dimension de contrainte, qui est un enjeu central concernant la psychiatrie publique, ne sera pas au centre des développements de ce chapitre qui se focalise sur la catégorie de « *border* » attribuée à des personnes qui, bien souvent, demandent à accéder à la psychiatrie. C'est avant tout la question de l'indétermination concernant leur accès aux soins qui se joue. En ce sens, cela interroge davantage les enjeux de frontière de la psychiatrie, en termes de juridiction professionnelle et de catégorisation des demandes de soins, que le véritable cœur du métier de la psychiatrie publique qui pose, bien souvent, les questions de l'autonomie, de la décision pour autrui, et donc de la dialectique contrainte/consentement[423]. J'ai exploré plus en détail les enjeux liés à la contrainte dans les contextes des urgences psychiatriques dans d'autres travaux[424].

1.1.2. Le Service B. Un travail de liaison de la Consultation Pédopsychiatrique d'Urgence

Le terrain réalisé dans le service de pédopsychiatrie d'un hôpital d'une grande métropole avait pour objectif de compléter et d'étayer certaines pistes et hypothèses ouvertes par le terrain au service A. Lors de cette période d'observation, le questionnement s'était recentré sur le « trouble de la personnalité *borderline* ». J'ai entendu parler de ce service

[423] Livia Velpry, Pierre A. Vidal-Naquet et Benoît Eyraud, *Contrainte et consentement en santé mentale : Forcer, influencer, coopérer*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2018.

[424] Ivan Garrec, *Urgences psychiatriques. Une routine de la contrainte pour annuler les « risques » ?* https://confcap-capdroits.org/2018/06/03/recueil-confcap-situation-50-urgences-psychiatriques-une-routine-de-la-contrainte-pour-annuler-les-risques/#more-781, 2018, (consulté le 19 mai 2023) ; Ivan Garrec, *Le raisonnement psychiatrique au prisme de l'urgence. Tensions autour de la contrainte et de l'accès aux soins*, Mémoire de master 2 « Santé, Population, Politiques Sociales », sous la direction de Carine Vassy, École des Hautes Études en Sciences Sociales et Université Paris 13, Paris, 2017.

pédopsychiatrique par un ancien interne du Service A, qui y avait également réalisé un semestre d'internat. Lorsque je lui ai parlé de mon projet de thèse, ce dernier me dit d'aller voir au Service B, parce qu'il y avait, selon lui, « *plein de "border"* », qu'il caractérisait alors comme des jeunes filles adolescentes. Après quelques péripéties administratives habituelles pour entrer sur un terrain hospitalier, néanmoins facilitées par la lettre de recommandation que j'avais reçue de la part d'Arthur Capron, le chef du service A, je commence ce nouveau terrain en décembre 2018.

C'est Aude Jouin, la psychiatre cheffe de l'unité C dont dépend la Consultation Pédopsychiatrique d'Urgence (CPU), qui a accepté ma venue dans le service. Mes observations ont principalement porté sur le fonctionnement de la CPU. En semaine, cette consultation est ouverte de 9 h à 16 h 30 et l'interne reste d'« astreinte » jusqu'à 18 h 30. Le week-end, elle est ouverte le samedi matin et fermée le dimanche. L'équipe de la CPU est normalement constituée d'une infirmière, d'un·e interne de « *première ligne* », d'un·e interne de « seconde ligne » et d'un·e pédopsychiatre sénior. Cependant, lors de ma présence, le service était en sous-effectif infirmier, et l'équipe était donc composée de l'interne d'astreinte (« *première ligne* »), de l'interne de seconde ligne et du ou de la psychiatre séniore. Une infirmière a été présente seulement 5 jours durant cette période d'observation. La composition de l'équipe change chaque jour. Les internes sont affecté·es à plusieurs unités de l'hôpital et sont donc, selon un planning, détaché·es à tour de rôle de leur unité pour être de « *première ligne* ». L'interne de « *seconde ligne* », qui travaille dans son unité, se détache à la CPU sur demande de l'interne de « *première ligne* ». Par la focalisation de mes observations sur le travail clinique, j'ai côtoyé lors de ce terrain principalement des infirmier·es, des internes et des psychiatres (*Cf. Annexe 2.B.*).

L'activité principale de cette équipe est un travail de liaison avec le service d'urgences générales de l'hôpital. Elle répond aux demandes d'« avis psy » des urgentistes. L'équipe de la CPU commence effectivement sa journée en appelant les « lits-portes » des urgences pour savoir si des patient·es, arrivé·es durant la nuit, nécessitent une évaluation psychiatrique. Elle peut également être appelée à tout moment de la journée par les médecins (souvent les internes) des urgences, pour un avis psychiatrique. La CPU est donc en quelque sorte un service d'urgence pédopsychiatrique mobile à l'intérieur de l'hôpital.

Dans le travail de la CPU, on retrouve les principales tâches identifiées sur le terrain précédent : un travail d'évaluation dans le but de déterminer une orientation. Cependant, plusieurs différences peuvent être relevées. Tout d'abord, il y a une absence de l'enjeu de sectorisation. En effet, la sectorisation en pédopsychiatrie est plus souple. Cette souplesse peut

s'expliquer par le très faible nombre de places d'hospitalisation en pédopsychiatrie. De ce fait, il n'était pas rare que certaines hospitalisations soient programmées dans des services somatiques de médecine pédiatrique générale. Ensuite, et contrairement au travail du Service A, l'équipe de la CPU réalise principalement un travail de liaison. Cela engendre un travail itinérant dans l'hôpital, des discussions et des transmissions d'informations avec des professionnel·les d'autres spécialités médicales (les urgentistes), la réalisation d'entretiens psychiatriques dans les chambres des urgences, et la nécessité d'écrire les comptes-rendus sur les ordinateurs du service d'urgences. Il y a donc certaines contraintes organisationnelles et spatiales, notamment dans un contexte où, bien souvent, la psychiatrie n'est pas une priorité. Enfin, une plus grande diversité de professionnel·les travaille dans le Service B. On retrouve effectivement en plus des pédopsychiatres et des infirmier·es, des psychologues, des éducateur·ices, des psychomotricien·nes et une assistante sociale. Le « suivi éducatif » est en effet un enjeu important dans le service. Le public exclusivement mineur l'explique. Alors que les professionnel·les du Service A laissent repartir des personnes qui ne nécessitent pas d'hospitalisation, même lorsqu'elles sont seules, les professionnel·les de pédiatrie et de pédopsychiatrie ne peuvent pas laisser repartir les patient·es si les représentants légaux ne sont pas présents. En théorie, leur présence est obligatoire lors de la consultation. En pratique, lorsque ces dernier·es sont absent·es, les professionnel·les se contentent d'un appel téléphonique. Cette configuration de travail en direction des mineurs engendre une obligation de signaler tout manquement des représentants légaux, via la rédaction, avec l'aide de l'assistante sociale du service, d'une Information Préoccupante (IP). Les patient·es qui se présentent aux urgences peuvent ainsi avoir un « suivi éducatif[425] », via l'aide sociale à l'enfance (ASE). Une interne présente par exemple l'organisation du suivi d'une patiente à sa mère en ces termes :

> CAMILLE MUELLER : Il y a le suivi éducatif pour les problèmes de comportement, le suivi psychologique au long court pour réduire la souffrance, et la psychiatrie qui coordonne[426].

Les patient·es pris en charge à la CPU s'inscrivent donc dans une organisation et des trajectoires d'accompagnement spécifiques à l'enfance et l'adolescence, marquées notamment par des

[425] Sur les dix patient·es dont j'ai reconstruit les cas dans le cadre de cette période d'observation, quatre d'entre elles avaient un suivi éducatif.
[426] Journal de terrain, 10 décembre 2018.

offres de prise en charge en amont des urgences pédopsychiatriques (scolaire, sociale et médico-sociale)[427].

La pluralité des professions représentées dans le service B explicite la logique de l'intervention psychiatrique d'urgence esquissée plus haut. En effet, à partir de certaines frictions professionnelles, l'urgence psychiatrique se dévoile comme un travail de classification et de tri. Cela est notamment visible lorsque la pratique du psychologue des urgences pédiatriques générales, Mathis Gabet, est critiquée par l'équipe de la CPU.

> Après un entretien aux urgences qui a duré plus d'une heure, et auquel a participé Mathis [le psychologue des urgences], Léonore [interne] s'exclame : « C'est problématique quand on fait un entretien avec le psychologue des urgences ! ». L'infirmière acquiesce, et nous raconte la fois où il racontait n'« importe quoi » à une patiente et à ses parents. Ce à quoi elle ajoute : « On veut juste savoir si on l'hospitalise ou pas, le reste on s'en fout ! ». Lorsque Léonore en parle aux autres membres du service, ils lui disent qu'elle s'est « fait avoir ». Ils ont l'air d'être tous au courant du « piège » que peut constituer un entretien avec Mathis. Plus tard, Léonore dit qu'il faudrait commencer l'entretien, puis laisser le psychologue continuer, car ils n'ont pas le même métier. L'équipe de pédopsychiatrie ne peut pas se permettre de passer plus d'une heure par patient·e[428].

Léonore Briquet est arrivée dans le service environ deux mois avant cette scène. Elle est interne en pédiatrie et réalise un stage dans ce service pour se former aux enjeux de la pédopsychiatrie. Elle n'a donc pas la même expérience que les autres internes, qui ont tous et toutes réalisé auparavant des stages exclusivement en psychiatrie, notamment pour adulte. Elle était donc davantage susceptible de se faire « prendre au piège » par le psychologue des urgences. Cette situation est ainsi révélatrice de ce que devrait être aux yeux de l'équipe l'intervention psychiatrique d'urgence : une évaluation de la gravité des troubles qui débouche sur une décision d'orientation, dans une temporalité la plus courte possible. Dans ce cadre, aucune discussion approfondie, autre que pour repérer les potentiels risques et indicateurs de l'urgence, n'est jugée nécessaire. Il s'agit alors de se demander : quels sont les fondements théoriques sur lesquels s'appuie cette évaluation de la gravité des troubles ?

[427] François Sicot, « Urgences pédopsychiatriques : resituer les crises dans le contexte organisationnel de leur survenue », *Empan*, 2009, vol. 75, nº 3, p. 53-60.
[428] Journal de terrain, 8 janvier 2019.

1.2. Des espaces marqués par l'objectivisme médical, l'a-théorisme et l'idéal intégratif

> « Il y a autant d'églises que de psychiatres quasiment ! Moi j'ai plutôt une formation de neurosciences, j'ai fait un master de neurosciences, j'ai eu quand même une sensibilité un peu plus des sciences humaines aussi parce que j'ai fait certains stages et que ça m'a toujours intéressé, et que j'ai des bonnes bases de pharmaco et je reste plutôt dans cette masse informe des psychiatres qui se disent intégratifs, qui se servent un peu de tout ce qu'ils peuvent pour comprendre des situations cliniques parce que tout ne passe pas à travers le prisme de simplement neurocognitif, simplement neurophysiologique, simplement psychanalytique, ou systémique. Voilà, il faut pouvoir un peu s'adapter à chaque terrain et à chaque cas. »
>
> *Entretien exploratoire avec Nicolas Burtin, interne en psychiatrie*

Lors de cet entretien exploratoire réalisé en 2016 avec un interne qui effectuait son stage d'internat dans un service réputé pour son orientation neurobiologique, ce dernier m'explique son positionnement théorique, « intégratif ». J'ai retrouvé ce discours au sein des deux services ethnographiés. Il s'agira dans cette sous-section de déplier ce type de prise de position. Il s'agira de décrire comment cette revendication intégrative et pragmatique, typique du segment universitaire de la psychiatrie, s'articule à des pratiques cliniques perçues comme a-théoriques et donc teintées par un empirisme positiviste qui permettrait d'éviter les écueils de la théorisation.

1.2.1. L'optique intégrative et pragmatique des services d'urgences psychiatriques

Comme je l'ai présenté dans le chapitre précédent, la perspective « intégrative » marquée par un souci pragmatique d'efficacité est devenue un véritable *leitmotiv* dans le champ de la santé mentale. Cette perspective, qui se veut être au plus près de la réalité clinique, se retrouve au centre des représentations professionnelles des services d'urgences, et elle entraîne une distance vis-à-vis des dimensions théoriques de la pratique psychiatrique.

> ARTHUR CAPRON [chef de service du service A] : C'est sûr qu'on est loin de la théorie, on est vraiment, effectivement, quand on évalue des choses, on évalue des situations de façon assez détachée quand même de l'*a priori* théorique. Mais prennent des gardes au [Service A] aussi bien des psychiatres biologistes purs et durs que des gens de formation très [psych]analytique, et qui dans leur prise en charge des patients en ambulatoire peuvent avoir des pratiques sûrement très différentes, on essaye de se dégager un peu de ça.

La dimension intégrative de la pratique psychiatrique et la dimension a-théorique associée au travail psychiatrique d'urgence, se retrouvent également dans le discours d'Antonin Fradet, psychiatre qui pratique en libéral dans un cabinet tout en effectuant des gardes au Service A.

> IG : Et au niveau des courants théoriques en psychiatrie… Comment est-ce que tu te situes là-dessus ?
>
> ANTONIN FRADET : moi je me situe, d'un point de vue… alors, je suis pas d'obédience psychanalytique, même si je suis intéressé par la théorie psychanalytique, je ne suis pas vraiment de cette obédience-là, j'ai plutôt des affinités avec des théories cognitives, même si là encore je ne suis pas vraiment un archevêque du cognitivisme non plus. Moi je pratique plutôt une psychiatrie, je parle de mon exercice privé, plutôt une psychiatrie interpersonnelle, c'est-à-dire vraiment quelque chose de plutôt intégratif et dans l'échange avec le patient. C'est plus une thérapie de soutien non codifiée et interpersonnelle que quelque chose de trop conforme à une théorisation psychologique. Aux urgences, à mon sens, la psychiatrie se doit d'être extrêmement pragmatique, là pour le coup, j'insiste là-dessus, je pense que ce n'est pas le lieu de la psychanalyse, ni du cognitivisme, ni du systémique, voilà. C'est le lieu de l'évaluation clinique vraiment pragmatique, porter un diagnostic, tout du moins une hypothèse diagnostique rapide, proposer un traitement le cas échéant rapide et une orientation rapide. Mais ce n'est pas le lieu de la théorisation à mon avis, donc effectivement l'approche diagnostique du [Service A] à mon sens se doit d'être extrêmement clinique, extrêmement j'ai envie de dire épidémiologique et sémiologique basique. On pourra dire que ça se rapproche des critères du DSM ou de la CIM [classification internationale des maladies], mais c'est pas tellement ça qui compte, le plus important c'est de porter un diagnostic qui soit entre guillemets relativement universel sans aucunement rejeter ni les approches cognitivistes ni les approches systémiques ou quoique ce soit, juste c'est pas le lieu.

Dans ces discours marqués par un registre religieux (il y aurait autant d'églises que de psychiatres pour Nicolas Burtin, et Antonin Fradet se défend d'être un archevêque du cognitivisme), tout ce qui est perçu comme un dogme est mis à distance, au profit d'un idéal syncrétique et intégratif. Cela se traduit par une perspective qui se veut la plus empirique possible, tout du moins en ce qui concerne l'urgence psychiatrique. Cet empirisme est perçu comme étant la voie d'accès à l'évaluation objective des situations cliniques, et de leur caractère urgent ou grave. Ce ne serait qu'à partir de cette évaluation objective que les théories pourraient, dans un second temps, proposer des thérapeutiques différenciées. Cette vision s'ancre dans une perspective résolument positiviste selon laquelle l'évaluation et la perception des situations cliniques pourraient atteindre une objectivité et une définition « relativement universelle ». Cependant, et comme le rappelle Lantéri-Laura[429], l'empirisme est une philosophie parmi

[429] G. Lantéri-Laura, « Principales théories dans la psychiatrie contemporaine », art cit, p. 130.

d'autres, et ce déni des enjeux théoriques dans les discours sur la pratique psychiatrique d'urgence est donc à interroger.

Ces discours nous apprennent premièrement que la quête d'un idéal d'objectivité médicale est centrale dans la définition des situations cliniques aux urgences. Deuxièmement, dans les espaces où j'ai enquêté, la revendication d'une perspective théorique exclusive est dévalorisée et, en creux, toute forme de dogmatisme, ou ce qui est perçu comme tel, est rejetée. Cela s'inscrit en ce sens dans le « retour de l'objectivisme médical » identifié au début des années 1980 par Robert Castel[430].

1.2.2. Neurosciences, optique biologique et thérapies cognitivo-comportementales

Cet objectivisme médical se retrouve effectivement dans plusieurs situations aux urgences psychiatriques, à l'image du jour où Antoine Beaulieu, psychiatre et chef de clinique au Service B, dit être exaspéré par les remises en cause régulière des décisions médicales par les patient·es et leurs parents. Il cite alors un astrophysicien et conclut : « *Qu'importe que les gens croient ou non en la science, elle est vraie de toute façon*[431] ». Le poste de chef de clinique qu'occupe Antoine Beaulieu est spécifique aux CHU. Il nécessite d'avoir une thèse de science en plus d'une thèse d'exercice[432], et constitue bien souvent un tremplin pour accéder à un poste dans un service hospitalo-universitaire ou pour s'installer en secteur 2 en ville. Le clinicat consiste en trois principales activités : des soins dans le service, des enseignements, et de la recherche. Antoine Beaulieu réalisait effectivement une recherche en neurosciences. Une fois par semaine, il se rendait dans un laboratoire et expérimentait sur des souris. Il m'a ainsi expliqué, au détour d'une pause déjeuner, que l'objectif de ses manipulations est de « *créer des souris autistes* », en « *jouant* » sur le système immunitaire des mères pour ensuite tenter de réparer les lésions du cerveau provoquées sur les souriceaux[433].

L'intérêt pour la recherche neurobiologique ainsi que les explications biologiques sont des dimensions omniprésentes au sein de ces deux services d'urgences psychiatriques. Il est ainsi parfois question de « *phénotyper* » un type de pathologie, dans le sens où l'expression des caractères physiques serait spécifique à un trouble psychiatrique. À travers cet exemple, qui

[430] R. Castel, *La gestion des risques*, *op. cit.*
[431] Journal de terrain, Service B, 9 janvier 2019.
[432] La thèse d'exercice permet d'avoir le statut de docteur·e en médecine, tandis que la thèse de sciences correspond à un doctorat dans une discipline scientifique – ici majoritairement dans le domaine des neurosciences, même si un interne qui a réalisé une thèse de sociologie aura ensuite un poste de chef de clinique dans le service B.
[433] Journal de terrain, Service B, 14 décembre 2018.

rappelle la phrénologie[434], on peut ainsi saisir les continuités historiques des catégorisations psychiatriques. J'ai également pu être témoin de cette tendance explicative dans les interactions ordinaires des services, comme lorsque Clément Gonnet, infirmier du Service A, présente une patiente, Aïda Saidi, à Florent Bayard, l'interne avec lequel il fait équipe. Pendant la transmission d'informations entre l'entretien infirmier et l'entretien médical, l'infirmier dresse une liste d'éléments cliniques recueillis pendant son entretien (« *vécu persécutif* », « *paranoïa* », etc.). Clément Gonnet est persuadé que la patiente est schizophrène et précise : « *En plus, elle a le faciès de la schizophrène. Joues creusées et visage allongé un peu. C'est comme ça qu'on les caractérisait avant !* » Florent Bayard se tourne vers moi et précise, avec un petit sourire : « *On le pense encore, mais on ne l'écrit plus*[435] ».

Auprès des patients et patientes, les professionnel·les des services mobilisent également régulièrement le registre biologique dans leurs explications. Face à Selena Perez, une patiente de 15 ans qui dit n'avoir aucun espoir pour la suite de sa vie, Benjamin Pinaud, interne au service B, explique que son cerveau n'est pas figé, et que ses manières de penser peuvent évoluer. Pour cela, il existe des thérapies qui consistent à établir des stratégies alternatives[436]. Dans cette interaction, Benjamin Pinaud fait le lien entre la plasticité cérébrale, notion issue des neurosciences, et les thérapies cognitivo-comportementales, qui consistent à s'entraîner pour adopter des stratégies comportementales alternatives. Dans ces espaces, et malgré un discours officiel qui met en avant l'éclectisme et le dépassement des clivages par l'empirisme, la psychanalyse est généralement dépréciée et seule une orientation cognitivo-comportementale est jugée réellement efficace. Cette patiente a d'ailleurs un suivi psychanalytique, et le psychiatre sénior dit à propos de ses parents : « *S'ils vont voir un psychanalyste* [pour leur fille], *ils peuvent aller voir un vrai médecin !*[437] » Ces différentes prises de position au sein du Service B en fait un service spécifique dans le paysage français de la pédopsychiatrie, où l'optique psychanalytique est davantage présente qu'au sein de la psychiatrie adulte. Tandis que la majorité des services de pédopsychiatrie mobilise la *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (CFTMEA)[438], les professionnel·les du Service B mobilisent exclusivement le DSM et la CIM-10, classifications associées à l'espace biologique

[434] La théorie de la phrénologie était répandue au XIXe siècle. Selon elle, les troubles psychiques se reflétaient dans l'apparence physique, notamment du crâne.
[435] Journal de terrain, Service A, 26 octobre 2016.
[436] Journal de terrain, Service B, 19 décembre 2018.
[437] Journal de terrain, Service B, 14 décembre 2018.
[438] Julia Legrand, *L'incertitude psychiatrique. Une sociologie de la prescription de psychotropes en psychiatrie publique*,Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis, 2020, p. 71.

et cognitivo-comportemental de la psychiatrie ; plusieurs internes avaient d'ailleurs en permanence le *mini-DSM 5,* la version de poche du manuel, dans la poche de leur blouse.

L'explication des mécanismes neuronaux de Selena Perez par Benjamin Pinaud s'est déroulée lors d'un entretien post-Consultation Pédopsychiatrique d'Urgence (post-CPU) au Service B. Selena Perez était venue aux urgences cinq jours plus tôt pour des idées suicidaires. Antoine Beaulieu, le chef de clinique, l'avait présentée avec cette phrase : « *Il y a une border aux urgences qui nous oppose des idées suicidaires*. » Après plusieurs discussions, il est décidé d'orienter cette patiente vers un suivi psychothérapeutique. Benjamin Pinaud, l'interne de première ligne de la CPU ce jour-là, revient dans le bureau et s'installe devant un ordinateur. Il se connecte sur le site *Doctolib* pour trouver un rendez-vous avec un psychiatre qui réalise des suivis psychothérapeutiques en ville. Après quelques secondes, il s'exclame : « *Ah il y a un rendez-vous !* », mais après avoir cliqué, il précise, avec un ton de déception : « *de psychanalyse… non, désolé, mais ciao. Les borderline qui s'enfoncent avec les psychanalystes c'est horrible !* » Finalement, Benjamin Pinaud ne trouve pas de rendez-vous et décide de programmer un entretien post-CPU la semaine suivante. J'accompagne Benjamin Pinaud et Julie Neveux, l'infirmière de CPU, pour annoncer la décision à la patiente. En arrivant dans la salle d'attente, deux amies de Selena Perez nous disent qu'elle est partie prendre un café avec sa mère. Lorsqu'on attend dans les couloirs des urgences, Julie Neveux murmure : « *Les amies aux urgences, c'est typique border* ». Benjamin Pinaud acquiesce et Julie Neveux rajoute, sur le ton de la blague : « *avec les aux-revoirs de tout le monde, c'est insupportable !* » Ces jugements professionnels reposent sur l'identification d'un sentimentalisme démesuré et typiquement associé au trouble des émotions que constitue le trouble *borderline*[439]. Selena Perez finit par revenir, et nous nous installons dans une chambre des urgences. Benjamin Pinaud explique à la patiente que c'est très bien qu'elle ait pu dire son mal-être, qu'elle ait pu venir aujourd'hui. Tout cela est un bon signe pour l'avenir, et il faut continuer à être à l'écoute de sa souffrance. Il lui annonce la consultation post-CPU de la semaine d'après[440].

Cinq jours plus tard, j'accompagne Benjamin Pinaud pour l'entretien post-CPU avec Selena Perez. Benjamin Pinaud commence par lui demander comment s'est passé le week-end et le début de la semaine. Elle lui répond que « *c'était moyen* », elle a vu ses amis ce week-end et elle est allée en cours ces deux derniers jours. Par contre, elle a eu du mal à suivre. Non pas parce que le cours n'était pas intéressant, mais parce qu'elle se sent mal. Benjamin Pinaud lui

[439] Cf. Chapitre 1. Des états limites à un trouble des émotions.
[440] Journal de terrain, Service B, 14 décembre 2018.

demande si dans ces moments-là, elle essaye de lutter ou si elle laisse le malaise s'installer. Elle lui répond qu'elle laisse le malaise s'installer, puis explique que son humeur fluctue au sein d'une même journée : elle peut être très triste et très heureuse. Benjamin Pinaud lui dit que son suivi consistera à trouver de nouvelles stratégies pour gérer les moments difficiles : « *Se faire mal c'est pas une bonne idée* ». Il présente le comportement de Selena Perez (scarification, rester enfermée dans sa chambre, écouter des musiques tristes, regarder des films tristes) comme des stratégies intuitives pour les gérer et que ça ne fonctionne pas. Selena Perez lui dit qu'elle a une « *envie de mort* » : « *J'aimerais ne pas être là.* » Benjamin Pinaud lui répond que si elle est venue aujourd'hui, et vendredi dernier, si elle demande de l'aide, c'est que quelque part il y a un peu d'espoir de s'en sortir, c'est sur ce « *fil-là* » qu'il faudra tirer dans la prise en charge qui va se mettre en place. Il a contacté le CMP enfant hier, qui pourrait l'admettre d'ici une dizaine de jours. Lorsque Benjamin Pinaud évoque « *l'espoir* », Selena Perez se met à pleurer, en disant que ça fait longtemps qu'elle demande de l'aide, qu'elle va voir des gens, mais que là elle n'en peut plus, elle n'a plus d'espoir. C'est à ce moment que Benjamin Pinaud lui explique le fonctionnement cérébral et sa plasticité, et lui dit qu'il faut l'entraîner par un apprentissage de stratégies alternatives afin de gérer son mal-être. Il lui explique qu'elle a une personnalité en construction, qui engendre une difficulté à gérer ses émotions, qui la rend impulsive, mais que tout cela peut changer grâce au suivi psychothérapeutique. À la fin de l'entretien, Benjamin Pinaud invite la mère de Selena Perez à entrer. Il lui répète que la personnalité de sa fille est en construction, et qu'elle n'arrive pas à gérer ses émotions. Il explique la marche à suivre pour le CMP, et lui demande d'appeler pour prendre rendez-vous pendant qu'il rédige une lettre. De retour dans le bureau, Benjamin Pinaud s'exclame : « *C'est une vraie border là ! Et elle a dit elle-même "sentiment chronique de vide"*[441]*, j'attendais qu'elle me dise qu'elle mange beaucoup pour combler un vide !*[442] ».

Pendant qu'il commence à rédiger la lettre pour le CMP, je l'interroge sur les « *stratégies* » qu'il évoquait pendant l'entretien. Il me répond en associant directement ce terme avec les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

> BENJAMIN PINAUD : Je suis convaincu que la TCC est la meilleure méthode. Il faut être pragmatique avec les *borderline*, parce qu'après, quand tu t'enfonces avec un psychanalyste sur les causes, tu t'en sors pas, et ça engendre une psychiatrisation… il faut juste, de manière pragmatique, les aider à gérer, et pas essayer de trouver des causes qui sont inextricables. On n'a pas les outils scientifiques pour comprendre les choses, on n'a rien en neurosciences. C'est ça que j'aime bien avec la TCC, c'est pas

[441] Un des critères diagnostic du trouble *borderline* dans le DSM.
[442] Journal de terrain, Service B, 19 décembre 2018.

> de se dire qu'il y a un problème relationnel… mais est-ce que ça va vraiment les aider ? […] Parce que le problème avec la psychanalyse c'est que c'est ultra autocentré sur le thérapeute. Donc la psychanalyse à vocation théorique ok, mais à vocation thérapeutique non ! […] Après t'as de très bons psychanalystes, qui intègrent un peu tout. [Benjamin me donne l'exemple d'un thérapeute, qu'il juge ouvert d'esprit et impressionnant, puis ajoute] Pour moi, être un bon psychanalyste c'est être un petit génie et comme on n'est pas tous des petits génies, bah on s'abstient… Après ça n'engage que moi !
>
> IG : Oui, j'ai rencontré plusieurs internes, certains qui sont pro-psychanalyse[443]…
>
> BENJAMIN PINAUD : Voilà, le problème avec la psychanalyse c'est que ça endoctrine, moi j'ai fait médecine quoi ![444]

Plusieurs internes sont également étonnés de la présence de l'optique théorique psychanalytique dans certains services hospitaliers. C'est par exemple ce que m'explique Mona Villemin, une interne du Service B, initialement formée à Bordeaux. Durant une journée d'observation, je l'avais entendue dire qu'à Paris, « *il y a encore beaucoup de psychanalystes* ». Je lui demande en entretien de m'expliquer la raison de cet avis :

> MONA VILLEMIN : Il faudrait vraiment voir des chiffres, parce que c'est totalement subjectif. Mais en tout cas en tant qu'externe à Bordeaux, tous mes chefs en psychiatrie étaient plutôt d'orientation neurobio, TCC, et vraiment, peut-être à part un tout petit peu en pédopsy, mais après j'ai pas fait tous les services non plus, j'ai pas vu de psychanalystes, c'est-à-dire que dans ma tête en tant qu'externe à [nom de ville], la psychanalyse n'existait plus, c'était historique et plus personne ne soignait comme ça, après c'était peut-être une vision fausse, mais pour moi c'était comme ça. Et en arrivant à Paris je me suis rendu compte qu'en fait pas du tout, à Paris il y avait encore des médecins qui soignaient comme ça, ou qu'ils avaient ce bagage théorique qui était au premier plan.

Les services d'urgences psychiatriques que j'ai observés sont donc marqués par une perspective biologique et sont des lieux de valorisation des thérapies cognitivo-comportementales. Dans leur pratique clinique quotidienne, les professionnel·les ont également un recours systématique aux catégories du DSM-5. Cependant, cette valorisation d'une approche biologique et cognitivo-comportementale s'inscrit dans une tolérance relative envers les perspectives psychanalytiques, conformément au rejet du dogmatisme que j'ai souligné plus haut. Benjamin Pinaud et Mona Villemin le précisent, la psychanalyse dans une perspective théorique ou dans une optique de compréhension de soi-même peut être intéressante, mais rarement lorsqu'il s'agit de clinique psychiatrique, qui vise véritablement le soin.

---

[443] Je fais ici référence à un terrain réalisé dans un service de psychiatrie de secteur fermé que j'ai effectué en 2016 dans le cadre de l'enquête collective, coordonnée par Lara Mahi, au sein du Master 1 mention Santé, Population et Politique Sociales (EHESS – UP13). Cette enquête portait sur les effets de la loi de 2011 concernant les hospitalisations sans consentement en psychiatrie.

[444] Journal de terrain, Service B, 19 décembre 2018.

Il semble ainsi que l'adoption d'une perspective biologique n'est pas synonyme d'une évacuation totale de l'attention aux enjeux entourant l'histoire de vie et donc d'une conception d'un sujet socialisé, et non seulement cérébral[445]. Certains schèmes explicatifs issus de la tradition psychanalytique sont mobilisés dans ces espaces, comme l'idée de clivage, ou encore les discours concernant le « transfert » et le « contre-transfert ». Ce type de discours correspond à une attention aux dynamiques relationnelles au sein des lieux de soins. Cela permet également d'identifier des formes de sédimentations historiques qui ont participé à façonner les pratiques, mais aussi les discours cliniques tels qu'ils sont actuellement ; ces services universitaires n'ont effectivement pas toujours baigné dans une optique biologique, et certain·es psychiatres de générations précédentes mobilisent toujours un référentiel teinté de psychanalyse, comme on le verra. Ces dimensions ne sont donc pas complètement éradiquées par la perspective neurobiologique, contrairement à la définition que donnait Robert Castel du progrès au sein d'une psychiatrie qui serait totalement médicalisée et qui correspondrait à « la connaissance des seules conditions qui soient scientifiquement instrumentalisables », participant ainsi à « renvoy[er] aux oubliettes de l'histoire tous les efforts pour saisir le sujet souffrant dans son rapport problématique au sens, au langage, au symbolique et aux autres[446] ».

Bien qu'une partie de cette affirmation se confirme, près d'une trentaine d'années plus tard, dans ces services universitaires, il apparaît néanmoins que la psychiatrie médicalisée n'est pas un paradigme tout à fait suffisant pour les professionnel·les que j'ai rencontré·es. Le seul registre explicatif biologique ne suffit bien souvent pas à rendre compte des enjeux que recouvre leur pratique clinique concrète. La tolérance, et la forme d'ambivalence envers la psychanalyse, en est la première expression. La demande de formation en psychothérapie en est une autre[447]. Aussi, l'acceptation de la présence d'un sociologue à leur côté, notamment lorsqu'il s'agit de travailler sur le trouble *borderline*, pourrait s'expliquer par une certaine forme de désenchantement de la pratique clinique, et donc par la difficulté qu'ont les neurosciences à donner un sens aux situations auxquelles les professionnel·les sont confronté·es. La sociologie, et plus globalement les sciences sociales, semblent dans ces cas-là prendre un espace laissé libre par la théorie psychanalytique, qui ouvrait, tout du moins officiellement, un espace de réflexivité critique sur les pratiques –, les professionnel·les de la psychiatrie sont d'ailleurs souvent demandeurs et enthousiastes face aux études

[445] Alain Ehrenberg, « Le sujet cérébral », *Esprit*, 2004, p. 130-155.
[446] R. Castel, *La gestion des risques*, *op. cit.*, p. 108.
[447] A.V. Effenterre et al., « Psychiatres... et psychothérapeutes ? », art cit.

sociologiques[448]. Autrement dit, les espaces étudiés ne sont pas exempts de réflexions sur les enjeux relationnels ou sociaux. Cependant, en pratique, on retrouve peu d'espace de réflexion sur ces dimensions et l'approche psychothérapeutique privilégiée reste cognitivo-comportementale afin de prendre en charge des troubles dont la compréhension est avant tout neurobiologique.

1.2.3. Des espaces paradigmatiques du segment de la psychiatrie universitaire

Dans sa thèse de sociologie sur la prescription de psychotropes en psychiatrie, Julia Legrand a analysé la structure du champ de la psychiatrie à partir des sites internet des principaux syndicats ou regroupements professionnels de psychiatres. Pour ce faire, elle a utilisé un *crawler* spécifiquement dédié à l'analyse des controverses en sciences sociales pour construire un corpus web (Hyphe), ainsi qu'une plateforme de visualisation graphique (Gephi), afin d'objectiver les différentes formes « de regroupements et de lignes de fractures entre segments professionnels » qui prennent place dans l'actuel « paysage pluriel de la psychiatrie[449] ». Elle a ainsi mis en évidence que le champ psychiatrique est structuré par deux pôles qui correspondent respectivement au segment de la psychiatrie publique de secteur et au segment de la psychiatrie universitaire, davantage biologique. Entre ces deux pôles se situe le segment des psychiatres d'exercice privé qui est « à mi-chemin et relativement indépendant des deux premiers pôles cités[450] ». Les services dans lesquels ont pris place mes observations ethnographiques se situent donc dans un même espace du champ : celui du segment universitaire de la psychiatrie. On y retrouve la même centralité de l'optique biologique ainsi qu'une valorisation de l'approche cognitivo-comportementale. Ce positionnement s'inscrit

[448] Cet aspect a été illustré, il me semble, lors de mon intervention au Congrès Français de Psychiatrie. Pour cette présentation, j'avais choisi un angle très général afin d'éviter d'aborder mon travail de terrain, car ce moment ne me semblait pas opportun pour une restitution de mes analyses qui étaient encore en germes. J'ai plutôt choisi de développer l'idée selon laquelle un trouble mental et son apparition dépendent toujours du contexte social et historique dans lequel il s'exprime. J'ai donc présenté l'hypothèse selon laquelle le trouble de la personnalité *borderline* correspondait à certaines difficultés, socialement situées, d'adaptation aux normes et aux attentes sociales. Dans ce cadre, et pour nommer un titre de section de ma présentation, j'ai repris à Alain Ehrenberg l'expression du passage « d'Œdipe à Narcisse », qu'il développe dans son livre *La société du malaise*. À la suite de ma présentation, un jeune psychiatre, praticien hospitalier dans un CHU, me dit ceci : « Quand j'ai vu ton plan sur la diapo j'ai eu peur… je me suis dit : il va nous parler de psychanalyse… Mais en fait non, c'était super intéressant ! » Quelques jours plus tard, alors que je recroise ce psychiatre, il me dira qu'il a parlé de ma présentation à l'une de ses patientes *borderline*. Il lui a expliqué qu'elle n'était pas seule, et que ses difficultés provenaient d'une impossibilité, de sa part, à s'adapter aux attentes sociales. Cela a eu, selon lui, un effet très bénéfique : « Elle ne s'est pas scarifiée pendant les 24 heures qui ont suivi » me dit-il.

[449] J. Legrand, *L'incertitude psychiatrique. Une sociologie de la prescription de psychotropes en psychiatrie publique*, *op. cit.*, p. 66.

[450] *Ibid.*, p. 78.

dans des différenciations générationnelles qui accompagnent les évolutions de ce champ. En effet, Julia Legrand note que « la formation universitaire actuelle tend à entériner [une] fracture générationnelle entre les psychiatres les plus âgés, partisans de la psychanalyse, et les plus jeunes formés par le courant universitaire à une approche qu'on peut qualifier de "biologique", dont l'apprentissage est principalement centré autour de la clinique et des médicaments, constitués comme leur cœur de métier[451] ». Ce sont donc des lieux paradigmatiques d'une psychiatrie située dans le pôle actuellement dominant du champ, qui se veut a-théorique et qui fait « *feu de tout bois* » pour trouver des solutions les plus adaptées à des situations saisies au prisme d'une perspective empiriste.

Ainsi, au-delà du discours qui met en forme un idéal éclectique, des lignes de fractures objectives persistent au sein du champ psychiatrique. Les ambivalences qui apparaissent sont ainsi sûrement le fruit de la friction entre l'idéal intégratif et le positionnement des services dans le champ psychiatrique. À cela s'ajoute certainement l'irréductibilité des enjeux entourant la maladie mentale à des causes purement biologiques[452]. Malgré ces quelques éléments, le principal objectif de ces services reste d'évaluer la nécessité « objective » d'une hospitalisation, afin de décider d'une prise en charge, qu'elle soit intrahospitalière ou en ambulatoire. La question qui se pose dès lors est la suivante : comment se réalise le processus d'objectivation des situations, et donc les mécanismes de sélection, aux urgences psychiatriques ? Dans la prochaine section, il s'agira de répondre à cette question en focalisant l'attention sur l'usage du terme « *border* », ce qui permettra de mettre en lumière les discussions et les incertitudes qui traversent le travail de la psychiatrie d'urgence. Cela permettra de saisir la logique du langage professionnel de ces services, et plus spécifiquement de commencer à éclairer la place et la signification du terme « *border* » dans ces espaces.

II. Une objectivation flottante de la souffrance psychique

Que se passe-t-il concrètement dans le processus d'évaluation et d'orientation aux urgences psychiatriques ? Pour les professionnel·les, l'urgence psychiatrique est le résultat d'une « crise » psychique et individuelle qui n'a pas reçu les réponses appropriées[453]. Ainsi, l'urgence psychiatrique est officiellement définie par la circulaire du 30 juillet 1992 comme étant

[451] *Ibid.*, p. 70.
[452] Cf. Introduction générale, « L'illusion de l'autonomisation du sociale ».
[453] Guedj Marie-Jeanne et Caroli François, « Accueil et soins différentiels pour adolescents : urgence et hospitalisation aiguë », *Psychiatrie de l'enfant*, 1997, vol. 40, nº 1, p. 239-272.

> « Une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique[454]. »

Cette définition, reprise par les manuels de psychiatrie[455] et par les professionnel·les, reste néanmoins abstraite et prend la forme d'une tautologie selon laquelle *une urgence est une urgence*. Il convient néanmoins de souligner le caractère relativiste de cette définition, qui met l'accent sur des ressentis personnels et s'appuie sur la notion de souffrance psychique. En effet, l'urgence ne serait pas définie *a priori* par le groupe professionnel des psychiatres et par leurs critères cliniques, mais à l'inverse, elle correspondrait au moment où une personne ressent qu'il y a urgence. On retrouve ici un impératif, qui depuis le début des années 1980 est devenu central en médecine : la prise en compte du point de vue des patients et patientes[456].

Cette manière de définir l'urgence psychiatrique dépossède en partie les professionnel·les de leur autorité médicale et de la possibilité, pourtant perçue comme primordiale pour une profession comme la médecine, de définir les besoins de personnes que les professionnel·les servent[457]. Elle suscite une tension entre le respect du point de vue des patient·es et la nécessité de conserver une autorité médicale (bien explicité par la petite phrase d'Antoine Beaulieu, le chef de clinique du Service B qui se plaint de la remise en cause des décisions médicale à laquelle il oppose la vérité de la science).

Cette définition officielle de l'urgence se confronte également à la nécessité concrète de trier les demandes. Elle ne peut donc pas être tenue pour suffisante, car elle participe à dissimuler les enjeux liés à la sélection des demandes et, par conséquent, à la différenciation du travail médical, qui met à l'épreuve l'idéal de prise en compte du point de vue des patient·es. Ces dimensions ont été documentées par la sociologie de la santé qui a mis en avant les aspects moraux de la pratique médicale, notamment dans la définition des « bons » et « bonnes » patientes, et à l'inverse des patient·es « à problème » ou « difficiles »[458]. Ces différents mécanismes touchent, premièrement, à la question de l'objectivation médicale d'une situation, c'est-à-dire au fait pour les professionnel·les de nommer un état individuel comme étant ou non

---

[454] Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.
[455] Marie-Jeanne Guedj-Bourdiau (dir.), *Urgences psychiatriques*, s.l., Elsevier Masson, 2008.
[456] Livia Velpry, « The patient's view: issues of theory and practice », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2008, vol. 32, n° 2, p. 238-258.
[457] Everett C. Hughes, *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 1996.
[458] Voir par exemple : Anne Véga, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences Sociales et Santé*, 1997, vol. 15, n° 3, p. 103-132 ; Julius A. Roth, « Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: the case of the hospital emergency service », *American Journal of Sociology*, 1972, vol. 77, n° 5, p. 839-856.

pathologique. Cette dimension est particulièrement intéressante à interroger dans un univers qui sert principalement de poste d'aiguillage dans la trajectoire de soins des patient·es où les professionnel·les formulent, comme me le disait Antonin Fradet, des « *hypothèses diagnostiques rapides* ».

Dans les lignes qui suivent, je décrirai les mécanismes d'objectivation qui sont à l'œuvre aux urgences psychiatriques. La prochaine section[459] prolongera cette analyse, en développant davantage la dimension morale et sociale de cette objectivation, et les effets en termes d'attribution de valeurs différenciées aux patient·es. Pour le moment, je partirai de l'usage de l'expression « border » pour ensuite aborder les spécificités du langage des urgences psychiatriques qui permet des catégorisations informelles et rapides tout en mettant en forme des émotions professionnelles.

2.1. L'usage de l'expression « border » aux urgences psychiatriques

Pour introduire les enjeux que renferme l'usage du terme « *border* », je présente ici deux situations qui ont respectivement pris place dans les services A et B. Dans ces deux situations, et comme dans beaucoup d'autres (*Cf. Annexes 1.A. et 2.A.*), le terme « *border* » a été mobilisé durant la trajectoire des patientes aux urgences psychiatriques. Ces cas permettent de montrer la manière dont cette étiquette émerge dans les discours professionnels lors de moments d'incertitudes. Ces situations correspondent ainsi à autant de moments d'épreuve permettant de révéler les logiques du fonctionnement des services, ainsi que certaines lignes de force (générationnelles, théoriques, nosographiques, etc.).

2.1.1. Borderline ou hystérie ? « Quoique les deux sont souvent intriqués ».

La situation d'Aïda Saidi a été précédemment évoquée à travers la manière dont Clément Gonnet (infirmier du Service A) présente l'entretien infirmier à Florent Bayard (interne). À ce moment de la trajectoire d'Aïda Saidi dans le service, Clément Gonnet est persuadé qu'elle est schizophrène, elle en aurait même le « faciès ». Aïda Saidi a 22 ans, elle a consulté son médecin généraliste le matin même pour des renseignements sur l'allocation adulte handicapé (AAH). Le médecin l'a trouvée « *bizarre* » et a pris la décision de l'envoyer au service A en ambulance. Pauline Gaudry, la stagiaire infirmière, et Clément Gonnet indiquent

[459] Cf. Infra. III. Qui mérite les soins ?

que la patiente avait un « *regard fuyant* », qu'elle était « *dissociée* », et qu'elle avait des sourires : « *mais on ne sait pas si c'étaient des rires immotivés ou non*[460] ». Clément Gonnet répète qu'il est persuadé que la patiente est schizophrène. De son côté Pauline Gaudry déclare que « *c'est flou, elle dit avoir un pied dans la réalité* ».

CLEMENT GONNET : Ah qu'un pied alors […]

PAULINE GAUDRY : Elle voit des monstres

FLORENT BAYARD : Elle voit ?! J'aime pas ça.

CLEMENT GONNET : Je ne suis pas sûr qu'elle voie…

FLORENT BAYARD : C'est plutôt imaginatif ?

CLEMENT GONNET : Je le vois comme ça. Enfin, je préférerais.

Florent Bayard se tourne vers moi et me souffle : « *On n'aime pas quand c'est visuel* ». Pauline Gaudry et Clément Gonnet expliquent qu'elle a un « *vécu très persécutif* », qu'il y a des éléments de « *paranoïa* », et un trouble du comportement alimentaire (TCA). C'est à ce moment que Clément Gonnet évoque le « *faciès de schizophrène* » qu'aurait la patiente. Durant l'entretien infirmier, Aïda Saidi leur a dit ne jamais avoir été hospitalisée. Elle ne veut pas de traitement et pense au suicide. Cependant, quand elle veut sauter d'un pont, le problème c'est son chien. Elle ne veut pas le laisser seul. Lorsqu'elle ressent une envie de suicide, elle sort se balader avec son chien et dernièrement, elle s'est mise à penser à jeter le chien d'abord. Florent Bayard désigne le chien comme le « *facteur protecteur* ». Il évoque le « *suicide altruiste* » qui selon lui se fait en tuant les facteurs protecteurs que sont les proches. Clément Gonnet à la suite de ce compte-rendu de l'entretien infirmier demande à l'interne : « *Alors, schizophrène ?* » Florent Bayard lui répond : « *Je suis pas sûr, peut être super border…* ».

Clément Gonnet et Pauline Gaudry partent chercher Aïda Saidi qui patiente en salle d'attente, et l'accompagnent jusqu'au bureau où je suis resté avec Florent Bayard. Il commence l'entretien en posant des questions sur son parcours scolaire et ses études. Après son Bac L avec mention bien – « *à ça de la mention très bien* », précise-t-elle –, Aïda Saidi est allée quelques mois à la fac. Mais ça ne lui a pas plu, et elle a arrêté l'université pour partir en Australie où elle a étudié la communication pendant un an. Elle est ensuite allée à Londres durant une autre année. Elle est rentrée en France quelques mois auparavant, et est au moment de l'enquête en

[460] Dans le DSM-5, le rire immotivé est défini comme étant un « rire inadéquat au contexte ou sans objet ». *Rire immotivé - Définition - Semio8G*, https://semio8g.grieps.fr/definition/18#:~:text=%C2%AB%20Rire%20inad%C3%A9quat%20au%20contexte%20ou%20sans%20objet.%C2%BB, (consulté le 26 mai 2023).

première année d'École de Commerce dans une ville de l'ouest de la France. Florent Bayard oriente ensuite ses questions vers ce qui l'a amenée dans le service. Aïda Saidi raconte l'histoire de ses troubles, qu'elle caractérise par des « *crises* ». Elle explique avoir un vécu traumatique, qui a commencé à 12 ans par un premier viol, répété quand elle avait 14-15 ans, ainsi qu'un dernier qui remonte à l'année précédente. Après l'entretien, Florent Bayard se posera la question de la « *dimension fantasmée* » de ce « *dernier épisode* ». Aïda Saidi nous raconte également des expériences de prostitution. Quand Florent Bayard note ces points durant l'entretien, il ne réussit pas à cacher son étonnement et murmure à plusieurs reprises : « *putain !* » Aïda Saidi explique également qu'elle était dans une sorte d'état second pendant son séjour en Australie. Elle ne dormait plus, elle prenait des anxiolytiques, elle faisait des « *achats compulsifs* », et elle avait des hallucinations ; dans le noir, elle entendait et voyait des monstres. Elle précise qu'elle a du mal à se remémorer ce passé. À l'époque, elle avait des problèmes de mémoire, qui se sont aujourd'hui estompés. Elle dit effectivement, à plusieurs reprises pendant l'entretien, qu'elle est en « *rémission* », qu'« *aujourd'hui ça va mieux* », et qu'elle n'a que des « *crises passagères* » qui ne durent que « *quelques minutes* ». Elle veut avoir des informations sur l'allocation adulte handicapé (AAH) parce que, n'ayant jamais travaillé, elle ne sait pas comment faire. Aïda Saidi dit également avoir peur d'être schizophrène comme l'une de ses amies. Florent Bayard précise que ce n'est pas parce que l'on se questionne sur la schizophrénie que l'on devient schizophrène, « *sinon tous les médecins ici seraient schizophrènes !* » Il ajoute que le nombre de questionnements qu'elle formule pendant cet entretien est plutôt une conséquence qu'une cause de son « *trouble* » puis précise : « *j'utilise le mot trouble de manière très large, du trouble psychiatrique le moins grave à celui qui est le plus grave, parce que là, pour l'instant, je ne sais pas ce que vous avez* ». Il lui explique qu'il faudrait mettre en place un suivi psychiatrique, pour qu'elle puisse parler comme elle vient de le faire, et que cela lui permettra, petit à petit, d'aller mieux.

Après l'entretien, Florent Bayard me dit qu'il n'est pas vraiment sûr que ce soit de la schizophrénie. Pour lui, Aïda Saidi est une « *éponge à symptômes* » et on toucherait ici à un débat ancien sur la différence entre la névrose et la psychose. Il penche alors pour un trouble de la personnalité *borderline*, avec quelques éléments psychotiques en arrière-plan. Pour Florent Bayard, « *là ça va mieux, donc ok pour le CMP* ». Je l'accompagne pour la séniorisation avec un psychiatre du service, Patrick Minier. Florent Bayard lui résume la consultation et fait part de ses interrogations : « *C'est fou, elle présente des symptômes qui entrent dans les 5 axes du DSM !* » Patrick Minier lui demande s'il veut la revoir avec lui, ce que Florent Bayard accepte.

Patrick Minier et Florent Bayard s'assoient derrière le bureau, et je m'installe un peu en retrait, entre les deux. Durant l'entretien, Patrick Minier s'attarde d'abord sur la demande de la patiente : « *Pourquoi êtes-vous venue aujourd'hui ?* » Il l'interroge ensuite longuement sur ses « *traumatismes* ». En fin d'entretien, il lui dit qu'elle explique « *parfaitement bien le traumatisme et son fonctionnement* ». Pour lui, et comme elle va « *mieux* » aujourd'hui, un suivi en ambulatoire lui serait bénéfique ; « *une consultation par semaine servirait de pilier qui vous soutiendrait* ». Aïda Saidi le remercie puis quitte le bureau.

Au moment où elle referme la porte derrière elle, Patrick Minier se tourne vers nous avec un sourire et nous dit que « *c'est une vraie hystérique* ». Il évoque la culpabilité qu'elle ressent, précise qu'elle a une grande suggestibilité[461]. Pour lui, et conformément à son orientation théorique psychanalytique, nous trois (Florent Bayard, Patrick Minier et moi) avons constitué un enveloppement apaisant, « *comme une matrice maternelle* » qui lui a permis de se confier en se sentant en confiance. À la suite de ce dernier entretien, Florent Bayard rédige sur le logiciel du service l'« *anamnèse*[462] » et le résumé des entretiens. Il semble un peu dépassé par cette situation, il souffle souvent lorsqu'il tape sur son clavier. Il me dit que la « *clinique est floue* » et qu'il n'arrive pas à bien retransmettre ce qu'il a vu en consultation. Il a également du mal à reprendre le vocabulaire de Patrick Minier, car pour lui il s'agissait plutôt d'un trouble de la personnalité, au premier plan, et éventuellement de dimensions psychotiques dans un second plan[463].

De schizophrène à hystérique, en passant par un trouble de la personnalité *borderline*, la situation d'Aïda Saidi exemplifie toute l'incertitude diagnostique qui règne aux urgences psychiatriques et la manière dont progressivement, d'interaction en interaction, la définition de la situation se clarifie et s'établit. Cet exemple permet également de voir comment, en pratique, les différents registres théoriques s'articulent. En effet, Patrick, qui est un praticien hospitalier âgé d'une cinquantaine d'années, est présenté comme étant d'orientation psychodynamique[464] ; exemplifiant en ce sens la « fracture générationnelle » identifiée par Julia Legrand. Il n'est pourtant pas psychanalyste à proprement parler, mais adopte une lecture qui pioche largement dans le vocabulaire et les interprétations psychanalytiques. Comme lorsqu'il dit, à propos d'une patiente qui était caractérisée par l'équipe d'« *hystérique à la Charcot* », qu'« *il faut être rond*

[461] C'est-à-dire qu'elle est facilement influencée par les suggestions des autres.
[462] L'anamnèse correspond aux antécédents médicaux et l'histoire de la maladie.
[463] Journal de terrain, Service A, 26 octobre 2016.
[464] Les termes « psychanalytique » et « psychodynamique » sont souvent perçus comme des équivalents. En pratique, le terme « psychanalyse » est renvoyé au dogmatisme, tandis que celui de « psychodynamique » renvoie davantage vers une pratique ouverte et acceptable.

avec elle ». À l'occasion de cette situation, Patrick Minier explique à Angélique Michaud (interne) que l'hystérie est une manière de formuler l'angoisse, et qu'il ne faut pas la rejeter. Elle lui répond que selon le médecin des urgences générales par lesquelles la patiente était précédemment passée, cette dernière est une « *comédienne* ». Pour Patrick Minier, ce n'est surtout pas de cette façon qu'il faut se comporter. À l'inverse, elle a justement besoin d'attention ; il s'agit d'être délicat avec elle. Ce vocabulaire psychanalytique rencontre dans les interactions le vocabulaire issu du DSM et des schèmes de perception davantage structurés par des références neuroscientifiques des psychiatres, des internes ou des infirmiers plus jeunes. Florent Bayard percevait d'ailleurs la situation comme relevant d'un trouble de la personnalité *borderline* tandis que pour Patrick Minier il s'agissait d'une « *vraie hystérie* ».

La distinction des registres n'est pas pour autant nette. Dans ces services d'urgences psychiatriques, en tant que représentants d'un moment historique spécifique de la psychiatrie française, les registres théoriques et leurs potentiels effets se retrouvent en pratique mêlés, conformément à l'idée selon laquelle « dans chaque moment de l'histoire plusieurs époques s'entrelacent, s'imbriquent, s'enchevêtrent confusément », et ainsi « coexistent chez des contemporains des systèmes de représentations issus d'époques différentes, se superposent en eux, dans un entrelacs incertain, des croyances, des valeurs ou des émotions, nouvelles et anciennes, parfois même venues du fond des âges[465] ». Aux urgences psychiatriques, la différence entre hystérie et *borderline* s'est posée à de nombreuses reprises, mais cela s'est généralement concrétisé en un mélange entre ces deux catégories, mettant en forme un syncrétisme théorique et donc une superposition des temps de l'histoire du champ de la santé mentale, comme cet extrait de journal de terrain le laisse apercevoir :

> J'ai assisté à l'entretien infirmier mené par Loïc (infirmier) avec une femme de 36 ans, originaire du Maroc, qui venait de finir son master. Elle a eu des hospitalisations pour trouble de la conduite alimentaire une dizaine d'années auparavant. Lors de l'entretien, elle ne va pas bien, se met à pleurer au bout de 5 minutes. Elle s'est re-scarifiée le matin même. Ce qui ne s'était pas produit depuis 10 ans. Sa demande semble assez floue. Mais une chose est très claire, elle ne veut pas être hospitalisée, car pour elle, cela lui rappellera de mauvais souvenirs et lui signifierait l'échec de ce qu'elle croyait avoir résolu. Elle ne veut surtout pas que ses proches soient au courant. Lorsque Loïc présente cette patiente à Angélique (interne), elle lui demande : « Trouble de perso ? » Loïc lui répond tout en hochant la tête : « voilà ». « Border ou hystérique ? » demande Angélique qui, sans attendre la réponse de l'infirmier, formule une réponse à sa propre question : « Quoique les deux sont souvent intriqués. »[466]

[465] H. Mazurel, *L'inconscient ou l'oubli de l'histoire*, *op. cit.*, p. 103.
[466] Journal de terrain, Service A, 11 janvier 2017.

La catégorie même d'« *hystéro* » renferme également cette superposition des temps, et correspond à la fois à l'hystérie et au trouble de la personnalité histrionique qui, comme le note Julia Legrand[467], ne représente qu'une forme renouvelée de l'hystérie ; seulement, sa définition s'est détachée de la biologie féminine (du grec hystera, « utérus ») pour davantage se focaliser sur la « théâtralité » des comportements ainsi étiquetés (dérivé d'histrion, « comédien »). Plus globalement, j'évoquerai plus avant ce lien entre hystérie et *borderline* dans les prochains chapitres. Il s'agit ici de mettre en lumière que ces deux catégories marchent souvent de conserve. Certaines distinctions peuvent parfois apparaître[468], mais il est possible d'identifier un véritable couple « *border-hystéro* » dans le langage des urgences psychiatriques (mais aussi au sein des discours de l'*HDJ borderline* comme on le verra). Cela fait d'ailleurs écho à la proximité du trouble *borderline* et du trouble histrionique dans DSM. Tous deux se situent dans le cluster B des troubles de la personnalité ; cluster qui « comprend des sujets qui se caractérisent par leur comportement dramatique, émotionnel ou erratique[469] ».

2.1.2. Borderline ou bipolaire ?

Lorsque l'urgentiste appelle Éloïse Houel, l'interne de CPU au Service B ce jour-là, il annonce une patiente avec un diagnostic de bipolarité, qui sera finalement étiquetée avec un « *trouble grave de la personnalité borderline* ». Déborah Sylvestre âgée de 17 ans, est arrivée la nuit précédente, amenée par les pompiers à la suite d'une « *crise clastique*[470] » chez sa grand-mère. Elle aurait d'abord fait tomber un verre « *sans faire exprès* », selon elle. Sa grand-mère, habituée à ses « *crises* », a appelé les pompiers qui sont, dans un premier temps, repartis. Son oncle est ensuite arrivé, ce qui a énervé Déborah Sylvestre Une violente altercation a alors éclaté ; « *elle a vidé le frigo dans ma chambre* », explique la grand-mère. Les pompiers ont été appelés une seconde fois et l'ont amenée aux urgences pédiatriques. Déborah Sylvestre avait été hospitalisée quelques mois auparavant. Depuis cette hospitalisation, elle était sous

[467] Julia Legrand, « Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », *Sociétés contemporaines*, 2023, vol. 130, nº 2, p. 5-38.
[468] La principale différence entre hystérie et *borderline* dans ces services repose sur le degré de « théâtralité » perçue par les professionnel·les. Cependant, cette distinction est floue et peu pensée par les professionnel·les, à l'image de Christelle Bobin qui n'a pas su me répondre lorsque je lui ai demandé explicitement la différence entre les « *hystéro* » et les « *border* ».
[469] *Revue générale des troubles de la personnalité - Troubles psychiatriques - Édition professionnelle du Manuel MSD*, https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/%EF%BB%BFtroubles-de-la-personnalit%C3%A9/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-troubles-de-la-personnalit%C3%A9, (consulté le 20 juillet 2023).
[470] Une crise clastique correspond à un moment où une personne devient violente et jette des objets.

traitement thymorégulateur[471] jusqu'à une Tentative de Suicide (TS) avec ce médicament, à la suite de laquelle sa psychiatre a arrêté le traitement. Déborah Sylvestre a par ailleurs fait une dizaine de TS sous diverses formes. Lorsqu'Éloïse Houel appelle la mère pour faire l'entretien, cette dernière lui répond qu'elle est au travail, en sous-effectifs, et qu'elle ne viendra pas. Elle donne néanmoins son accord pour que sa fille soit examinée pour un avis psychiatrique. Éloïse Houel apprend que le père est quant à lui hospitalisé en psychiatrie dans une autre ville de France.

Déborah Sylvestre est en 1re ES, mais veut arrêter le lycée pour suivre les cours du CNED. Elle ne supporte plus l'école. Elle dit être bipolaire et explique qu'elle vit actuellement chez sa grand-mère, car sa mère et elle « *ne se supportent plus* ». Ses parents sont séparés, et elle n'évoque pas son père durant cet entretien. Après un appel avec la grand-mère de la patiente, Éloïse Houel me dit que cette dernière « *a peur d'elle, il y a des violences verbales et physiques. Déborah Sylvestre fait 80 kilos, elle a peur qu'elle la plaque au sol ! Elle fait pas décompensée maniaque, mais elle fait impulsive et elle est en rupture de traitement. La grand-mère est à bout, elle va pas rentrer chez elle, et je me vois mal l'hospitaliser… Qu'est-ce qu'on va en faire ?* »

Éloïse Houel appelle ensuite la psychiatre du lieu de la dernière hospitalisation de Déborah Sylvestre pour voir si elle pense qu'une hospitalisation est souhaitable. La psychiatre explique que la prochaine réunion de synthèse du service aura lieu en janvier, dans un mois, et que pour l'instant elle ne peut pas se prononcer. Le dernier rendez-vous dans ce lieu d'hospitalisation remonte à deux mois et, depuis, Déborah Sylvestre a manqué plusieurs rendez-vous. Après cet appel, la psychiatre confirme à Éloïse Houel que la mère et la grand-mère n'en peuvent plus, et elle ne voit pas l'utilité de l'hospitaliser : « *Elle ne nécessite pas de psychiatrie, mise à part réintégrer un traitement, là il faut qu'on lui trouve un foyer.* »

Éloïse Houel reçoit alors un appel du père. Il explique que sa fille prend de l'ecstasy et qu'elle est fréquemment violente. Elle n'a des contacts avec lui que pour lui demander de l'argent afin de s'acheter de la drogue. Il dit être hospitalisé en psychiatrie à cause de sa fille. Éloïse Houel appelle la « *cheffe* », Léa Bodet, et lui explique que « *tout le monde n'en peut plus d'elle… Ils* [service de la dernière hospitalisation] *font une nouvelle synthèse en janvier, et pour l'instant ils ne savent pas trop. J'ai eu le papa qui m'a rappelé, il m'a dit qu'il était en psy à cause d'elle. Il m'a dit qu'il a eu un "coup de nerf" à cause de sa fille… et il m'a appris qu'elle*

[471] Les médicaments dits thymo-régulateurs, normo-thymique ou régulateur de l'humeur, sont des traitements notamment indiqués pour le trouble bipolaire.

prenait des toxiques[472]*... ecstasy. Au niveau social c'est compliqué aussi, une hospitalisation, ça permettrait de temporiser* ».

Quelques heures plus tard, après avoir elle aussi eu la psychiatre de Déborah Sylvestre au téléphone, Léa Bodet, la séniore, dit à Éloïse Houel : « *C'est un trouble grave de la personnalité, il n'y a jamais eu de diagnostic de trouble de l'humeur* [trouble bipolaire]. *Il ne faut pas l'hospitaliser, là il y a besoin d'une prise en charge éducative*. » La mère, contactée par Éloïse Houel, ne veut cependant pas venir chercher sa fille et elle est d'accord pour que l'hôpital fasse un signalement auprès de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Le père souhaite quant à lui qu'« *elle soit hospitalisée le plus longtemps possible !* ». Je monte avec Éloïse Houel dans le bureau de l'assistante sociale du service pour la rédaction d'une déclaration de situation préoccupante. Pour la psychiatre référente de la patiente contactée au téléphone, il faut « *quelque chose de socio-éducatif* ». Elle a effectivement dit à Léa Bodet qu'« *il existe un trouble de la personnalité, avec dysfonctionnement familial pour lequel une prise en charge socio-éducative est plus indiquée qu'une hospitalisation. Elle a quand même besoin de soins, mais pas besoin d'hospit'* ». Après avoir contacté l'éducateur de Déborah Sylvestre, Léa Bodet dit qu'« *ils ne savent plus quoi faire. On ne s'oriente pas vers une hospitalisation, mais plutôt l'ASE* [aide sociale à l'enfance]. *Sur le plan psy, elle ne nécessite pas d'hospit'* ». De retour dans le bureau de la CPU, je demande à Éloïse Houel de quel trouble de la personnalité il s'agit. Elle me répond que c'est un trouble *borderline*. En fin d'après-midi, Éloïse Houel reçoit un appel des urgences pour lui dire que Déborah Sylvestre a fugué. Éloïse Houel appelle Léa Bodet qui lui dit que c'est une « *excellente nouvelle !* ». Entre-temps, le gardien de l'hôpital a intercepté Déborah Sylvestre et appelle la pédopsychiatrie pour savoir s'il faut la retenir. Éloïse Houel répond que non, ça les « *soulage d'un poids* »[473]. J'apprends le lendemain que Déborah Sylvestre est revenue aux urgences de l'hôpital. L'urgentiste, qui se souvenait d'elle, a refusé de l'admettre en lui disant d'aller dans un service d'urgences psychiatriques adulte ; « *de toute façon c'est une demande sociale, c'est pas pour nous* », indique-t-il[474].

En plus de l'hystérie, le trouble bipolaire est ainsi la deuxième catégorie principale qui soulève des questions quant à sa distinction d'avec le trouble *borderline* aux urgences. Après une consultation, Léonore Briquet, interne en pédiatrie au Service B, dit d'une patiente qu'« *elle est trop bizarre !* ». Cette dernière vient de faire une tentative de suicide infructueuse avec du paracétamol et de l'ibuprofène. Pendant l'entretien, elle précise que « *la prochaine fois, je me*

[472] Terme utilisé dans les services de psychiatrie pour désigner les substances psychoactives.
[473] Journal de terrain, Service B, 11 décembre 2018.
[474] Discussion entre l'urgentiste et Éloïse Houel (interne). Journal de terrain, Service B, 12 décembre 2018.

renseignerai mieux ». En sortant de la consultation, Léonore Briquet est effarée : « *Elle a dit que la prochaine fois elle se renseignera mieux ! Zéro critique, aucune conscience du danger !* » L'externe qui l'accompagne lui dit que « *tout son groupe* [d'ami·es], *c'est toutes des border en fait* ». Ce à quoi elle acquiesce, puis regarde sur l'ordinateur la définition DSM du trouble *borderline*. Elle hésite, justement, entre *borderline* et bipolaire, et appelle Antoine Beaulieu, le chef de clinique. Lorsqu'il arrive dans le bureau, il s'exclame : « *Bon c'est une bipolaire qu'il faut hospitaliser ? … Elle critique pas* [son suicide][475] *donc faut l'hospitaliser.* » Léonore Briquet lui décrit plus longuement la consultation et Antoine Beaulieu finit par dire : « *Plus tu m'en parles et plus ça fait border…* » Léonore Briquet lui répond que l'entretien avec cette patiente lui fait penser aux blagues sur les « *border* » que les psychiatres et internes font régulièrement dans le service[476]. Elle lui parle aussi du fait que là, tout de suite, la patiente veut rentrer chez elle pour manger des céréales dans son lit. Antoine Beaulieu répond : « *Ouais c'est une grosse border !* […] *elle le referait* [TS] *pour nous faire chier.* » Pour lui, il faut donc une orientation vers des services qui prennent en charge des premiers épisodes suicidaires, ou alors des cliniques privées. Léonore Briquet lui demande s'« *il faut leur dire que c'est border* [aux services] ? ». « *Ne t'attarde pas trop là-dessus, là c'est une première TS, elle savait la létalité du truc…* » lui répond Antoine Beaulieu[477]. Cette dernière précision révèle un paradoxe dans l'usage de la catégorie « *border* » aux urgences. Dans l'interaction avec Léonore Briquet, Antoine Beaulieu n'hésite pas à parler de « *grosse border* ». Cependant, lorsqu'il s'agit de présenter la situation aux potentiels services ou cliniques, il ne faut pas s'attarder sur le diagnostic afin de leur demander de prendre en charge cette patiente.

2.2. Catégorisations informelles et émotions professionnelles

Ce dernier point révèle la dimension informelle de l'usage du terme « *border* » dans les services de psychiatrie, et son inscription dans un langage qui se restreint bien souvent aux interactions professionnelles courantes des services d'urgences psychiatriques. Après avoir présenté cette informalité, qui se concrétise en un effacement de la catégorie entre la parole courante du service et l'acte médical accompli et officialisé par des inscriptions écrites ou des discours publics, il s'agira ensuite de décrire comment ce terme d'argot professionnel s'inscrit

[475] Le fait de ne pas critiquer un acte suicidaire est un des éléments centraux dans l'évaluation de la nécessité d'une hospitalisation. L'absence de critique du geste est considéré comme un facteur de risque majeur de récidive.
[476] Ces blagues prennent comme on l'a vu en introduction pour objet l'apparence physique, les style vestimentaires et comportementaux des patientes dites « *border* ».
[477] Journal de terrain, Service B, 9 janvier 2019.

dans un langage des émotions professionnelles, à partir duquel prennent forme l'évaluation puis la décision d'orientation pour les patient·es des services d'urgences psychiatriques. Il apparaît finalement que le terme « *border* » opère une objectivation flottante, afin de résoudre certaines ambiguïtés socialement situées concernant les possibles orientations à partir des services d'urgences.

2.2.1. De la parole à l'acte

Alors que le terme « *border* » est largement utilisé dans les interactions courantes du service, le diagnostic trouble de la personnalité *borderline* est rarement visible sur les dossiers des patientes. Il est euphémisé auprès des autres services d'hospitalisation, et il n'est pas non plus annoncé directement aux patientes, si ce n'est par des périphrases concernant l'incapacité ou la difficulté à gérer les émotions, à l'image des explications de Benjamin Pinaud. C'est donc un terme issu d'un langage spécifique, confidentiel, et cantonné aux coulisses des services d'urgences[478]. Ce langage est ainsi autant mobilisé dans la formulation d'hypothèses diagnostiques que dans les blagues entre professionnel·les, que ce soit à propos des patientes ou de leurs collègues. Ces blagues participent d'ailleurs à former les regards des professionnel·les. Le doute de Léonore Briquet entre bipolarité et *borderline*, mais aussi la phrase prononcée par l'externe qui l'accompagnait sur le groupe d'ami·es qui serait exclusivement composé de « *border* », vient des nombreuses descriptions et discussions informelles entre professionnel·les des urgences psychiatriques. Pourtant, d'un point de vue théorique, la situation de cette patiente devrait relever d'une hospitalisation en urgence. En effet, une tentative de suicide non critiquée, sur laquelle s'ajoute la projection vers un prochain acte (la patiente dit que la prochaine fois, elle se renseignera davantage), constitue l'une des situations paradigmatiques de l'urgence psychiatrique, qui nécessiterait donc une hospitalisation en urgence[479]. Cependant, d'autres éléments dans cette situation viennent constituer la patiente comme étant « *border* », relativisant donc ces éléments, *a priori* signes d'une urgence psychiatrique absolue – je développerai ce point dans la prochaine section. Pourtant, aucune mention ne sera faite de cette hypothèse diagnostique dans le dossier de la patiente. Antoine Beaulieu dira même à Léonore Briquet de ne pas trop s'attarder sur ce point

[478] L'usage du terme « *border* » s'inscrit en ce sens dans un « discours sur la mise en scène » typique des « activités de coulisses ». Erving Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1973.

[479] « Le degré d'urgence [vis-à-vis du suicide] est l'évaluation de l'imminence d'un passage à l'acte, fondée sur : - le niveau de souffrance psychique et l'intensité du désespoir ; - le niveau d'impulsivité ; - le degré d'intentionnalité. » M.-J. Guedj-Bourdiau (dir.), *Urgences psychiatriques*, *op. cit.*, p. 342.

au téléphone avec les autres services. Cette disjonction entre un langage courant du service et les inscriptions ou discours officiels, sur dossier ou lors de discussions avec les autres services, est particulièrement visible lorsque les professionnel·les doivent coder l'acte médical qu'ils et elles viennent de réaliser. C'est ce que les internes du Service B doivent faire pour clôturer un dossier, c'est-à-dire indiquer dans le logiciel du service le code de la pathologie. Alors que la qualification de « *border* » est très couramment utilisée pour désigner les patientes des urgences (*Cf. Annexe 2.B.*), il est en revanche très rare que soit inscrit le code correspondant au trouble *borderline* : le F.60.3.

Un interne du Service B, m'explique ainsi un jour que « *c'est pas parce qu'on parle de "border" que l'on code F.60.3. Parfois c'est délicat*[480] ». En effet, lors de l'écriture du compte-rendu de la première consultation avec Selena Perez, Benjamin Pinaud n'écrira à aucun moment le terme *borderline* dans le dossier. Il utilisera plutôt des périphrases, et notamment la formulation équivalente du trouble de la personnalité *borderline* que l'on retrouve dans la Classification Internationale des maladies (CIM) : « la personnalité émotionnellement labile ».

> « Éléments en faveur d'une personnalité de type émotionnellement labile : labilité émotionnelle, sentiment de vide chronique, scarifications. Pas d'éléments de désorganisation ou d'idées délirantes. En demande de soin. Conclusion : Patiente de 15 ans et 8 mois, pas d'épisode dépressif caractérisé, idées suicidaires sans idée de passage à l'acte immédiat. Pas d'arguments pour un trouble psychiatrique caractérisé. Pas d'hospitalisation en urgence, mise en place d'un suivi psychiatrique[481]. »

Après la rédaction de ce compte-rendu, Benjamin Pinaud cherche dans un classeur le code à ajouter au dossier. Je ne dis rien, tout en étant persuadé qu'il allait inscrire le code F.60.3. Au bout de quelques secondes, et face à sa réflexion, je lui demande : « *Tu mets pas borderline du coup ?* » Il me répond : « *Ça m'embête de mettre un trouble de la perso après une seule consultation… Je ne sais pas ce que font les autres.* » Il finit par choisir le code F.43.2, qui correspond au « *trouble de l'adaptation* ». Pour lui c'est vague, donc c'est bien ; « *Elle ne rentre pas dans une case diagnostique. Il faut coder, donc codons !*[482] »

Quelques semaines plus tard, Selena Perez revient aux urgences. Ce jour-là, l'équipe de CPU est constituée d'Amélie Micheau (interne), d'Elodie Lerat (infirmière), et d'une infirmière en formation, Cynthia Giron. Quand j'entre dans la chambre avec l'équipe pour l'entretien psychiatrique, je reconnais la patiente que j'avais vue avec Benjamin Pinaud. Amélie Micheau réalise l'entretien durant lequel Selena Perez annonce qu'elle envisage de se suicider avec de

[480] Fahd, Journal de terrain, Service B, 21 décembre 2018.
[481] Extrait du compte rendu de consultation, dossier de Selena Perez.
[482] Journal de terrain, Service B, 14 décembre 2018.

la mélatonine. En sortant, Amélie Micheau et Elodie Lerat rigolent de cette menace saugrenue : la mélatonine est prescrite en complément alimentaire pour des difficultés d'endormissement, et ne présente aucun risque en cas de surdosage. « *Elle nous inquiète pas trop, c'est une grosse border* », dit ainsi Amélie Micheau avant même d'avoir consulté les notes de Benjamin Pinaud. De retour dans la salle de CPU, Elodie Lerat voit le code qu'avait inscrit Benjamin Pinaud : « *Il avait mis 43.2, ça veut tout dire !* » Cynthia Giron demande des précisions sur ce codage, et Elodie Lerat lui explique : « *On est obligé, ça doit être une question de statistique. On n'est pas censé faire de diagnostic, mais on sait à peu près.* » Je relance Elodie Lerat sur ce code :

> IG : Il avait mis 43.2 ?
>
> ELODIE LERAT : Oui, c'est quand tu peux pas mettre *border* tout de suite
>
> CYNTHIA GIRON : C'est quand tu peux pas mettre *border* tout de suite… ?
>
> Elodie Lerat formule alors une réponse confuse, en disant que ce code est choisi quand il n'y a pas de dépression, et pas de signe anxieux avérés – une reformulation du compte-rendu rédigé par Benjamin[483].

Cette situation montre la gêne que ressentent les professionnel·les à formaliser officiellement leur hypothèse diagnostique qui consiste à étiqueter une patiente comme étant « *borderline* ». Le passage de la parole informelle entre collègues, à la caractérisation officielle de l'acte médical accompli, entraîne un effacement de cette catégorie dans les dossiers des patientes, ainsi que dans la manière dont ils sont codés. Cela pose donc une grande difficulté à toute approche statistique concernant ce diagnostic qui prendrait comme base les données institutionnelles[484]. Ces dernières ne reflètent pas la manière dont les patient·es sont catégorisé·es en pratique. Ce point pose ainsi la question de la fiabilité des études concernant la prévalence du trouble *borderline*, et expliquerait sans doute sa forte variabilité. Le malaise des professionnel·les à coder ou à officialiser le trouble de la personnalité *borderline* repose également sur le fait que, selon elles et eux, ce type de diagnostic ne peut pas être posé en quelques heures. Face à mes questions, plusieurs internes m'ont effectivement expliqué qu'il ne s'agit pas, bien souvent, de trouble de la personnalité avéré ou diagnostiqué[485], mais qu'ils

[483] Journal de terrain, Service B, 7 janvier 2019.
[484] Piste que j'avais envisagée lors de mon travail de terrain.
[485] Des débats ont lieu sur la possibilité de diagnostiquer le trouble de la personnalité *borderline* à l'adolescence. Voir notamment Marion Robin et Richard Rechtman, « Un changement de paradigme au sein du DSM ? Le cas de la personnalité borderline à l'adolescence », *L'Évolution Psychiatrique*, 1 janvier 2014, vol. 79, nº 1, p. 95-108 ; Maurice Corcos, Alexandra Pham-Scottez et Mario Speranza (dir.), *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*, Paris, Dunod, 2013.

et elles repèrent plutôt des traits de personnalité et qu'il faudrait, pour solidifier le diagnostic, réaliser des entretiens plus approfondis.

Cette informalité de l'usage du terme « *border* » rentre ainsi dans un langage local, un sociolecte[486], qui repose sur l'intériorisation, par les professionnel·les des services, de la représentation du « prototype[487] » de chaque catégorie. Ici la jeune patiente « *border* » qui développe une souffrance psychique dite « réactionnelle », c'est-à-dire liée à des évènements « extérieurs[488] », notamment les ruptures amoureuses, entraînant ainsi une répétition de tentatives de suicides et de comportements déviants à la suite d'un « choc émotionnel ». Le travail psychiatrique d'urgence consiste ainsi à rapprocher les situations de ces catégories prototypées, ce qui participe à faciliter l'évaluation et l'orientation pour les internes et psychiatres. Durant notre entretien, alors que l'on parlait des catégories de patient·es stigmatisé·es aux urgences, Alexandra Robineau m'explique effectivement qu'« *on met très vite des stéréotypes aux urgences* » :

> IG : Des stéréotypes, du coup au niveau addicto c'est : « alcoolos »…
>
> ALEXANDRA ROBINEAU : ouais, alcoolo. Ça va être : « ah ba non il est pas vraiment déprimé ». Alors qu'il a le droit d'être déprimé aussi, c'est vrai que quand il est bourré tu peux pas vraiment faire ton évaluation, etc. Mais il a droit d'être déprimé, il a le droit d'avoir besoin d'avoir des soins, mais on est très vite tu sais dans le : « ah, mais c'est pas psychiatrique c'est de l'addicto ». Bah l'addictologie fait partie de la psychiatrie. Voilà, on va voir arriver quelqu'un, bah justement ce dont je te parlais tout à l'heure, pour la sectorisation : « bon bah je fais juste son secteur » et tu peux vite aller dans : « je vais pas aller jusqu'au bout » parce que j'ai décidé qu'il ne sera pas hospitalisé par exemple. Tu peux vite trier comme ça : le trouble de perso, il va rentrer chez lui avec une lettre au CMP, et te concentrer sur les grosses urgences, les pathologies sévères qui ont besoin d'hospitalisation si tu veux. Ça, ça ouais. Je pense que tu peux faire de la merde en fait.

---

[486] Un « sociolecte » correspond à l'usage spécifique d'une langue par un groupe social. Il se différencie du « dialecte » qui correspond quant à lui à la langue d'un groupe social réparti sur un espace géographique donné. Certains travaux de linguiste peuvent néanmoins mobiliser la notion de « dialecte social » comme synonyme à celle de « sociolecte ».

[487] Ian Hacking reprend la notion de « prototype » à la sociolinguiste Eleanor Rosch : Eleanor Rosch, « Principles of categorization » dans Daniel J. Levitin (dir.), *Foundations of cognitive psychology: Core readings*, Cambridge, MIT Press, 2002, p. 251-270.. Cette notion permet de rendre compte du fait que « Chaque classe possède ses spécimens exemplaires (de chien ou de personnalité multiple) et d'autres exemples qui s'éloignent plus ou moins de ces derniers. Ainsi, la plupart des gens à qui l'on demande de donner un exemple d'oiseau répondent "rouge-gorge". Il est rare qu' "autruche" ou "pélican" viennent immédiatement à l'esprit. Le rouge-gorge est un spécimen exemplaire. Il est ce que la sociolinguiste Eleanor Rosch appelle un prototype. » Ian Hacking, *L'âme réécrite : étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998, p. 43.

[488] Alain Mercuel, « Chapitre 4. La souffrance réactionnelle » dans *Souffrance psychique des sans-abri*, Paris, Odile Jacob, 2012, p. 51-80.

Une disjonction se fait donc jour entre la parole qui circule dans les couloirs, bureaux, ou réunions de staff, et l'acte médical officiellement retranscrit par écrit ou dans un discours public. Cette différence permet aux professionnel·les de lisser la résolution de situations « problématiques », qui dans le quotidien de la pratique psychiatrique sont incertaines et indéterminées[489]. Face à cette incertitude, certaines catégories, comme celle de « *border* », sont mobilisées et permettent de construire la définition, et donc la compréhension d'une situation ; comme lorsqu'Antoine Beaulieu s'attend à une bipolaire qui ne critique pas son geste suicidaire, qui devrait donc être hospitalisée, et perçoit finalement la patiente comme une « *border* » capable de refaire une tentative de suicide « *pour les faire chier* ».

2.2.2. Un langage des émotions professionnelles

Cette compréhension de la situation passe principalement par des émotions professionnelles, tout du moins explicitement exprimées. Tandis qu'une personne étiquetée « *border* » suscite de l'exaspération, une personne étiquetée bipolaire qui ne critique pas son geste suicidaire suscite une inquiétude qui amène les psychiatres à choisir l'option de l'hospitalisation. Les catégories informelles du langage des services d'urgences ne sont pas seulement utilisées pour classer les différents types, ou prototypes de patient·es, mais convoient surtout une signification affective. C'est effectivement sur un registre émotionnel que sont évoquées les catégories de patient·es aux urgences : celles que les professionnel·les aiment ou n'aiment pas, celles encore qui suscitent de l'inquiétude ou de l'exaspération.

Durant une discussion dans le Service A, une infirmière dit à son collègue : « *Il y a un patient qui m'a extrêmement irritée, c'est pas bien…* [tendant la main] *tape moi* ! » L'infirmier lui répond : « *Ah, on connaît tous des contre-transferts difficiles* ! » L'infirmière poursuit en précisant que « *c'est un psychotique* ». « *Oh, moi j'aime bien les psychotiques chroniques !* » s'exclame l'infirmier[490]. Le fait d'aimer ou de ne pas aimer des patient·es, ou alors des symptômes est ainsi régulièrement exprimé dans les interactions entre professionnel·les. C'est ce que révèle cet échange entre Benjamin Pinaud et Julie Neveux, l'interne et l'infirmière du service B, après la première consultation avec Selena Perez

[489] En mobilisant le cadre de l'analyse du jeu, Erving Goffman précise à propos des situations problématiques que « l'un des traits essentiels de cette situation est qu'un résultat indéterminé jusqu'à un certain point [...] se détermine clairement et entièrement après que l'acte est accompli. Une situation *problématique* a été résolue. Le terme "problématique" est pris ici au sens objectif, et désigne quelque chose qui n'est pas encore déterminé, mais qui va l'être. » Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, Paris, les Éditions de Minuit, 1974, p. 124.
[490] Journal de terrain, Service A, 13 décembre 2016.

> JULIE NEVEUX : Avec tout ce qu'on a [comme *borderline*], on devrait en faire un groupe.
>
> BENJAMIN PINAUD : C'est ce qu'il y a à [nom d'hôpital]. Mais il faut qu'il y ait des psychiatres pour le faire. Ça entraîne un contre-transfert…
>
> JULIE NEVEUX : Ouais c'est horrible, ça me fait monter.
>
> BENJAMIN PINAUD : Moi j'en aime certaines, celles qui ont une haute capacité intellectuelle[491].

Benjamin Pinaud me présente également, à l'occasion d'un tour dans l'unité d'hospitalisation où il travaille habituellement, une de ses patientes. Elle est diagnostiquée avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA) de « haut niveau » et il me précise que « *c'est ma préférée, c'est ma chouchou* ».

Le registre du lien affectif est ainsi omniprésent dans les espaces de l'intervention psychiatrique d'urgence, où l'enjeu est d'évaluer la gravité et l'urgence d'une situation. Ici, le maître mot est l'inquiétude. C'est effectivement à partir du degré d'inquiétude que suscite une situation que la décision d'hospitalisation – qui est perçue comme une mise à l'abri – sera plus ou moins sérieusement envisagée. Lorsque je demande à Alexandra Robineau ce qui détermine la décision d'hospitaliser ou non une personne, elle me répond par exemple que ce sont « *des situations qui vont t'inquiéter tout de suite* ». Margaux Bossard, également interne au Service A, m'explique quant à elle que certaines personnes sont gardées en consultation prolongée lorsqu'il y a des « *choses inquiétantes* ». Quand Marc Ducret m'explique les potentielles différences entre ce qu'une personne et ses proches peuvent dire, il précise que

> MARC DUCRET : Tu peux jamais préjuger de ce qu'il se passe, […] des fois t'as l'impression que les gens ils ont un discours un peu superficiel, et des fois tu vois la famille qui te raconte des trucs, des menaces suicidaires tous les jours, des choses que t'as pas vu, et des choses qui t'inquiètent. Et forcément tu vas pas laisser repartir quelqu'un dans ce cas.

Dans ces services, l'inquiétude pour les patient·es s'oppose à l'exaspération que ces dernier·es peuvent susciter. Cette émotion est associée à un sentiment de perte de temps. Pour les professionnel·les, qui doivent garantir la rapidité de la prise en charge, toute demande de prise en charge qui dévie de la norme de l'inquiétude sera jugée illégitime. Cette dimension est visible dans la description des situations non urgentes par Alexandra Robineau.

> IG : Est-ce que, pour toi, t'as des cas qui, voilà, t'aurais envie de dire : lui non il n'y avait pas d'urgence ?

[491] Journal de terrain, Service B, 14 décembre 2018.

> ALEXANDRA ROBINEAU : Oui, bien sûr qu'il y a des cas qui m'ont énervée parce que… c'est très con, déjà il y avait deux choses : il y a l'aberration administrative… […] c'est par exemple celui qui est dans un parcours de demandeur d'asile, qui va mal pour des milliards de bonnes raisons, qui n'a pas besoin d'une hospitalisation en urgence ou quoi que ce soit et qui a besoin probablement d'accompagnement et aussi d'un réseau social pour l'aider et on en a vu plein des gens arriver comme ça, et bien il faut les sectoriser. Ça, c'est vraiment une perte de temps, tu le vis comme une perte de temps en tant que médecin urgentiste si je peux dire, […]. Et les autres aberrations c'est quand c'est des pathologies *a minima*, parce que des fois tu es tellement confronté à des pathologies tellement sévères et intenses et handicapantes que c'est vrai qu'à côté quand t'as le petit traumatisme, fin je pense qu'on peut même pas dire petit traumatisme, c'est déjà mauvais de dire ça, mais en tout cas quelqu'un qui n'est pas dans les mêmes états de débordement, j'sais pas, comme une personne délirante ou suicidaire à côté, justement je me souviens très bien d'un mec qui est venu à 23 h me voir parce qu'il… il était sympa, il avait 23 ans, il était perdu dans sa vie, ça se passait pas très bien avec sa meuf, il savait pas trop ce qu'il allait faire comme travail, et là ça a été la panique tu vois, panique de crise de paternité trop jeune je pense, mal préparée, sans jugement, et voilà, il était 23 h et tu sentais qu'il y avait une construction de personnalité un peu fragile. Et donc à 23 h il voulait juste venir parler de tout ça à quelqu'un, et c'est vrai que t'avais envie de lui dire : « mais tu sais que tu peux appeler ta famille ou ta copine », parce qu'au final on l'a pas orienté vers un CMP, on a pas estimé qu'il avait besoin d'une prise en charge psychiatrique. J'ai eu une impression de perdre mon temps, mais en vrai non, mais non en fait ça fait partie de mon métier, ça fait partie de mon métier aussi de voir des gens qui vont pas très bien, mais qui sont pas malades. C'est ça les urgences.

La non-urgence dans ces services est donc directement reliée au registre émotionnel de l'exaspération[492] ; lorsqu'Alexandra Robineau répond à ma question, elle mobilise tout de suite ce registre (« *des cas qui m'ont énervée* »). Ainsi, les « *dimensions administratives* », qui semblent correspondre à des dimensions médico-sociales, ainsi que les personnes qui viennent « *juste pour parler* », ne constituent pas le cœur de métier de la psychiatrie et sont jugées exaspérantes. La situation d'entretien engendre néanmoins un regard critique, de la part d'Alexandra Robineau, sur ces moments qui font pourtant partie de l'intervention psychiatrique d'urgence. Cependant, dans le quotidien de la pratique, le ressenti d'exaspération guide l'évaluation des professionnel·les. Durant notre entretien, Marc Ducret m'explique comment certaines situations ne l'atteignent pas émotionnellement, ce qui sous-entend qu'elles n'auraient pas réellement leur place aux urgences, et qu'il s'agirait ici encore d'une perte de temps. Dans

[492] Le registre de l'exaspération, tel que je l'entends ici, correspond à un ensemble de ressentis : irritation, énervement, agacement, etc.

cet extrait, il s'agit d'une patiente venue aux urgences psychiatriques pour savoir si son copain est pervers narcissique[493] :

> MARC DUCRET : […] Et du coup je l'ai juste orientée vers le médecin traitant en lui disant qu'elle pouvait revenir si jamais elle avait un problème, elle particulièrement, et par exemple, c'est un exemple d'une personne qui m'atteint pas du tout, voilà.

Se dessine ce qu'Arlie R. Hoschschild nomme des « règles de sentiments[494] ». En tant que professionnel·les de la psychiatrie, les internes, infirmier·es et psychiatres doivent ressentir une forme d'empathie, et d'inquiétude pour la personne (ce que retranscrit en creux l'idée de ne pas être atteint émotionnellement), face aux personnes qu'ils et elles prennent en charge. Cependant, certaines situations ne suscitent pas ce type d'émotion, et entraînent davantage une forme d'exaspération. Cette disjonction entre l'émotion ressentie et les règles des sentiments du service peuvent faire l'objet d'un travail d'investigation, durant l'entretien, en creusant certains aspects afin de, peut-être, trouver des choses qui les inquiètent ou qui les touchent. Cependant, et comme la première impression est toujours primordiale dans une interaction[495], cette recherche peut s'avérer parfois rapide, voire inexistante. Dans un contexte où il s'agit de décider rapidement si la personne nécessite ou non les soins, l'absence d'inquiétude ou d'empathie pour une personne prend la forme d'une exaspération, qui sera signifiée à travers des catégorisations informelles, comme l'usage du terme « *border* ».

Cette description de l'informalité du langage des services, qui met en forme des émotions professionnelles, permet de dessiner le mécanisme d'objectivation de la souffrance psychique aux urgences psychiatriques. L'organisation du travail de ces services impose la nécessité de résoudre des situations problématiques et indéterminées, dans une courte temporalité. Dans certains cas, l'incertitude ne peut pas être totalement levée. C'est justement ce qu'il se passe face à des situations qui viennent mettre en tension la délimitation de la frontière de la juridiction psychiatrique : ce que permet de signifier le terme « *border* ». Comme me le disait Marc Ducret, le trouble *borderline* est particulier dans l'ensemble des « *troubles de perso* » : la répétition des tentatives de suicide peut déboucher sur une réussite de l'acte

---

[493] Cela fait écho à l'expérience des violences de genre, qui peuvent être nommées par ce nom de code qu'est la perversion narcissique, très souvent identifié chez les personnes catégorisées *borderline*. Je développerai dans la suite de la thèse.

[494] Arlie Russell Hochschild, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, 2003, n° 9, n° 1, p. 19-49.

[495] Erving Goffman note effectivement qu'« Étant donné la tendance des participants à accepter les définitions proposées par leurs partenaires, on comprend l'importance décisive de l'information que l'acteur détient ou se procure initialement au sujet de ses interlocuteurs : c'est à partir de cette information initiale qu'il entreprend de définir la situation et de tracer l'esquisse d'une réponse. » Erving Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*, Paris, Les Editions de Minuit, 1973, p. 19.

suicidaire[496]. Il s'avère ainsi que la signification du terme « *border* » est peu stabilisée. Il permet de catégoriser plusieurs situations : une patiente qui demande à être prise en charge en psychiatrie, une collègue qui s'habille d'une manière jugée excentrique[497], des personnes qui ne méritent pas l'hospitalisation, mais qui parfois doivent être hospitalisées, etc.

Il apparaît néanmoins que le terme « *border* » n'est pas utilisé de manière totalement hasardeuse. En effet, il n'est pas assigné à n'importe quelle situation floue, mais correspond à des situations floues identifiées au sein d'un groupe de personnes bien précis. Ce groupe est composé exclusivement de personnes jeunes et féminisées, jugées trop émotives, manipulatrices, et globalement exaspérantes. Il s'agit donc bien d'une objectivation psychiatrique qui permet de mettre en mot une situation qui n'est pourtant pas encore totalement résolue et qui met en jeu une ambiguïté concernant les solutions possibles aux urgences (hospitalisation versus non-hospitalisation) et donc la définition de la situation (normal versus pathologique). L'invisibilisation de la catégorie « *border* » dans l'acte médical retranscrit est signifiante sur ce point. L'ambiguïté que le terme renferme, dans le contexte des urgences, devant effectivement être officiellement résolue[498]. Ainsi, l'objectivation du trouble de la personnalité *borderline* aux urgences flotte dans une fraction précise de l'« espace social du genre[499] ». En retour, le terme « border » vient alors caractériser des patientes qui se retrouvent dans des situations elles-mêmes flottantes, que ce soit concernant la prise en charge où elles vivent bien souvent un « nomadisme médical », la manière d'être caractérisées et diagnostiquées (errance diagnostique), ainsi que l'ambivalence de leur statut en psychiatrie.

L'usage de cette expression dévoile également la dimension morale de la pratique clinique. En effet, et comme le note Samuel Lézé, dans la vie sociale, à laquelle n'échappe bien évidemment pas la psychiatrie, « on ne peut pas ne pas évaluer moralement », et l'évaluation opérée dans ces espaces engendre des formes d'assignation d'identités morales[500]. En d'autres termes, les professionnel·les opèrent, à travers l'usage d'un langage informel et émotionnel,

---

[496] C'est ce que m'expliquait également une infirmière d'un autre service psychiatrique, rencontrée à l'occasion d'un dîner auquel j'ai été invité par un membre de l'équipe du Service A. Cette dernière m'a raconté que dans son service, en l'espace d'une année, deux jeunes femmes étiquetées « border », qui avaient été jugées comme ne nécessitant pas de soins, s'étaient directement suicidées à leur sortie de l'hôpital.

[497] Cf. Introduction générale.

[498] On pourrait rétorquer que la catégorie F.43.2, qui correspond au trouble de l'adaptation, préférée à celle de *borderline* dans le cas de Selena Perez est également flou. Cependant, le trouble de l'adaptation ne met pas en forme une situation ambiguë concernant l'alternative centrale des urgences entre hospitalisation/non-hospitalisation. Cette catégorie ne nécessite jamais, en elle-même, une hospitalisation.

[499] Emmanuel Beaubatie, « L'espace social du genre. Diversité des registres d'action et d'identification dans la population trans' en France », *Sociologie*, 2019, vol. 10, nº 4, p. 395-414.

[500] Samuel Lézé, « L'attribution des identités morales. Perspective anthropologique sur les catégorisations de la personne », *Psychiatrie Française*, 2013, vol. 43, nº 4, p. 95-100.

des catégorisations morales, qui participent à instituer des valeurs sociales et des formes de légitimité/illégitimité différenciées en fonction des groupes de patient·es.

III. Qui mérite les soins ?

Dans son enquête réalisée dans les années 1960 au sein de six services d'urgences publics et privés du Nord-Est et de la Côte-Ouest des États-Unis, Julius A. Roth mobilise les notions de « valeur sociale » et de « légitimité » afin de saisir les mécanismes de différenciation à l'œuvre dans ces espaces[501]. Anne Paillet, qui a proposé une lecture croisée de cette enquête avec celles de Barney Glaser & Anselm Strauss ainsi que celle de David Sudnow sur la prise en charge de la mort à l'hôpital[502], met en avant le fait que Julius A. Roth prolonge l'usage de la notion de « valeur sociale », initialement développée dans ces précédentes enquêtes[503]. Dans ces études, qui constituent des travaux fondateurs de la réflexion sociologique américaine sur les attributions de valeur sociale et la différenciation des pratiques médicales[504], une acception pluridimensionnelle du terme « social » est retenue. Il inclut en effet « les classements selon l'âge, le statut socio-économique, les catégorisations ethnoraciales et les jugements moraux sur les mœurs[505] ». La légitimité des demandes et des patient·es, quant à elle, est une nouvelle dimension apportée par Roth à ces analyses des formes de différenciation du travail médical.

> « [La légitimité] correspond au regard que les personnels portent sur le caractère "approprié" ou non des comportements et se distingue de celle de jugement moral. En fonction de la manière dont les membres des équipes définissent leur propre rôle aux urgences, ils ou elles attendent que les normes de rôle du "bon patient" soient respectées : seules seront perçues comme légitimes les personnes qui viennent pour un motif d'urgence jugé réel, répondent avec bonne volonté aux questions et coopèrent[506]. »

---

[501] J.A. Roth, « Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele », art cit.
[502] Barney G. Glaser et Anselm L. Strauss, « The Social Loss of Dying Patients », *The American Journal of Nursing*, 1964, vol. 64, nº 6, p. 119-121 ; Barney G. Glaser et Anselm L. Strauss, *Awareness of Dying*, 1st edition., Chicago, Aldine Publishing Co., 1965 ; Barney G. Glaser et Anselm L. Strauss, *Time for dying*, Chicago, Aldine, 1968 ; David Sudnow, *Passing on: The Social Organization of Dying*, First Edition., s.l., Prentice Hall, 1967.
[503] Anne Paillet, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins : Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 12 avril 2021, n° 236-237, nº 1, p. 20-39.
[504] En France, cette réflexion émerge dans quelques travaux dans le courant des années 1970, voir notamment Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, 1971, vol. 26, nº 1, p. 205-233 ; Claudine Herzlich, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, 1973, vol. 14, nº 1, p. 41-59 ; Antoinette Chauvenet, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978, 256 p ; Ces travaux s'inscrivent dans la période où commence à s'institutionnaliser, en France, une sociologie de la santé. Voir sur ce point Claudine Herzlich et Janine Pierret, « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, 2010, vol. 51, nº 1, p. 121-148.
[505] A. Paillet, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », art cit.
[506] *Ibid.*, p. 33-36.

Comme on l'a vu, deux principaux couples d'opposition émotionnels se déploient dans le langage des services d'urgences psychiatriques. Le premier correspond à l'alternative entre l'inquiétude et l'exaspération envers une personne, qui permet, en pratique, de définir ce qui constitue le cœur du métier de la psychiatrie. La seconde, qui s'articule avec cette première alternative, correspond à l'opposition éminemment morale du j'aime/j'aime pas. Ces deux alternatives peuvent être reliées aux deux dimensions de la caractérisation des patient·es aux urgences psychiatriques relevées par Julius A. Roth. L'opposition entre l'inquiétude et l'exaspération relèverait ainsi de l'évaluation de la *légitimité* de la demande de soin d'une personne, dans le sens où elle permet de distinguer entre les demandes appropriées ou non appropriées ; on se rappelle ici d'Alexandra Robineau qui décrit des situations qui l'ont « *énervée* » à la suite de ma question sur les cas qui ne sont pas des urgences. L'opposition entre le fait d'aimer ou de ne pas aimer une catégorie de patient·es relèverait quant à elle de l'attribution d'une *valeur sociale*, c'est-à-dire d'une évaluation de la position des patient·es au sein des hiérarchies sociales, selon une pluralité de dimension (âge, genre, classe, race, mœurs présumées, etc.). Cette évaluation correspondrait alors certainement à des enjeux de proximité et/ou de distance sociale entre les patient·es et les médecins[507], et s'inscrit dans des formes de jugements sociaux naturalisés, comme lorsque Benjamin Pinaud précise « *aimer* » les patient·es autistes à haut potentiel.

Anne Paillet note également que le travail de Roth montre que « la question de la légitimité se pose de manière aiguë lorsque la valeur sociale est estimée négative » et que pour « les patient·e·s considéré·e·s comme légitimes, la valeur sociale semble un peu moins fortement prise en compte[508] ». De là s'explique donc l'intrication, en pratique, entre certaines formes d'exaspération et la dévalorisation de certaines catégories de patient·es dans les Services A et B. La classification des patient·es dans les services d'urgences psychiatriques repose sur un langage qui permet d'opérer des catégorisations morales et une évaluation de la légitimité des demandes. La nécessité ou la non-nécessité de soins psychiatriques se formule alors sur un registre du *mérite* :

> « Entre tous ces critères d'appréciation de la valeur sociale et de la légitimité, l'un des registres de qualification opère un point de jonction dans le raisonnement : le mérite. Les patient·e·s sont appréhendé·e·s comme méritant·e·s ou non méritant·e·s ("deserving" ou "undeserving patients") – au double sens d'ayant du mérite ou n'en

[507] Je rejoins ici Julia Legrand lorsqu'elle écrit qu' « il serait d'ailleurs intéressant de mener une enquête systématique sur le ressenti du contre-transfert des « psy » en fonction de leur proximité ou de leur distance sociale avec les patients ». J. Legrand, « Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », art cit, p. 27 note n°33.

[508] A. Paillet, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », art cit, p. 36.

> ayant pas et de méritant la meilleure prise en charge ou ne la méritant pas. Ce point est essentiel. Car ce qui intéresse Roth, c'est ce vers quoi tendent les caractérisations : le traitement différencié des patient·e·s, au nom du fait qu'ils ou elles méritent ou non d'être bien servi·e·s[509]. »

Cette manière d'interroger les processus de différenciation en milieu hospitalier ouvre la possibilité d'une analyse des manières dont les structures sociales et les rapports de domination s'infiltrent jusque dans les interactions quotidiennes et les plus ordinaires des services médicaux.

Dans une perspective quantitative, la sociologue américaine Alisa Lincoln montre quant à elle, dans le courant des années 2000, comment l'évolution des politiques entourant la psychiatrie place la question du mérite au centre des enjeux d'accès à l'hospitalisation et aux soins psychiatriques. Relevant auparavant d'une forme paradigmatique de contrôle social des populations les plus dominées et marginalisées, alors davantage touchées par l'hospitalisation contrainte, cette hospitalisation ne se résume néanmoins plus à cette dimension dans la mesure où les personnes des groupes marginalisés ne sont plus, aujourd'hui, confrontées à des taux plus élevés d'hospitalisation contrainte que le reste de la population. À l'inverse, elles tendent à être exclues des soins. Alisa Lincoln note ainsi que

> « Les politiques antérieures ont entraîné des taux disproportionnés d'hospitalisation contrainte parmi les groupes marginalisés et dénués de pouvoir ; ces mêmes groupes se voient aujourd'hui refuser de manière disproportionnée l'accès aux traitements psychiatriques en milieu hospitalier. S'il est évident que tout·es les patient·es ne nécessitaient pas une hospitalisation psychiatrique, très peu d'entre elles et eux ne souffraient pas d'une maladie mentale. Les autres ont peut-être exagéré leurs besoins en matière de santé mentale pour des "motifs ultérieurs", mais ils et elles avaient des besoins psychiatriques et sociaux légitimes. Qu'adviendra-t-il des patient·es qui ne sont pas suffisamment malades pour répondre aux critères d'hospitalisation sous contrainte et qui ont la malchance de faire partie des "malades non méritant·es" ?[510] »

L'hospitalisation en psychiatrie constitue donc actuellement, aux yeux des professionnel·les de la psychiatrie, une ressource rare qu'il conviendrait de mériter, et les personnes doivent ainsi présenter une « valeur mobilisatrice[511] » suffisamment élevée pour débloquer l'accès à des lits d'hospitalisation, ou même un rendez-vous en CMP.

---

[509] *Ibid.*

[510] A. Lincoln, « Psychiatric emergency room decision-making, social control and the 'undeserving sick' », art cit, p. 73 ma traduction.

[511] En faisant référence aux études de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth, Nicolas Dodier et Agnès Camus notent que « L'observation des discussions entre les urgences et les services hospitaliers suggère le rôle central de ce que nous appellerons ici la *valeur mobilisatrice* du patient dans les processus d'admission. Avec cette notion nous résumons l'ensemble des dimensions qui font que le patient paraît plus ou moins intéressant. » Nicolas Dodier et Agnès Camus, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales*, 1997, vol. 52, nº 4, p. 742.

Toujours à partir de la focalisation sur la catégorie « *border* », je déplie dans cette section les enjeux que recouvrent, dans les services d'urgences psychiatriques, les attributions différenciées de valeur sociale et de légitimité. Je présenterai ainsi, dans un premier temps, les types d'évaluation de la crédibilité aux urgences qui participent à construire la légitimité ou l'illégitimité d'une demande. Cette dimension est notamment éclairée par l'évaluation de ce que les professionnel·les nomment « *l'authenticité* ». Ensuite, je me pencherai sur la manière dont ces perceptions professionnelles sont traversées par des dimensions sociales, notamment le genre, à travers deux cas paradigmatiques de l'« *inauthenticité* » que présentent les « *border-hystéro* » et les « *psychopathes* ». Enfin, il s'agira de montrer comment ces mécanismes de catégorisations morales s'inscrivent dans des « politiques de mise en crise[512] » de la psychiatrie, dont les logiques peuvent être saisies à partir des interactions quotidiennes.

3.1. L'évaluation de la crédibilité aux urgences psychiatriques

Le sociologue de la criminalité Philip Manning identifie deux manières de lire l'œuvre d'Erving Goffman[513]. La première est une lecture européenne qui consiste à voir cet auteur comme un théoricien de l'ordre de l'interaction, qui focalise ses travaux sur la confiance entre les acteurs et actrices et sur les rituels d'interaction. La seconde lecture est américaine, et perçoit davantage cet auteur comme un « théoricien de la supercherie » (*Theorist of deception*)[514]. Pour relier ces deux lectures, il serait possible selon Philip Manning d'envisager le travail d'Erving Goffman comme portant sur « la production et la reproduction de la crédibilité ». Cette perspective permet ainsi de saisir si l'actrice ou l'acteur est convaincant ou non, et donc crédible, et cela, même s'il ou elle trompe ses interlocuteurs et interlocutrices. La crédibilité est

[512] Sara Angeli Aguiton, Lydie Cabane et Lise Cornilleau, « Politiques de la "mise en crise" », *Critique internationale*, 2019, vol. 85, nº 4, p. 9-21.
[513] Philip Manning, « Credibility, Agency, and the Interaction Order », *Symbolic Interaction*, 2000, vol. 23, nº 3, p. 283-297.
[514] Cette dimension est centrale dans les premiers travaux de l'auteur, peu connus des francophones, mais elle est également présente dans les traductions des ouvrages « classiques » de Goffman. Manning précise par exemple que « Le thème de la supercherie est au centre de *La présentation de soi dans la vie quotidienne*, un livre qui aurait pu facilement et peut-être plus justement s'intituler *La fausse représentation de soi dans la vie quotidienne*. Le vocabulaire dramaturgique développé par Goffman concernant la "gestion de l'impression" offre un cadre permettant de comprendre les types et les composantes de la tromperie. La présentation de soi est en quelque sorte un manuel de supercherie. Ainsi, le chapitre "Performances" décrit les techniques de "réalisation dramatique" des présentations manipulatrices de soi que les acteurs construisent à partir d'impressions et de façades qu'ils conçoivent pour induire en erreur. Goffman (1959:40) a illustré cette performance en utilisant, entre autres, l'exemple d'un arbitre de baseball qui doit prendre ses décisions immédiatement afin de donner une impression de certitude, renonçant ainsi au moment dont il a besoin pour confirmer ses jugements à lui-même. » P. Manning, « Credibility, Agency, and the Interaction Order », art cit, p. 287 ma traduction.

ainsi le fondement de l'ordre de l'interaction, comme le note Philip Manning en conclusion de son article.

> « Dans cet article, j'ai défendu une lecture de Goffman qui suggère que ses idées sur l'ordre d'interaction et la supercherie convergent vers une analyse de la production et de la reproduction de la crédibilité. Le maintien de la crédibilité implique l'utilisation de différents types de ressources et la volonté de respecter des règles de conduite. Lorsque le monde social est crédible, il est "réel et convaincant", ce qui, dans le contexte du comportement quotidien, signifie souvent que les participants ont l'impression qu'il ne se passe "rien" de particulier[515]. »

Certaines catégories de personnes, par leurs pratiques spécifiques, entraînent cependant des « expériences de ruptures[516] ». Ainsi, de manière classique en sciences sociales, les enfants, les comédien·nes ou encore les personnes souffrant de maladie mentale sont perçu·es comme des groupes qui transgressent les normes qui vont habituellement de soi, permettant ainsi de révéler ce qui d'habitude est caché, dénié ou implicite[517]. Mais qu'en est-il dans un contexte sociohistorique où se diffusent largement des schèmes psychologiques d'explication du social et de ses troubles, où des thérapies pour les « normaux » émergent, et où la psychiatrie est confrontée à une crise de sa spécificité par le paradigme de la santé mentale et de la souffrance psychique[518] ?

Ici, à l'évaluation classique de la crédibilité dans le monde social, qui renvoie vers la psychiatrie des « déviances résiduelles[519] » – c'est-à-dire des transgressions de normes minimales de l'interaction –, s'ajoute un second type d'évaluation qui consiste à évaluer la crédibilité du caractère « réellement » pathologique d'une souffrance. Cette seconde évaluation, spécifique du champ psychiatrique contemporain, se situe donc en amont de la prise en charge au sein de services de soins psychiatriques, notamment aux urgences, en tant qu'il participe à produire la délimitation de la juridiction professionnelle de la psychiatrie, et donc la spécificité médicale du métier de psychiatre.

---

[515] « In this article, I have advocated a reading of Goffman that suggests that his ideas about the interaction order and deception converge into an analysis of the production and reproduction of credibility. Maintaining credibility involves the use of various kinds of resources and a willingness to abide by rules of conduct. When the social world is credible it is « convincingly real, » which, in the context of everyday behavior, often means that participants have a sense that « nothing » in particular is going on. » *Ibid.*, p. 12, ma traduction.

[516] Harold Garfinkel, *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF, 2007, 473 p.

[517] P. Manning, « Credibility, Agency, and the Interaction Order », art cit, p. 289.

[518] Cf. Chapitre 1. Des états limites à un trouble des émotions.

[519] Thomas J. Scheff, *Being mentally ill*, Chicago, Aldine, 1967.

3.1.1. Est-ce que cette personne est « psychotique » ?

Les travaux de sociologie de la psychiatrie se concentrent habituellement sur le premier type d'évaluation : celui qui consiste à évaluer la crédibilité du discours des personnes qui sont le cœur de cible de la psychiatrie. L'enjeu de crédibilité concerne ici la question de l'évaluation de la gravité des troubles psychiatriques : y a-t-il une rupture avec la réalité ou non ? Autrement dit, est-ce qu'une personne « délire » ou pas ? Cette dimension a notamment été analysée par Livia Velpry, à partir d'un travail de terrain sur un dispositif d'appartements thérapeutiques. Cette autrice met en lumière la « conception paradoxale » de la subjectivité des patient·es dans le champ psychiatrique actuel[520]. En effet, les personnes peuvent, d'un côté, être perçues comme capables d'émettre une opinion, notamment depuis l'accroissement de l'attention portée au « point de vue des patient·es » en médecine depuis le début des années 1980, et de l'autre, elles peuvent être définies comme incapables d'avoir un avis et de l'émettre. À partir de cette configuration paradoxale, l'autrice met en lumière le processus de construction du point de vue des patient·es, qui ne va pas de soi, mais émerge à partir de négociations et de co-constructions entre professionnel·les et patient·es. Cependant, Livia Velpry précise qu'en pratique, le point de vue des patient·es est « insaisissable ». À l'aide de deux exemples similaires[521], l'autrice montre comment coexistent deux manières de recevoir et de percevoir les discours des résident·es par les professionnel·les. Cela révèle ainsi deux régimes de prise en charge : celui de l'imposition et celui de la collaboration, qui renvoient respectivement aux deux types d'actions psychiatriques repérés par Jerry Floersch : « faire pour » et « faire avec »[522].

Un autre exemple est donné par le travail de Baptiste Brossard sur les « consultations mémoires » en gériatrie. Ces consultations visent à diagnostiquer une maladie dégénérative ; ce qui est similaire à la pratique diagnostique de la psychiatrie. Ici, les personnes âgées essayent de « jouer leur crédibilité », c'est-à-dire de se présenter comme crédibles lors de ces consultations, pour éviter d'être catégorisées comme atteintes de problèmes cognitifs. Ainsi, Baptiste Brossard note que « Rendre un discours crédible ou le discréditer est une condition de possibilité du travail gériatrique (qui s'apparente en cela au travail psychiatrique)[523] ». Que ce

[520] L. Velpry, « The patient's view », art cit.
[521] Un habitant dit entendre des souris et un autre sentir des odeurs. Tandis que celui qui entend des souris sera pris au sérieux, le discours du second sera pathologisé et perçu comme non-crédible.
[522] Jerry Floersch, *Meds, Money, & Manners. The Case Management of Severe Mental Illness*, New York, Columbia University Press, 2002.
[523] Baptiste Brossard, « Jouer sa crédibilité en consultation mémoire. Les personnes âgées face à l'évaluation cognitive », *Sociologie*, 2013, Vol. 4, n° 1, p. 2.

soit dans le discours des résident·es d'appartements thérapeutiques ou de personnes âgées, la question de la non-crédibilité de leur discours les renvoie vers le pathologique : le diagnostic de « psychotiques » pour les résident·es, et celui de maladie dégénérative pour les personnes âgées. Cependant, dans un contexte où l'accès aux soins est perçu par les professionnel·les comme devant être mérité, une autre forme d'évaluation de la crédibilité se joue. La non-crédibilité de la demande renvoie à son illégitimité, tandis que la crédibilité d'une demande est quant à elle gage de sa légitimité. Cette dimension est particulièrement visible dans la perception de l'« authenticité » d'une demande ou d'une personne par les professionnel·les.

3.1.2. Est-ce que cette personne est « authentique » ?

La question de l'authenticité d'une personne se pose de manière particulièrement explicite lorsque sa valeur sociale et/ou sa légitimité sont mises en doute dans le travail des urgences psychiatriques. C'est notamment le cas des situations où les mœurs de la personne sont présumées immorales, à l'image de la consommation d'alcool ou de drogues jugée excessive. Cette immoralité attachée à la figure des « toxicos » et des « alcoolos » est articulée à une distinction, en pratique, entre la « vraie » psychiatrie et l'addictologie, comme le notait Alexandra Robineau, l'une des internes du Service A. Cette distinction, qui tend aujourd'hui à se résorber[524], est le résultat d'une histoire où l'institutionnalisation de la prise en charge des consommations de substances psychoactives s'est réalisée à l'extérieur du périmètre de la psychiatrie, voire même contre elle[525]. Ici, s'intriquent donc la dévalorisation sociale et l'illégitimité de la demande.

À l'image des « toxicos », d'autres catégories de personnes sont « inauthentiques » jusqu'à preuve du contraire. Leur venue dans les services est toujours scrutée à la loupe par les professionnel·les, parce qu'*a priori* manipulatrices, difficiles et exaspérantes. C'est le cas des « *troubles de la perso* », dont fait partie la catégorie « *border* », qui permet en creux de saisir la « normalité » de la psychiatrie, c'est-à-dire les normes et les attentes concernant le rôle des bons et bonnes patientes. C'est ce qu'Angélique Michaut, interne au Service A, explicite par exemple lors de notre entretien :

> ANGELIQUE MICHAUT : Les troubles de personnalité on sait que c'est un fonctionnement pathologique, de traits que tout le monde a. On est tous des fois plus

[524] Cette résorption peut se comprendre par un paradigme de l'addiction dans lequel les conduites addictives relèveraient de processus neuronaux et de gestion émotionnel, et qui tend à inclure les troubles du comportement alimentaire.

[525] Voir par exemple : Lise Dassieu, « Addictions et parcours de soins en psychiatrie » dans François Sicot (dir.), *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, L'Harmattan., Paris, 2019, p. 161-219.

> anxieux que d'autres, d'autres qui sont plus dépendantes de leurs proches, mais on est tous, on a tous certains traits de personnalités, mais y'en a qui se manifestent tellement de manière importante que ça devient pathologique et du coup ça influe authentiquement sur leur fonctionnement. Et c'est vrai qu'on sait que les troubles de personnalité, quand il y a que ça et qu'ils sont pas déprimés, nous, les psychiatres en général, on les trouve un peu agaçants. Il y en a [pour qui] on a plus d'empathie que [pour] d'autres, mais c'est vrai qu'on sait qu'à l'hôpital ça sert pas à grand-chose. En ambulatoire il suffit qu'il soit mal luné et du coup l'entretien servira à rien et ils seront toujours dans la confrontation, que… par exemple ceux qui sont très dépendants, on arrivera pas du tout à mettre fin [à la consultation] en une demie heure, ça peut durer des heures et des heures un peu dans cette agressivité passive en disant « oui, mais vous m'écoutez pas, mais oui », et voilà. Et c'est vrai qu'on a l'impression en tant que thérapeute, y'en a certains quand on les voit en plus en urgence, où on va pas faire du tout de psychothérapie, que les traitements fonctionnent qu'à moitié sur ces troubles-là. C'est vrai qu'aux urgences on a l'impression de ramer un peu, ça va être plus long que quelqu'un un peu entre guillemets *normal*.

Les personnes dites « *border* », en tant que représentantes paradigmatiques des « *troubles de la perso* » qui se retrouvent aux urgences, sont donc bien *a priori* placées dans cette anormalité de la psychiatrie, et sont donc présumées inauthentiques. Leurs demandes sont perçues d'emblée comme inauthentiques et donc non crédibles jusqu'à preuve du contraire. C'est ce que révèle notamment cette petite phrase d'Elodie Lerat, une infirmière du Service B., à propos d'une patiente : « *Elle avait son sourire de border. Après elle m'a touchée… Mais elle peut être border et authentiquement pas bien hein !*[526] »

3.1.3. Le « travail contre » des patient·es « inauthentiques » jusqu'à preuve du contraire

Ce second type d'évaluation de la crédibilité, qui consiste à évaluer l'authenticité d'une demande, révèle le travail qui participe à produire la frontière de la psychiatrie. L'analyse de ce travail permet d'identifier une troisième action de l'intervention psychiatrique. En effet, la typologie des modes d'action identifiée par Floersch, le « faire avec » et le « faire pour », évoque la typologie des formes de travail développée par Everett C. Hughes : le « travail sur » et le « travail pour »[527]. Ces deux typologies ne permettent cependant pas de penser ce que Julius A. Roth a pourtant identifié dans son ethnographie de services d'urgences : le fait que des informations « peuvent être utilisées pour ou contre le patient » et que « certaines

[526] Journal de terrain, Service B, 7 janvier 2019.
[527] Everett C. Hughes, « Social Role and the Division of Labor », *The Midwest Sociologist*, 1956, vol. 18, nº 2, p. 3-7 traduit dans ; Everett C. Hughes, *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 1996, p. 61-68 « Division du travail et rôle social ».

caractéristiques retournent systématiquement l'équipe contre les patients et affectent la qualité des soins délivrés[528] ». Ainsi, Anne Paillet propose

> « de compléter les deux notions de Hughes, celle de travail *sur* des personnes et celle de travail *pour* des personnes, fréquemment mobilisées en sociologie du travail et de la santé, par la notion de travail *contre* des personnes. Pour les personnels hospitaliers – médecins compris –, Roth montre qu'il ne va pas de soi que le travail sur les personnes soit toujours un travail pour elles : il s'agit parfois d'un travail contre elles[529]. »

Inauthentiques jusqu'à preuve du contraire, exaspérantes et illégitimes, certaines catégories de patient·es font l'objet d'un travail psychiatrique contre elles, qui consiste le plus souvent à les exclure des soins alors qu'elles sont en demande, et lorsqu'elles y ont accès, de les traiter différemment parce qu'elles ne méritent pas d'être bien servies.

Ces mécanismes d'exclusion peuvent être éclairés à partir des analyses de la philosophe Miranda Fricker concernant les « injustices épistémiques[530] ». Cette dernière décline la notion en deux types d'injustices : herméneutiques et testimoniales. Tandis que l'injustice herméneutique consiste en une incapacité à pouvoir rendre compte de ce qui se passe pour une personne, participant ainsi à la production sociale de l'ignorance à l'œuvre dans les rapports sociaux de domination[531], l'injustice testimoniale constitue l'impossibilité à être entendu, et surtout pris au sérieux. À partir de ces terrains aux urgences psychiatriques, il apparaît que l'usage du terme « *border* », mais aussi toutes les catégories connexes (« *hystero* », « *psychopathes* », « *alcoolo* », « *toxicos* »,…) participe de cette forme d'injustice, qui correspond alors à une composante des inégalités sociales de santé. En effet, à partir de ces catégorisations, les professionnel·les stigmatisent, et bien souvent excluent physiquement ou symboliquement les personnes de la normalité psychiatrique, c'est-à-dire de la forme d'expression de souffrance et de demande attendue par les professionnel·les. En d'autres termes, et pour reprendre l'expression de Romuald Bodin, ces différentes catégories relèvent

---

[528] J.A. Roth, « Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele », art cit, p. 842 cité par ; A. Paillet, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », art cit, p. 38.
[529] A. Paillet, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », art cit, p. 38.
[530] Miranda Fricker, *Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing*, 1st edition., Oxford, Oxford University Press, 2009, 208 p.
[531] Voir à ce sujet le colloque organisé par Camille Bajeu, Déborah Guy et Anne-Charlotte Millepied, *Ignorance, pouvoir et santé. La production des savoirs médicaux au prisme des rapports de domination*, https://amades.hypotheses.org/10941 , 21-22 octobre 2019, (consulté le 11 septembre 2024). Ainsi que, par exemple, les travaux de la philosophe Nancy Tuana sur l'épistémologie de l'ignorance : Nancy Tuana, « Coming to Understand: Orgasm and the Epistemology of Ignorance », *Hypatia*, 2004, vol. 19, nº 1, p. 194-232 ; Nancy Tuana, « The Speculum of Ignorance: The Women's Health Movement and Epistemologies of Ignorance », *Hypatia*, 2006, vol. 21, nº 3, p. 1-19 ; Nancy Tuana, *Race and Epistemologies of Ignorance*, 1st edition., Albany, State University of New York Press, 2007.

d'une forme d'« anormalité d'institution[532] » spécifique de la psychiatrie. Sur cet aspect, Miranda Fricker note justement que

> « L'exclusion marque en fait une forme banale d'injustice testimoniale : les groupes sociaux qui font l'objet de préjugés identitaires et sont donc susceptibles de souffrir d'un déficit injuste de crédibilité auront, par la même occasion, tendance à ne pas être invités à faire part de leurs réflexions, de leurs jugements et de leurs opinions. (Si la parole de personnes comme vous n'est généralement pas prise au sérieux, les gens auront tendance à ne pas la demander). Ce type d'injustice testimoniale se produit en silence. Il se produit lorsque les préjugés de l'auditeur agissent en amont d'un échange d'informations potentiel : ils préemptent un tel échange. Appelons cela l'injustice testimoniale *préemptive*. La crédibilité d'une telle personne sur un sujet donné est déjà suffisamment entachée de préjugés pour que son témoignage potentiel ne soit jamais sollicité ; le locuteur est donc réduit au silence par le préjugé identitaire qui sape sa crédibilité à l'avance. Ainsi, les opérations purement structurelles du pouvoir identitaire peuvent contrôler quelles contributions potentielles deviennent publiques, et lesquelles ne le sont pas[533]. »

Si les personnes désignées par des catégories qui présupposent une inauthenticité jusqu'à preuve du contraire ne peuvent pas contrebalancer ces formes de catégorisation, c'est-à-dire cette assignation d'identité *a priori* illégitime, par quelques ressources sociales et culturelles que ce soit, leur discours ne sera donc pas entendu, et leur parole sera « confisquée[534] ». En ce sens, les professionnel·les de la psychiatrie peuvent aussi, dans certains contextes, « faire contre » certaines patient·es. C'est notamment le cas des « *border* », catégorie liée à celle d'« *hystero* », ou encore des « *psychopathes* ». Ici, les variations des raisons de l'illégitimité, de l'exaspération, et donc de l'inauthenticité de ces personnes varient grandement selon le genre, ainsi que d'autres dimensions sociales, au sens large (classe, âge, race…).

3.2. Les « border-hystéro » et les « psychopathes »

Les principales catégories illégitimes que j'ai identifiées dans les services d'urgences psychiatriques sont les *« troubles de la perso »*, les *« alcoolos »*, les *« toxicos »* et les *« demandes sociales »*. Parmi les troubles de la personnalité, deux principales catégories se différencient de manière genrée : tandis que les étiquettes de « *border* » et d'« *hystero* », qui sont comme on l'a vu placées dans un même ensemble, sont attribuées à des femmes, l'étiquette de « *psychopathe* » est quant à elle attribuée à des hommes. La principale différence dans ce

[532] Romuald Bodin, *L'institution du handicap*, Paris, La Dispute, 2018, p. 91.
[533] M. Fricker, *Epistemic Injustice*, *op. cit.*, p. 130, ma traduction.
[534] Pauline Chanu, *Les fantômes de l'hystérie - Histoire d'une parole confisquée : un podcast à écouter en ligne*, https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-les-fantomes-de-l-hysterie-histoire-d-une-parole-confisquee , 10 mars 2023, (consulté le 29 mai 2023).

processus d'étiquetage correspond aux émotions professionnelles associées à ces catégories. Tandis que les « *border-hystéro* » font l'objet de blagues et ne sont pas prises au sérieux par leur côté « *théâtral* », les « *psychopathes* » font quant à eux peur aux professionnel·les. Cette peur n'est cependant pas liée au risque que constitue la sortie de ces patients de la psychiatrie, ce qui est sous-entendu dans le couple inquiétude-exaspération développé plus haut, mais correspond à un risque pour l'institution psychiatrique et les autres patient·es. La comparaison de ces deux catégories du langage professionnel des urgences est intéressante, car, dans la littérature spécialisée sur le trouble *borderline*, le trouble de la personnalité antisociale, qui s'est tendanciellement et officiellement substitué à la psychopathie[535], est régulièrement présenté comme le versant masculin du trouble de la personnalité *borderline*.

3.2.1. « Psychiatriquement y a rien à faire, il va finir en prison c'est sûr »

En revenant d'un entretien infirmier réalisé avec un patient qu'elle avait accueilli au comptoir d'accueil, Alexia Pierret (infirmière) nous dit : « *Je le sens pas lui.* » Je n'ai pas vu son arrivée, mais Clément Gonnet (infirmier) qui était présent est d'accord avec elle. Alexia Pierret transmet ensuite les informations qu'elle a recueillies à Yoann Chaput, un des internes du service. Il s'agit d'un patient de 25 ans, sans-abri, racisé, et sans-papiers, qui est déjà venu au Service A un mois auparavant avec le même type de demande, qu'Alexia Pierret qualifie de « *demande de traitement* » et de « *demande sociale* ». Il avait été orienté vers un CSAPA (Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Il s'y est rendu, mais n'y retourne plus parce qu'on ne lui donne pas le traitement médicamenteux qu'il souhaite. En ce moment, il n'est pas bien, il n'en peut plus de dormir dans le couloir d'un centre commercial, et il doit voler pour vivre. Selon Alexia Pierret, le patient est « *très peu authentique* », il a un « *contact froid et psychopathique* » : « *C'est un peu flippant* », précise-t-elle. Quand Yoann Chaput découvre que le patient est suivi en addictologie, il dit : « *Donc on peut rien faire.* » Il reçoit quand même le patient en entretien médical. La consultation commence par les questions de routine (pourquoi est-il venu ici ? etc.). Yoann Chaput lit ensuite les comptes-rendus de ses différents passages à l'hôpital durant les derniers mois. Il repère que le patient a été pris en charge pour de multiples contusions, qui selon ce dernier sont dues à des chutes et des petites bagarres (« *rien de grave* »). Il demande à être aidé, à avoir un traitement. Yoann Chaput lui dit que dans le service on ne peut rien pour lui. Il faut qu'il retourne au centre de

[535] Martyn Pickersgill, « Standardising antisocial personality disorder: the social shaping of a psychiatric technology », *Sociology of Health & Illness*, 2012, vol. 34, nº 4, p. 544-559.

soins d'addictologie : c'est là-bas qu'il pourra être aidé. L'interne précise également que sa « *plainte* » est « *sur le côté social* », qu'il l'entend, mais ici c'est un service d'urgences psychiatriques qui ne peut rien faire. Le patient ne répond pas, il acquiesce d'un signe de la tête et repart en salle d'attente. La consultation a duré moins de 10 minutes : c'est la plus rapide de celles que j'ai observées durant les trois mois d'ethnographie dans ce service. À la sortie de l'entretien, Yoann Chaput semble tendu. Il me dit : « *Pour les psychopathes avec une demande sociale, on peut rien faire… Je le fais sortir le plus rapidement possible.* » Je le questionne sur cette décision. Il me répond que pour les patients psychopathes, si on leur donne une seule brèche, ils s'y engouffrent ; si on hésite, ils font tout pour avoir ce qu'ils demandent. De plus, ils sont « très intolérants à la frustration », donc Yoann Chaput essaye de le faire sortir le plus rapidement possible pour qu'il n'y ait aucun espoir de sa part, et pour éviter qu'il ne revienne cinq jours plus tard. Clément Gonnet et Alexia Pierret, les infirmier·es, s'inquiètent également. Le patient risquerait de « *péter un câble* » en salle d'attente, d'agresser les autres patient·es et de les voler. Yoann Chaput, qui a été auparavant interne dans un service psychiatrique de secteur, me dit connaître les potentielles conséquences d'une hospitalisation de ce type de personne : il ne faut surtout pas hospitaliser ce genre de patient, notamment à cause de la violence contre les autres, me dit-il. Il m'explique qu'en le faisant rapidement sortir et en n'envisageant pas d'hospitalisation, « *on protège la psychiatrie* » : « *Il ne faut surtout pas porter attention à sa demande… ils sont ultra-violents avec les patients.* » La discussion se poursuit lorsqu'un infirmier arrive. Ce dernier va dans le sens de Yoann Chaput, qui consulte alors ce qui a été écrit à la suite de son dernier passage au Service A. Les notes indiquent « *impulsif* » et « *hétéro-agressif* », sans pour autant préciser que ces termes s'appliquent à son comportement dans le service. Cependant, pour eux, cela montre que ça s'est fini en « *eau de boudin* » la dernière fois. Yoann Chaput me dit que ça devait être une femme qui l'a reçu la fois précédente : « *Là, on était deux, avec des grosses barbes, je ne lui ai pas laissé le choix, j'ai été très cadrant et il a pas bronché du coup… Alexia aussi a été ferme avec lui.* » Yoann Chaput répète que pour ce genre de situation, « *psychiatriquement, y'a rien à faire… On est impuissant.* » Il précise alors que les prisons sont « *remplies de psychopathes* » et qu'« *il va lui aussi finir en prison, c'est sûr* »[536].

L'absence du prénom du patient dans mes notes de terrain est révélatrice de la manière dont cette situation a été prise en charge par les professionnel·les du Service A. Tout au long des discussions professionnelles qui ont rythmé sa trajectoire, ce patient n'a jamais été nommé

[536] Journal de terrain, Service A, 15 décembre 2016.

par son prénom. Cela révèle un processus de mise à distance du patient, qui est réduit dans les interactions à son statut de psychopathe et de patient dangereux. Cela participe également à une forme d'invisibilisation de sa situation sociale, un migrant sans papier qui dort dans la rue ou dans des couloirs accessibles, au profit d'une individualisation et d'une psychologisation de sa situation. Les multiples précisions d'Alexia Pierret sur la non-authenticité du patient (regard froid et psychopathique qui serait peu authentique) mettent également en lumière la non-crédibilité de sa parole. Il est présumé manipulateur, car il cacherait son addiction sous une demande de soins. Il apparaît qu'une certaine perception de la part de l'équipe le classe d'emblée du côté des patient·es non méritant·es et inauthentiques. Il présente effectivement le double stigmate de l'illégitimité et de la dévalorisation sociale. Sa demande est illégitime : il s'agit d'une demande de médicament dans le cadre de ce qui est perçu comme de l'« *addiction* », à laquelle s'articule une « *demande sociale* » – nom de code pour décrire une situation socialement difficile (ici sans-papiers, à la rue, etc.). On peut également faire l'hypothèse que sa position sociale particulièrement dominée, en termes de classe, de race, et de nationalité, entraîne l'attribution d'une très faible valeur sociale ; ce qui est rendu visible par son anonymisation dans les interactions professionnelles, et la prophétie formulée par l'interne, qui indique en creux que sa place est en prison plutôt qu'en psychiatrie. L'inquiétude ici ne concerne pas la sortie du patient d'un service de psychiatrie, mais plutôt les potentiels effets néfastes pour la psychiatrie et ses patient·es s'il y rentre.

L'évaluation de l'illégitimité de la demande, liée notamment à des dimensions morales et sociales, éradique ici totalement la possibilité de soin. Après tout, s'il est si inquiétant, ne serait-il pas nécessaire de mettre en place une prise en charge psychiatrique ? À l'inverse, le patient est responsabilisé par l'équipe. Son comportement présumé est jugé intentionnel, et la demande de soin est perçue comme une tentative de manipulation de l'institution, dans un calcul froid et rationnel (l'infirmière souligne justement son regard « *froid* »). Cette étiquette de psychopathe est ainsi mobilisée pour caractériser les patients que l'on peut laisser sortir sans crainte du Service A, lieu où, dès que l'on entre, on ne peut habituellement pas ressortir sans un avis psychiatrique. J'ai assisté à un autre exemple de ce genre. Une après-midi, alors qu'un homme qui venait d'arriver dans le service sort, un infirmier qui ne l'avait pas encore vu se met à courir derrière lui pour le retenir. Une de ses collègues, qui avait interagi avec cet homme au comptoir d'accueil du service, lui dit : « *T'inquiète, laisse-le partir. C'est juste un psychopathe qui est venu ici parce qu'il s'est fait jeter de partout vu qu'il réclamait des médicaments*[537]. »

[537] Journal de terrain, Service A., 25 octobre 2026.

3.2.2. Ambivalences de la dévalorisation et de l'illégitimité des « hystéro-border »

Comme on l'a vu, à l'inverse des « *psychopathes* », la catégorisation de « *border* » n'engendre pas une sortie immédiate de la psychiatrie. Une ambivalence apparaît plutôt, entre le fait qu'il ne faudrait pas hospitaliser ces personnes, et le fait que, néanmoins, elles risqueraient de « *réussir* » leur tentative de suicide. Pour qu'une hospitalisation soit décidée, les professionnel·les doivent aller au-delà de leur perception première qui, bien souvent, présume l'inauthenticité de la demande. Ce qu'Alexandra Robineau explique en entretien lorsqu'elle décrit les « *hystero* » comme des personnes énervantes qui performent une « *belle indifférence* » : signe de l'inauthenticité de leur parole. De la même manière, le qualificatif « *border* » est associé à des personnes ou des actes qui sont dévalorisés socialement ou perçus comme illégitimes en psychiatrie. C'est le cas par exemple des tentatives de suicide (TS). Il y aurait ainsi des tentatives de suicide authentiques, psychiatriquement inquiétantes, et puis des « *TS de border* », qui elles, ne sont pas prises au sérieux et sont l'objet de blagues, comme lorsque Selena Perez dit vouloir se suicider avec de la mélatonine. De la même manière, la situation de la patiente qui dit qu'elle se renseignera davantage lors de sa prochaine TS – habituellement un critère de gravité dans l'évaluation de l'urgence psychiatrique qui sera contrebalancé par le fait qu'elle « *fait border* ». Ici encore, le discours est perçu comme inauthentique. Cette perception est notamment déterminée par la manière qu'ont les patientes de se présenter. Il y aurait effectivement un style de sourire « *border* », un style vestimentaire de « *border* », une coupe de cheveux, et surtout des couleurs de cheveux, de « *border* ». Finalement, alors que dans le cas des « *psychopathes* », c'est une forme de masculinité jugée dangereuse qui est avant tout perçue, dans le cas des « *hystéro-border* », c'est une forme de féminité jugée excessive et/ou déviante qui est saisie par le regard professionnel. Avant même qu'elles se mettent à parler, cette forme de déviance est visible pour les professionnel·les dans l'*hexis* de certaines patientes. En effet, comme a pu le voir Alice Feyeux dans son ethnographie d'un service de pédopsychiatrie, les adolescentes catégorisées *borderline* dans le service qu'elle a observé ne correspondent pas à la féminité attendue par les professionnel·les de la psychiatrie, car, bien souvent, elles « se maquillent, se teignent ongles et cheveux d'une manière jugée outrancière. Leurs jupes courtes, talons ou décolletés, participeraient de l'hypersexualisation[538] », jugée problématique.

[538] Alice Feyeux, « La fabrique psychiatrique (des troubles) du genre », *Sociétés contemporaines*, 2021, vol. 121, nº 1, p. 121.

À cette perception du style vestimentaire s'articule également un jugement de « *théâtralité* » concernant la manière dont les « *border* » se comportent. Alors que les « *psychopathes* » manipuleraient froidement leurs interlocuteurs, avec un risque d'explosivité et d'agressivité, les « *border-hystéro* » les manipuleraient en comédiennes, dans un jeu tout aussi inauthentique et peu crédible aux yeux des professionnel·les. Cette mise en scène peut ainsi passer par le port d'un costume et d'une gestuelle qui caricaturent, aux yeux des professionnel·les, la féminité ; mais aussi, et parfois à la fois, par un discours jugé inadéquat et souvent risible, où les professionnel·les ont l'impression que les « *border* » en font « *des caisses* » alors qu'elles n'ont, en réalité, « *pas grand-chose* ». La valeur sociale octroyée à ces patientes semble donc ici prendre la forme d'une dévalorisation du type de féminité qu'elles performent. En d'autres termes, ce serait leur position supposée dans l'« espace social du genre[539] » qui entraînerait une stigmatisation dans les services d'urgences psychiatriques. Cette position pourrait alors rendre compte de l'ambivalence entre le non-mérite *a priori* à accéder aux soins psychiatriques, et l'hospitalisation de certaines patientes après une évaluation de la dangerosité pour elles-mêmes liée à leurs comportements suicidaires.

La déviance féminine, contrairement à la déviance masculine, est effectivement tendanciellement psychologisée et psychiatrisée[540]. Le risque suicidaire peut donc parfois être perçu comme réel (même si c'est de la comédie, il arrive aux patientes de ne pas se rater), notamment lorsqu'il s'agit du premier épisode suicidaire pour les adolescentes des urgences pédopsychiatriques. C'est toute la signification de la particularité de cette catégorie que me décrivait Marc Ducret, dans l'extrait cité en introduction de ce chapitre.

3.2.3. Protéger et défendre l'institution psychiatrique

Les « *psychopathes* » et les « *border* » sont donc des catégories qu'il ne faut pas psychiatriser. Dans les deux cas, il s'agit de « protéger l'institution psychiatrique ». Concernant les « *psychopathes* », le risque est explicitement évoqué ; ils sont dangereux pour les professionnel·les et les autres patient·es, et la psychiatrie ne peut rien pour eux[541]. Du côté des « *border* », le risque est moins explicite. Néanmoins, lorsque j'évoque mes premières

[539] E. Beaubatie, « L'espace social du genre. Diversité des registres d'action et d'identification dans la population trans' en France », art cit.
[540] Coline Cardi et Geneviève Pruvost (dir.), *Penser la violence des femmes*, Paris, la Découverte, 2017 ; Arthur Vuattoux, « Le traitement sanitaire de l'adolescence confrontée à la justice : une approche intersectionnelle », *Sciences sociales et santé*, 2019, vol. 37, nº 2, p. 5-29.
[541] Ce discours, que j'ai recueilli dans ces services ne tiennent cependant pas, car il existe des Unités pour malade difficile justement dédiées aux personnes potentiellement dangereuses. Livia Velpry, « "Moderniser" l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles », *Sociétés contemporaines*, 2016, vol. 103, nº 3, p. 65-90.

impressions avec Alexis Jalabert, un psychiatre praticien hospitalier du Service B, en précisant que le trouble *borderline* permet, à mon sens, de saisir les enjeux qui se joue dans la définition de la frontière de la juridiction psychiatrique, ce dernier me répond que le « *trouble des conduites* », notamment le TOP (« *trouble oppositionnel avec provocation* »), et le « *trouble somatoforme* » se situent dans la même veine : ils engendrent également un rejet et une forme de démédicalisation. Il rattache alors explicitement ces mécanismes à des enjeux managériaux[542] : « *Il faut défendre l'institution. D'un point de vue managérial, il faut faire tourner le service, donc prendre les gens en souffrance c'est pas un critère d'hospitalisation*[543] ».

Comme le notait Samuel Lézé, la souffrance psychique constitue donc bien un risque pour la psychiatrie contre lequel les psychiatres essayent de se défendre. Le trouble *borderline* est un représentant de cette souffrance psychique, mais a ici un statut particulier. En pratique, le risque de passage à l'acte suicidaire est parfois avéré et une autre dimension de protection de l'institution et des professionnel·les entre alors en jeu : la protection face au risque de potentielles poursuites judiciaires liées à leur activité médicale. Pendant mon ethnographie, une interne a d'ailleurs été entendue par la police à propos d'une situation sur laquelle elle avait travaillé lors de son précédent stage ; un patient, que l'équipe avait laissé sortir, s'était suicidé dans la foulée.

Le terme « *border* », qui permet de catégoriser des situations de flou entre la nécessité et la non-nécessité d'une hospitalisation, met donc en tension cette double dimension de la défense de la psychiatrie : le risque pour la psychiatrie que représentent les « *troubles de perso* » et le risque de poursuite judiciaire liée à l'activité médicale en cas d'erreurs. Ce type de risque semble être endossé en premier lieu par les psychiatres, perçu·es comme celles et ceux qui sont responsables de la décision d'orientation – même si, comme on l'a vu à partir de plusieurs exemples, cette décision s'affine tout au long des trajectoires des patient·es, d'interaction en interaction. Cette responsabilité différenciée entre les membres de l'équipe soignante permet alors d'expliquer les frictions dans l'équipe, notamment entre infirmier·es et médecins[544]. En effet, la décision d'hospitaliser une personne malgré son statut de « *border* » émane bien souvent des internes ou des psychiatres. Un jour, alors qu'Angélique Michaut, l'interne du Service A, décide avec le sénior d'hospitaliser une patiente étiquetée « *border* », une infirmière

[542] Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le "nouveau management public"*, Paris, La Découverte, 2010.
[543] Journal de terrain, Service B, 21 décembre 2018.
[544] I. Garrec, « Méritant·e ou non méritant·e ? La sélection des patient·e·s aux urgences psychiatriques », art. cit.

s'exclame : « *Mais qu'est-ce qu'elle nous saoule ! C'est un trouble de perso, voilà on les hospitalise tous, c'est inadmissible !*[545] » Les médecins doivent alors justifier leur décision auprès de l'équipe infirmière, afin de les convaincre du bien-fondé de l'orientation. C'est encore avec le registre émotionnel que passe cette justification : les internes et les psychiatres vont ainsi présenter la situation, en précisant que ça les « *inquiète* », ou qu'une « *border* » leur fait « *peur* ». Cette expression de l'inquiétude pour la personne est ainsi le signe d'un « *véritable* » trouble psychiatrique, qui s'est développé sur un trouble de la personnalité qui, en lui-même, ne relèverait pas d'une charge psychiatrique. Les arguments qui fondent ce constat reposent alors moins sur des dimensions thérapeutiques que sur une protection du temps de travail.

> ANGELIQUE MICHAUT : Un trouble de personnalité qui se déprime, du coup c'est différent. On sait que là, clairement, il y a une pathologie psychiatrique franche, qu'il y a une répercussion, mais quand c'est juste quelqu'un qui est ultra dépendant et qui a besoin de parler tous les jours à quelqu'un pendant une heure et qui va venir aux urgences parce que c'est un peu la porte ouverte…

Tandis que le risque de poursuites judiciaires est relativement clair, le risque que représentent les « *troubles de perso* » pour la psychiatrie l'est beaucoup moins. Il devient davantage intelligible lorsque l'on cadre la question en termes de « crise de la psychiatrie » qui relève de manière conjointe du financement, de la spécificité de l'activité professionnelle, mais aussi de ce qui est perçu comme relevant de l'effritement de l'autorité psychiatrique. En cela, il apparaît que ces processus de catégorisations morales, à la croisée de l'évaluation de la valeur sociale d'une personne et de sa légitimité à entrer en psychiatrie, sont pris dans des mécanismes de mise en crise de la psychiatrie publique contemporaine.

3.3. La crise de la psychiatrie au prisme de ses interactions ordinaires

La présence de « *border* » aux urgences entraîne régulièrement des « *crises* » au sein des services. Elle suscite des frictions entre professionnel·les en cas d'hospitalisation, ou encore des sentiments d'exaspération et de perte de temps. Ces situations font écho au discours de la crise globale de la profession, audible depuis au moins une vingtaine d'années en psychiatrie, et qui croise les enjeux de moyens et ceux de la délimitation de son mandat social. Il s'agit cependant d'interroger l'usage de ce registre de la « crise ». En suivant Sara Angeli Aguiton, Lydie Cabane, Lise Cornilleau, qui citent l'anthropologue Janet Roitman[546], les diagnostics de

[545] Propos rapportés en entretien par Angélique, interne au Service A
[546] Janet Roitman, *Anti-Crisis*, Durham, Duke University Press, 2013.

crises reposent sur une lecture en termes d'erreur ou de dysfonctionnement, et présupposent également une conception de la temporalité où les crises sont vues comme des anomalies au sein d'un cours ordinaire du temps. Prendre pour objet ces discours et constats, sans pour autant les considérer comme des acquis, permet de documenter les mécanismes par lesquels ce type de discours prend forme, et permet donc d'interroger la conception de la normalité à partir de laquelle la crise se construit : « Sur quel état du monde considéré comme "normal" le phénomène critique est-il construit et alimenté ? L'état de stabilité qui sert implicitement à définir une crise est-il vraiment exempt de tout dysfonctionnement ? Comment les diagnostics de crise, tout en appelant à des réformes à la hauteur des évènements, finissent-ils par reconduire, voire par aggraver, les positions et les asymétries de pouvoir ?[547] »

3.3.1. Les places d'hospitalisation et valeur mobilisatrice des patient·es

Lorsque je discute avec Alexis Jalabert, le praticien hospitalier du Service B, ce dernier évoque la dimension « managériale » dans le travail de psychiatre (la souffrance n'étant pas un élément suffisant pour mériter l'accès à des soins psychiatriques et l'objectif étant de « *faire tourner* » le service). La manière dont sont actuellement organisés les soins, ainsi que les politiques dans lesquelles est pris le travail psychiatrique, joue ainsi sur la manière de catégoriser les patient·es. C'est dans ce cadre que la « valeur mobilisatrice[548] » des patient·es va être construite et perçue.

Alors que j'accompagne Alexis Jalabert et Fahd Bakir (interne), ce dernier reçoit un appel des urgences. Une patiente vient d'être amenée par les pompiers. Elle a tenté de se défenestrer à l'école. J'assiste à l'entretien, dans lequel on apprend que sa mère et son frère sont suivis en psychiatrie. Lors de l'hospitalisation de sa mère, la patiente était placée en famille d'accueil. Depuis son retour au domicile familial, ça se passe mal avec sa mère. Elle dit vouloir « *une vraie famille* », ce à quoi Alexis Jalabert répond qu'on ne choisit pas. Elle explique aussi être « *trop émotive et sensible* ». Durant l'entretien clinique, Alexis Jalabert évoque plusieurs sujets, sur un ton informel et amical. Il questionne ses goûts musicaux (on écoute même une de ses musiques préférées) et les jeux vidéo auxquels elle joue. À la fin de l'entretien, le psychiatre dit : « *On est d'accord que c'est grave ce qu'il s'est passé aujourd'hui.* » Puis précise : « *T'as encore de l'énergie, une bonne réflexion* » – dimensions qui renvoient à l'absence d'un diagnostic de dépression. À la sortie de l'entretien, Alexis Jalabert échange avec l'interne des

[547] S. Angeli Aguiton, L. Cabane et L. Cornilleau, « Politiques de la "mise en crise" », art cit, p. 10.
[548] N. Dodier et A. Camus, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », art cit, p. 742.

urgences et évoque un des paragraphes que ce dernier a écrit sur le dossier de la patiente. Ce paragraphe dit en substance qu'il y a un fort risque suicidaire et évoque le risque de défenestration.

> ALEXIS JALABERT : Ce paragraphe-là, il ne va pas pour une patiente qui va rentrer chez elle.
>
> URGENTISTE : Ah, mais pour moi il faut qu'elle reste à l'hôpital… dans ce contexte on ne peut pas la laisser chez elle.
>
> ALEXIS JALABERT : Oui, mais où ?
>
> URGENTISTE : Chez vous ou aux lits portes…
>
> ALEXIS JALABERT [*en mettant en avant le manque de critères de dépression*] : On a réussi à la faire réagir sur plusieurs sujets. Elle était même dans la séduction quelques fois, elle a de bonnes notes, écoute de la bonne musique, joue à de bons jeux vidéo… Elle fait – [*s'adressant à moi*] ferme tes oreilles toi [*rires*] – elle fait *border* quoi. Je ne veux pas qu'elle soit prise en charge par la psychiatrie. Après un contact avec le CMP, un suivi psychologique pourrait l'aider.

Finalement, après avoir appris que la patiente refuse d'appeler sa mère, Alexis Jalabert est d'accord pour qu'elle reste aux lits-portes des urgences. Il apparaît néanmoins que cet accord est davantage une stratégie diplomatique envers l'urgentiste que le révélateur d'un réel élément inquiétant pour le psychiatre. D'ailleurs, en sortant des urgences, Alexis Jalabert me dit : « *On ne va pas la revoir*[549] ».

Ces échanges rendent visible, premièrement, la tension concernant la « défense » de la psychiatrie, notamment en ce qui concerne le paragraphe rédigé par l'urgentiste. Ce dernier est persuadé que la patiente nécessite une hospitalisation, ce qui va à l'encontre du jugement d'Alexis Jalabert. Pour lui, c'est une « *border* » qui ne mérite pas de rester en hospitalisation. Cependant, la tonalité de l'écriture, jugée trop alarmiste par le psychiatre, ne va pas : il ne faut pas écrire qu'il y a un risque suicidaire quand on s'apprête à faire sortir quelqu'un. C'est ici la peur des poursuites judiciaires, régulièrement évoquée par les professionnel·les, qui explique que des omissions, ou des formes parfois euphémisées de la situation se retrouvent dans les comptes-rendus. Cela permet ainsi aux psychiatres de pouvoir dire, en cas de passage à l'acte du ou de la patiente, que l'évaluation a été réalisée à un instant T, et qu'il n'était alors pas possible de prédire un passage à l'acte impulsif. Une seconde dimension émerge de cette situation : la question du nombre de lits d'hospitalisation. Alexis Jalabert demande effectivement à l'urgentiste, lorsque ce dernier dit qu'il veut hospitaliser la patiente : « *Oui,*

[549] Journal de terrain, Service B, 21 décembre 2018.

mais où ? » Ainsi, toute cette interaction prend sens dans un contexte de places d'hospitalisation limitées – ce à quoi est confronté la psychiatrie, et de manière particulièrement saillante la pédopsychiatrie[550] ; s'il manque de places pour les demandes légitimes, alors pourquoi hospitaliser une patiente qui « *fait border* » ? Dans ce contexte, les services essayent de transférer les patient·es à d'autres service et une véritable économie se déploie, dans laquelle s'échangent des patient·es, dont la valeur varie. Parfois, certains services tentent de camoufler des « *border* », dont la valeur est faible, pour les faire hospitaliser. C'est ce qui a pu être explicité lors de cet échange avec Ophélia Dardenne, une psychiatre du Service B, et Elodie Lerat, infirmière.

Alors que l'on est assis dans la salle de CPU, Ophélia Dardenne me dit : « *Toi t'aimes les border ?* » Embarrassé par cette question posée dans ce registre (ce qui montre encore une fois la centralité du registre émotionnel aux urgences psychiatriques), je réponds : « *Oui, enfin c'est pas que je les aime, c'est plutôt que je veux voir comment se passe leur prise en charge, ou plutôt la difficulté de leur prise en charge* ».

> OPHELIA DARDENNE : Ah oui, ça pour être difficile [*elle appuie sur cette difficulté*]…
>
> IG : Ça permet de voir des moments de tensions et donc de voir des mécanismes…
>
> OPHELIA DARDENNE : Des patientes ou du service ?
>
> IG : Du service.
>
> OPHELIA DARDENNE : Ah oui, on essaye de nous vendre des *border* avec BDA [bouffée délirante aiguë], hallu, etc. Mais les patientes qui te disent qu'elles ont des hallucinations visuelles ce sont des *border*, des *border* ou des *hystéro*. C'est pas possible, ça n'existe pas les hallucinations visuelles, c'est même pas un symptôme pour la schizophrénie.

Avec Elodie Lerat, l'infirmière de CPU, Ophélia Dardenne évoque ensuite certain·es psychiatres qui essayent de leur envoyer des patientes, en notant dans la lettre qu'il y a des hallucinations ou des bouffées délirantes aiguës, en pensant que ça les ferait « *tripper* », mais elles ne sont pas dupes et reconnaissent derrière que ce sont des « *border* ». Elles prennent un exemple qui vient de leur arriver. Un psychiatre a voulu envoyer au Service B une patiente. Ophélia Dardenne précise : *« On m'a dit que c'était une BDA, mais en fait non, c'est une grosse border. On l'a retrouvée dans la rue, scarifiée. Donc non, non, on la prend pas.* » Elodie Lerat

[550] Le détour par des scènes ethnographiques qui ont eu lieu en pédopsychiatrie permet de saisir de manière particulièrement explicite les tensions du champ psychiatrique.

précise que la patiente « *aurait dit que c'étaient des voix qui lui avaient dit de faire ça* ». Et Ophélia Dardenne conclut : « *J'y crois pas du tout…*[551] ».

On retrouve ici la question de la crédibilité, et émergent également les stratégies des services pour « vendre » les patient·es. La valeur scientifique, où l'intérêt clinique d'un cas peut être mis en avant. Cette valeur scientifique peut alors venir contrebalancer une faible valeur sociale et une faible légitimité. Cela a par exemple été visible lorsqu'un psychiatre d'un autre hôpital appelle Ophélia Dardenne pour lui demander de prendre en charge une patiente. Il y a ce jour-là une place de libre dans l'unité d'hospitalisation, et Ophélia Dardenne réfléchit à qui admettre. Elle a reçu d'autres demandes et il est certain que des appels continueront à arriver. La patiente est présentée par le psychiatre comme ayant un TOP, un « *trouble oppositionnel avec provocation* », qui est classé dans la même famille que les « *border* » par Alexis Jalabert, le praticien hospitalier du Service B. Spontanément, Ophélia Dardenne dit qu'« *il ne faut pas la prendre, elle va foutre le bordel dans la salle* [dans l'unité d'hospitalisation] ». Elle appelle néanmoins Aude Jouin, la cheffe de l'unité pour lui demander son avis : « *Est-ce que ça peut être une candidate pour nous ? Elle risque pas de foutre le bordel ?* » En raccrochant, Ophélia Dardenne nous dit que la patiente est actuellement traitée par trois médicaments différents, et que son TOP est plutôt en direction de la famille et non des professionnel·les de santé. Elle sera donc prise dans ce service universitaire, où se réalise des recherches et la formation médicales, parce « *c'est un bon challenge pharmaco !*[552] »

Il apparaît qu'une des conditions de l'usage du terme « *border* » est la nécessité de sélectionner les patient·es qui est engendrée par le manque de lits d'hospitalisation, et donc de moyens de prises en charge. La question du manque de moyens permet de faire le lien entre des micro-politiques de la crise aux urgences psychiatrique et le discours de la crise généralisée en psychiatrie. En effet, et en suivant François Sicot[553], il apparaît que la structuration de l'offre de soins psychiatriques participe à la création des besoins officiellement reconnus. Magali Coldefy et Clément Nestrigue notent que « dans un territoire où les capacités d'hospitalisation en psychiatrie sont plus réduites, les équipes soignantes vont avoir tout intérêt à favoriser la fluidité des parcours et à éviter les séjours prolongés en organisant la sortie d'hospitalisation des patients[554] ». Cette dimension permet ainsi d'inscrire les pratiques de catégorisation morale

[551] Journal de terrain, Service B, 7 janvier 2019.
[552] Journal de terrain, Service B, 7 janvier 2017.
[553] F. Sicot (dir.), *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, *op. cit.*, p. 25-26.
[554] Magali Coldefy et Clément Gonnet Nestrigue, « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale », *Questions d'économie de la santé*, 2014, nº 202, p. 6 cité par F. Sicot (dir.), *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, *op. cit.*, p. 26.

et d'évaluation de la légitimité des demandes dans un contexte institutionnel et organisationnel plus global.

Il s'agit effectivement pour les professionnel·les de définir et d'ajuster les besoins reconnus comme légitimes à la capacité de l'offre de soins. Cependant, cette définition se trouve confrontée à l'élargissement du mandat social de la psychiatrie. Ici, les professionnel·les n'ont parfois d'autres choix, pour discriminer entre demandes légitimes et illégitimes, que d'avoir recours à leurs schèmes de perception et d'évaluation plus générales, qui sont les produits des structures sociales et des rapports de domination. En effet, la définition du caractère psychiatrique ou non psychiatrique d'une demande ne relève pas seulement d'une objectivité clinique, mais repose également sur des mécanismes sociaux et moraux[555]. C'est à partir de ces mécanismes que les patient·es se voient attribuer une valeur et un degré de légitimité à entrer en psychiatrie, classant *de facto* les personnes en fonction de leur mérite à accéder aux soins.

En pratique, la caractérisation du mérite des patient·es se réalise à travers une évaluation de la crédibilité de la demande, qui participe à la construction de la réalité et de l'authenticité de leur pathologie ou de leur trouble. Cela révèle une normalité psychiatrique idéale, de laquelle les « *troubles de la perso* » sont exclus *a priori* à cause de la présomption d'inauthenticité qui leur est imputée. Ces personnes sont également perçues comme étant beaucoup trop « *en demande* ». Elles ne se contentent pas de ce qui est proposé par les psychiatres, mais à l'inverse discutent la décision médicale, et parfois « *mettent en échec* » des solutions proposées. Elles demandent également une attention et un temps de discussion que les professionnel·les ne jugent, bien souvent, pas nécessaires – et dont, de fait, ils ne disposent pas. Les étiquettes de « *border* » ou d'« *hystero* » sont d'ailleurs souvent attribuées à des patientes qui ont vu un nombre de professionnel·les de santé jugé beaucoup trop important, étant passées par plusieurs services d'urgences, services d'hospitalisation, de professionnel·les en libéral, etc. Ce « nomadisme médical » est dévalorisé par les professionnel·les de la psychiatrie, car, comme le note Morgane Delmas

> « Pour partie, les patients qui subissent le nomadisme médical sont des "mauvais patients", c'est-à-dire des patients que, de manière générale, les professionnels ne veulent pas : non compliants, agressifs, revendicatifs, précaires…[556] »

[555] Il ne s'agit pas, ici, d'accuser les professionnel·les de la psychiatrie, mais de montrer comment leurs actions et leurs perceptions sont déterminées par une organisation et une politique globale de la psychiatrie.
[556] M. Delmas, « Urgences et parcours de soins en psychiatrie », art cit, p. 149.

Il convient de souligner que l'errance diagnostique est subie principalement par les femmes, que l'on pense notamment à l'endométriose[557] ou encore aux accidents cardio-vasculaires[558]. Il est également ici question d'une troisième dimension de la crise de la psychiatrie, qui semble-t-il cristallise les différents facteurs de mise en crise : celle de son autorité et de sa domination.

3.3.2. Sous le discours de la « mise en échec », la défense de la domination médicale

On peut effectivement voir dans le constat de « *mise en échec* » des psychiatres par les personnes dites « *border* », des formes de résistance ou des tentatives de négociations face au pouvoir médical de la part de ces patientes. En d'autres termes, ce sentiment de mise en échec de la part des professionnel·les provient de la revendication à la participation et l'implication dans la décision et la prise en charge de la part de certaines patientes ; aspirations qui peuvent également passer par le refus de retourner dans des espaces où la prise en charge s'est mal passée. Seulement, cette revendication à l'autonomie et à la participation dans leur trajectoire de soin, qui est pourtant aujourd'hui valorisée dans le milieu médical, ne prendrait pas la bonne forme. Les psychiatres attendent effectivement une réflexivité et une autonomie de la part de leurs patient·es, notamment dans la capacité à nommer et à gérer les symptômes, à être autonomes dans la prise de médicaments, tout en étant, bien entendu, « *compliants* » aux soins. Alain Ehrenberg note en ce sens que

> « Le patient autonome devant faire l'objet d'une prise en charge globale est aussi un patient compétent. Il doit notamment être capable d'autogérer des symptômes. Ainsi, le déprimé idéal sait reconnaître tout seul les premiers signes d'une récidive, prend rapidement rendez-vous avec son psychiatre habituel, lequel n'a plus qu'à ajuster éventuellement la posologie de l'antidépresseur… L'idéal de l'alliance thérapeutique consiste à transférer les compétences médicales du médecin vers le patient[559]. »

Seulement, cette valorisation de l'autonomie des patient·es a ses limites, que les « *border* » éclairent.

---

[557] R. Hadfield et al., « Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK », *Human Reproduction (Oxford, England)*, 1996, vol. 11, nº 4, p. 878-880. Sur ce point, voir également Anne-Charlotte Millepied, *Aux prises avec l'endométriose. Parcours de vie et travail médical à l'épreuve d'une maladie chronique*,EHESS / Université de Genève - Suisse, 2024.

[558] Dans *Trait d'union*, le magazine du CHU de Toulouse, la praticienne hospitalière du service de cardiologie et de rythmologie, Anne Rollin, explique ainsi qu'« Il y a beaucoup plus d'errance diagnostique pour une femme. Car une femme qui palpite est avant tout identifiée comme hystérique ou sujette aux crises d'angoisse. » CHU de Toulouse, « Maladies et risques cardiovasculaires : les femmes en première ligne », *Trait d'union. Le magazine du centre hospitalier universitaire de Toulouse*, 2023, nº 172, 2023, p. 14.

[559] A. Ehrenberg, « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », art cit, p. 146.

Ce point est étayé par le travail de Julia Legrand, et son analyse des usages de la catégorie d'hystérie dans un service psychiatrique public de secteur qu'elle a ethnographié. Dans le contexte de psychiatrie de secteur, segment dominé du champ psychiatrique dont les références théoriques restent encore teintées par la psychanalyse, la catégorie d'hystérie sert très certainement à nommer des personnes aux profils similaires de celles qui sont nommées *borderline* dans les services universitaires qui se situent, aux côtés d'une partie de la psychiatrie privée et libérale, dans le segment dominant du champ, où le vocabulaire provient davantage du DSM[560]. Julia Legrand note en ce sens que les psychiatres qui ont remplacé le terme « hystérie » par « histrionique » sont également celles et ceux qui « utilisent aujourd'hui des diagnostics comme les troubles de la personnalité, notamment borderline, qui en seraient l'équivalent moderne – et ce, y compris en termes de biais de genre[561] ». Il s'agit effectivement, et comme je le développerai dans le chapitre 4, principalement de femmes relativement bien dotées en capital culturel qui discutent et interrogent la décision médicale, et qui sont en demande de soins psychothérapeutiques. Julia Legrand souligne ainsi qu'

> « On comprend donc que les femmes des classes moyennes ou supérieures, précisément celles qui ont des dispositions à vouloir faire une psychothérapie, soient jugées "pénibles" par les soignants, parce qu'elles ont une opinion sur la façon dont elles souhaiteraient être traitées et qu'elles la revendiquent. Ainsi, le discours d'opposition des patientes hystériques révèle les limites des structures psychiatriques publiques contemporaines, qui peinent à assurer d'autres offres thérapeutiques que les traitements médicamenteux et l'enfermement[562]. »

L'usage du terme « *border* », qui s'associe à une expression d'exaspération dans les urgences psychiatriques, permettrait ainsi de nommer la tension entre la valorisation de l'autonomie des patient·es, qui passe par le respect de leur point de vue, et l'enjeu pour les médecins de garder leur autorité afin d'assurer la continuation de leur domination. Continuation également potentiellement mise en péril par les éléments qui nourrissent le discours de la crise de la psychiatrique : le manque de moyens et l'élargissement de son mandat social. L'autonomie, cette nouvelle norme concernant la manière d'être patient·es, doit ainsi correspondre à certaines attentes : elle doit être cadrée par une autorité médicale qu'il s'agit de ne pas questionner.

Tous ces éléments indiquent *in fine* que les demandes de soins exprimées par les personnes dites « *border* » ne correspondent pas aux attentes des services d'urgences

---

[560] Même si l'usage de la catégorie d'hystérie y reste présent et peut être mobilisé pour caractériser un type d'expression du trouble *borderline*, voir sur ce point le Chapitre 4. Qui sont les *borderline* ?
[561] J. Legrand, « Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », art cit, p. 11.
[562] *Ibid.*, p. 28-29.

psychiatriques, c'est-à-dire qu'elles ne correspondent pas à la normalité psychiatrique qui y est présupposée. Parallèlement, et dans un effet performatif, la manière dont les professionnel·les perçoivent les personnes étiquetées « *border* » les amène également à ne pas les prendre au sérieux, et donc à discréditer d'emblée leur discours en les rangeant du côté des catégories de personnes « *inauthentiques* » jusqu'à preuve du contraire, mécanismes qui peuvent être analysés, à la suite de Miranda Fricker, comme relevant d'une injustice épistémique testimoniale préemptive. D'ailleurs, plusieurs travaux[563] proposent d'appliquer cette notion d'injustice épistémique au trouble de la personnalité *borderline*. Ils montrent comment cette catégorie de personnes est confrontée à la responsabilisation de leurs actes, et donc une exclusion des services de soins. En cela, cette catégorie de patientes serait la perdante des dynamiques « néolibérales » qui touchent la psychiatrie et le champ de la santé mentale (responsabilisation, individualisation, nécessité de se prendre en charge *via* d'autres accompagnements que l'hôpital public, etc.). Ces publications mettent en lumière le fait que les mécanismes de catégorisation morale, que j'ai essayé de saisir dans ce chapitre, s'inscrivent dans des dynamiques structurelles et politiques plus globales dont elles sont également le produit. Dans ce cadre, les émotions des professionnel·les, leurs jugements et leurs perceptions qui entrent en jeu dans leurs pratiques de catégorisation, correspondent à des produits de l'intériorisation des contraintes organisationnelles et structurelles qui pèse actuellement sur la psychiatrie. Tout ceci s'articule également à des stéréotypes de genre disponibles dans l'espace social qui sont alors reformulés et véhiculés par l'usage du terme « *border* ».

[563] Olivia Sagan, « The lonely legacy: loss and testimonial injustice in the narratives of people diagnosed with personality disorder », *Mental Health and Social Inclusion*, 1 janvier 2020, vol. 24, nº 4, p. 241-255 ; Michalis Kyratsous et Abdi Sanati, « Epistemic injustice and responsibility in borderline personality disorder », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2017, vol. 23, nº 5, p. 974-980.

Conclusion. Le terme « border », un révélateur des tensions de la psychiatrie

Dans son cours au collège de France du 5 mai 1982, Pierre Bourdieu rappelle en citant Martin Heidegger que le mot « catégorie » provient de *katégoreisthai* qui veut dire « accuser publiquement[564] ». Cette dimension, que souligne également Julia Legrand dans son article sur l'usage de la catégorie d'hystérie en psychiatrie, éclaire l'ambivalence des pratiques de classification dans le travail psychiatrique. Ces pratiques font toujours courir un risque de stigmatisation. À l'image du terme hystérie, le terme *borderline* se situe ainsi à « la frontière entre la catégorie médicale et la catégorie profane, entre le diagnostic et l'injure[565] ». La forme abrégée du trouble *borderline*, l'expression « *border* » utilisée dans le langage courant, souligne d'autant plus cette position frontière. La question qui se pose est alors la suivante : quel intérêt ont les soignant·es à user de cette catégorie ? Le terme « *border* » permet de nommer premièrement des situations problématiques, dans le sens où elles sont incertaines et pas encore résolues. Ce manque de résolution de la situation présupposée par l'usage de ce terme dans les discussions cliniques rend alors difficile sa mise à l'écrit dans les dossiers des patientes. Cette indétermination, qui fait du terme « *border* » une forme d'objectivation flottante de la souffrance psychique dans les services d'urgences psychiatriques, est néanmoins systématiquement rattachée à des personnes qui partagent des propriétés sociales similaires, notamment en termes de genre, d'âge et de capital culturel. Ainsi, la gêne professionnelle à inscrire dans les dossiers le diagnostic trouble de la personnalité *borderline*, que ce soit en l'évoquant ou en cochant le code F.60.3, mais aussi la réticence à dire explicitement aux patientes qu'elles seraient *borderline*, peuvent se comprendre par le fait que cette catégorie prend la forme d'un catégorème injurieux, ou tout du moins stigmatisant[566], qui désigne des patientes dont les comportements sont déviants vis-à-vis de l'ordre du genre et qui remettent en cause la domination médicale. Cette domination étant également fragilisée par des reconfigurations organisationnelles et économiques du champ de la santé mentale qui seraient le fondement de la mise en crise de la psychiatrie contemporaine. Ainsi, les pratiques de

[564] Pierre Bourdieu, *Sociologie générale, Vol. 1. Cours au Collège de France (1981-1983)*, Paris, Éditions Points, 2019, p. 35 ; Martin Heidegger, *Ce qu'est et comment se détermine la Physis. Question II*, Gallimard., Paris, 1968.
[565] J. Legrand, « Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », art cit, p. 29.
[566] La réticence des professionnel·les à dire aux patientes leur hypothèse diagnostique lorsqu'il s'agit du trouble *borderline* n'a pas été pleinement abordée dans ce chapitre, mais j'ai entendu à de nombreuses reprises l'affirmation selon laquelle il ne fallait pas dire aux patientes qu'elles étaient *borderline* au risque de les stigmatiser. Cette peur de stigmatiser en énonçant cette hypothèse diagnostique étaye plus avant le fait que cette catégorie fonctionne bien comme un catégorème injurieux et/ou stigmatisant dans ces espaces.

catégorisations aux urgences psychiatriques, et en particulier l'usage de la catégorie « *border* », constituent un point nodal dont l'analyse permet d'éclairer les tensions qui traversent actuellement l'institution psychiatrique.

L'usage de la forme diminuée de la catégorie indique ainsi que les conséquences pratiques de cette forme d'objectivation de la souffrance psychique restent en suspens et ne sont donc pas totalement résolues, concernant l'alternative entre l'hospitalisation et la non-hospitalisation. Au-delà de cet usage flottant au sein des urgences psychiatriques, la disponibilité de cette catégorie dans le champ de la santé mentale français actuel, que le chapitre précédent a documenté, ouvre également la voie à son amarrage ainsi qu'à son arrimage symbolique par des professionnel·les, notamment des psychothérapeutes, qui entendent stabiliser et faire reconnaître la légitimité de ce diagnostic en devenant des spécialistes du trouble de la personnalité *borderline*.

CHAPITRE 3. SE SPECIALISER DANS LE SOIN DES EMOTIONS. Le territoire psychologique d'une thérapeutique émotionnelle

> « J'ai conçu la TCD [Thérapie Comportementale Dialectique] pour aider les personnes qui présentent un risque de suicide très élevé, qui sont difficiles à traiter, qui ont de nombreux autres problèmes psychologiques et comportementaux graves et qui figurent souvent sur les listes de non-admission des hôpitaux. Le principal de ces troubles est le trouble de la personnalité borderline (*borderline personality disorder*), un trouble notoirement difficile à traiter. Les critères du trouble de la personnalité borderline comprennent, entre autres, des fluctuations émotionnelles extrêmes, des colères explosives, des relations impulsives et autodestructrices, la peur de l'abandon et le dégoût de soi. Le trouble de la personnalité borderline est extrêmement pénible pour le patient, qui rend souvent sa vie insupportable, mais aussi pour son entourage, sa famille et ses amis. C'est aussi un énorme défi pour les thérapeutes, qui se retrouvent souvent la cible de la colère de cette clientèle. C'est pourquoi de nombreux thérapeutes refusent tout simplement de prendre des personnes souffrant de trouble de la personnalité borderline comme clientes. »
>
> Marsha M. Linehan. 2020, *Building a Life Worth Living. Memoir,* [ma traduction]

En septembre 2019, je rencontre dans son cabinet Mathilde Schneider, une psychologue référencée sur un site recensant les psychothérapeutes spécialistes du trouble *borderline*. Au moment de notre entretien, son activité professionnelle est exclusivement libérale depuis deux ans. Elle a travaillé auparavant au sein de services de psychiatrie publique, en « intrahospitalier » (unité d'hospitalisation) et en centre médico-psychologique (CMP). Lorsque je lui demande de dater la période durant laquelle elle s'est formée à la Thérapie des schémas, l'une des thérapies spécifiquement dédiées aux troubles de la personnalité[567], elle explique que son intérêt pour cette thérapie provient de son travail en psychiatrie hospitalière.

> MATHILDE SCHNEIDER : Finalement, en intrahospitalier, j'avais un rôle d'accompagnement, d'aide, un petit peu diagnostique et de suivi, mais, en gros voilà, il y avait les patients psychotiques qui étaient médicalisés, et tous les patients axe II pour la psycho[logie] […]. J'ai bien compris que c'était à moi de m'occuper des troubles de la perso[nnalité] en hospitalisation, et je pense que c'est de là que je me suis tournée aussi vers la Thérapie des schémas[568].

Cet extrait, ainsi que la citation de Marsha Linehan placée en exergue de ce chapitre qui évoque « les listes de non-admission dans les hôpitaux », étaie un constat précédemment formulé : en tant que catégorie illégitime et dévalorisée aux urgences psychiatriques, le trouble de la personnalité *borderline* est externalisé de la juridiction professionnelle de la psychiatrie. Il

---

[567] Ces troubles se situent dans l'axe II des versions III et IV du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM).

[568] Entretien réalisé avec Mathilde Schneider, psychologue en libéral spécialisée dans le trouble *borderline* et le psychotrauma, 17 septembre 2019.

n'entre donc pas dans le cœur de métier des psychiatres. L'hospitalisation en psychiatrie publique doit le plus possible être évitée, et c'est à la psychologie, à travers sa forme psychothérapeutique, de prendre en charge ce type de trouble.

Ce chapitre aborde le volet de l'enquête consacré à l'espace professionnel qui récupère cette externalisation ainsi qu'à la forme que prend, au sein de cet espace, l'accompagnement du trouble *borderline*. Autrement dit, il s'agira de s'intéresser aux psychothérapeutes spécialistes du trouble que j'ai rencontré·es durant mon enquête (n=13 ; voir tableau n° 1), ainsi qu'à la thérapeutique dite « émotionnelle » qu'ils et elles adoptent et déploient. Comme le note Marsha Linehan, à l'instar des discours recueillis aux urgences psychiatriques, la difficulté associée à ce trouble se retrouve également du côté des psychothérapeutes. Une question se pose alors : qui sont ces professionnel·les qui se spécialisent dans la prise en charge d'un trouble *a priori* si difficile à traiter ? Comment rendent-ils et elles compte de ce choix et quelle est la thérapeutique déployée pour ce traitement ?

Répondre à ce questionnement permet d'approfondir la contextualisation et la description de la pratique professionnelle adossée à l'existence du trouble *borderline* au sein du champ de la santé mentale français. Ces dimensions seront abordées à partir de mon enquête de terrain au sein d'un hôpital de jour spécialisé dans le trouble de la personnalité *borderline*, qui constitue le centre de ce volet de l'enquête. Ce travail ethnographique a été complété par quelques entretiens avec des psychothérapeutes spécialisé·es ainsi qu'une incursion ethnographique au sein d'un groupe d'entraide pour *borderline* comme je l'ai évoqué en introduction. Ce complément à l'enquête n'a pas été systématisé, mais il permet néanmoins d'esquisser quelques hypothèses tout en contextualisant l'activité qui se déploie au sein de l'hôpital de jour ethnographié. Contrairement aux services d'urgences psychiatriques, la catégorie *borderline* ne correspond pas pour ces professionnel·les à une objectivation flottante, elle constitue un trouble spécifique qu'ils et elles soignent, essayent de légitimer, et tentent de faire reconnaître. La catégorie, qui pouvait être analysée comme un fourre-tout dans les services psychiatriques, prend donc ici davantage de consistance.

Tableau n° 1 : Liste des professionnel·les spécialistes du trouble *borderline* rencontré·es

	Profession	Structure-type d'activité	Origines sociales	Âge[569]
Philippe Ebert	Psychiatre	*HDJ borderline*	**	56 ans
Anne-Lise Simon	Psychologue	*HDJ borderline*	Mère : professeur d'espagnol Père : Prospecteur placier	46 ans
Julie Blanc	Psychologue	*HDJ borderline*	Mère : Professeure d'anglais Père : Juriste	34 ans
Carole Cambre	Infirmière	*HDJ borderline*	**	53 ans
Patricia Prigent	Infirmière	*HDJ borderline*	**	50 ans
Agathe Ducos	Stagiaire psychologue	*HDJ borderline*	**	23 ans
Mathilde Schneider	Psychologue	Cabinet en libéral	Mère : Médecin Père : Ingénieur	31 ans
Baptiste Dubois	En voie de professionnalisation	Animation de groupe d'entraide pour personnes *borderline*. En formation (Gestalt, Thérapie des schémas, coaching, etc.)	Mère : Avocate Père : Avocat	35 ans
Pierre Nantas[570]	Psychothérapeute et coach	Cabinet libéral, président de l'AFORPEL	**	63 ans
Firouzeh Mehran[571]	Psychologue	Cabinet en libéral	Mère : Écrivaine Père : PDG d'une société de conseil	67 ans
Alain Charvet	Psychothérapeute et coach	Cabinet en libéral	**	62 ans
Mona Laborde	Interne en psychiatrie	Service de pédopsychiatrie de l'hôpital Henri Ey	Mère : Au foyer Père : PDG d'une entreprise du bâtiment	28 ans
Émilie Lefebvre	Psychiatre	Service de psychiatrie d'un hôpital d'une grande ville française	**	30 ans

La prise en charge du trouble *borderline,* actuellement définie comme efficace parmi les professionnel·les rencontré·es, se situe non pas du côté de la psychiatrie, mais au sein d'un territoire psychologique. C'est ce que développera la première section, à partir d'une analyse

[569] L'âge de ces professionnel·les a parfois été calculé à partir des informations collectées durant les entretiens, une marge d'erreur de plus ou moins quelques années doit donc être prise en compte, mais cela ne change pas l'information qui consiste en premier lieu à positionner ces personnes au sein d'une génération et d'indiquer la période historique durant laquelle ils et elles ont été socialisé·es.
[570] Non anonymisé. Ce choix de la non-anonymisation s'explique par la spécificité de la position de ce professionnel dans l'espace des thérapeutes spécialisés dans le trouble *borderline.*
[571] *Idem.*

de la négociation et de l'entrée sur le terrain ainsi qu'à partir de la trajectoire d'une des psychologues de l'HDJ, Anne-Lise Simon (I.). Il s'agira ensuite d'éclairer la forme que prend la thérapeutique émotionnelle qui est proposée dans cet espace (II.), pour enfin éclairer succinctement la professionnalité psychothérapeutique qui s'inscrit dans ce territoire (III.). Il s'agira en ce sens de partir d'un territoire local (l'*HDJ borderline*) pour éclairer un territoire plus global et qui correspond à ce que Nadia Garnoussi identifie comme « la nouvelle "médecine des émotions"[572] ».

I. Un territoire psychologique

> « Duval [la cheffe du service de psychiatrie] dit : moi, j'ai envie de monter un nouvel hôpital de jour. Les *borderline* engorgent les urgences, c'est une horreur, on ne sait plus quoi en faire et il faut quelque chose de spécifique. »
>
> Entretien avec Anne-Lise Simon, psychologue de l'*HDJ borderline,* 9 février 2021

C'est en ces termes qu'Anne-Lise Simon, psychologue à l'Hôpital Des Vignes, rapporte les conditions dans lesquelles a été décidée l'ouverture de l'*HDJ borderline*. Les conditions pour qu'un tel constat émerge (engorgement des urgences et besoin d'un HDJ spécialisé) résident dans l'extension du champ de la santé mentale et le floutage de la délimitation du mandat de la psychiatrie. Dans ce contexte, les personnes étiquetées *borderline* mettent en tension l'organisation des soins hospitaliers, par cet « engorgement » dont témoignent plusieurs personnes rencontrées. La résolution de cette tension, concrétisée ici par l'ouverture de l'*HDJ borderline*, s'inscrit dans un mécanisme d'externalisation de la prise en charge du trouble *borderline* de la psychiatrie, au profit d'une prise en charge pleinement ancrée dans un territoire psychologique.

Ce choix analytique, en termes de territoire, ne renvoie bien évidemment pas à un espace géographique « réel », mais s'inscrit dans une représentation spatialisée de l'univers social classiquement mobilisée en sociologie[573]. Il s'agira ainsi de présenter la manière dont ces dynamiques territoriales concernant la prise en charge du trouble *borderline* se sont présentées durant mon enquête. Premièrement, le déplacement du trouble *borderline* de la psychiatrie vers un territoire psychologique a été rendu visible par l'organisation des soins et les dynamiques

[572] Nadia Garnoussi, « À la recherche du bien-être, déplacements et perspectives » dans Isabelle Coutant et Simeng Wang (dir.), *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, CNRS Éditions., Paris, 2018, p. 235.

[573] Cette spatialisation permet d'ailleurs, selon Gilles Deleuze et Félix Guattari qui en font un véritable schème de pensée, une meilleure compréhension des dynamiques sociales que ce que permet une simple conceptualisation temporelle. Voir notamment la section « géophilosophie » dans Gilles Deleuze et Félix Guattari, *Qu'est-ce que la philosophie ?*, Paris, Éditions de Minuit, 2005.

de pouvoirs au sein de l'hôpital de jour. Deuxièmement, ces processus s'inscrivent dans la reconfiguration du champ de la santé mentale, que la trajectoire professionnelle d'Anne-Lise Simon, qui a réalisé la quasi-intégralité de sa carrière à l'Hôpital Des Vignes, permet de documenter. Dans ce service psychiatrique, Anne-Lise Simon a effectivement assisté et participé activement à la substitution d'une approche psychanalytique, qui s'inscrivait dans une organisation des soins s'inspirant de la psychothérapie institutionnelle, par une approche psychométrique et neurobiologique favorable aux TCC, engendrant ainsi une réorganisation du service qui se fonde désormais sur un découpage des hôpitaux de jour selon les diagnostics du DSM.

1.1. Des gatekeepers inhabituelles. Un HDJ de psychologues

Mon arrivée sur le terrain permet de mettre en lumière le fait que l'*HDJ borderline* ne s'inscrit pas dans le périmètre psychiatrique. En effet, et contrairement aux ethnographies classiques en psychiatrie[574], ce n'est pas le psychiatre qui ici a le pouvoir de donner accès au terrain. Ayant jusqu'alors réalisé des ethnographies dans des services hospitaliers (en service d'hospitalisation psychiatrique fermé, aux urgences psychiatriques et dans un service de pédopsychiatrie), au sein desquels l'accord du chef de service ou des psychiatres en charge des unités faisait office de laissez-passer, j'ai appréhendé la négociation de ce terrain de la même manière. J'ai contacté Philippe Ebert, le psychiatre de l'hôpital de jour, pour lui demander un entretien, durant lequel je prévoyais d'aborder la question de ma venue dans l'HDJ en tant qu'observateur. Je présupposais que le psychiatre était le principal *gatekeeper* de l'HDJ. Philippe Ebert m'a donc reçu dans son bureau pour un premier entretien, qui a duré une quarantaine de minutes. Lorsque je lui ai demandé si je pouvais venir observer le travail de cet hôpital de jour, il m'a répondu qu'il fallait voir avec les « équipes ». Il est allé chercher la cadre de santé qui, une fois arrivée dans le bureau, m'a posé des questions dans le but d'évaluer le « sérieux » de ma démarche, puis a fini par m'accorder une autorisation de principe. Les psychologues n'étaient quant à elles pas disponibles à ce moment-là. Après quelques échanges de mails avec Anne-Lise Simon, une date de rencontre a été convenue quelques semaines plus tard.

[574] M. Darmon, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère », art cit.

1.1.1. Une configuration locale des rapports de pouvoir en faveur des psychologues

Le 8 novembre 2019, je me trouve dans le bureau des psychologues de l'HDJ, pour cette entrevue. Sont présentes les deux psychologues de l'HDJ, Anne-Lise Simon et Julie Blanc, ainsi qu'un stagiaire psychologue. Lorsque je leur demande le temps qu'elles peuvent m'accorder, Anne-Lise Simon me répond : « *Pour rien vous cacher, est-ce qu'en une demi-heure c'est possible pour vous ?* » Je leur pose des questions au sujet de leur travail, du type de thérapie réalisée dans ce lieu, mais aussi de leurs parcours professionnels et de leurs formations. En fin d'entretien, je leur adresse la question de ma venue dans l'HDJ. Contre toute attente, cette demande qui avait pourtant été accueillie de manière positive par le psychiatre, et que je pensais pouvoir négocier sans trop de difficultés, pose un problème aux psychologues, notamment à cause de nombreuses sollicitations reçues le jour même de cet entretien.

> IG : Là on est déjà à 25 minutes. Merci déjà pour ces informations intéressantes. Je voulais aussi voir avec vous, savoir si c'était possible que je vienne voir comment fonctionnent ces groupes-là, la mise en place, votre travail ?
>
> ANNE-LISE SIMON : Assister à un groupe ?
>
> IG : C'est ça.
>
> ANNE-LISE SIMON [*avec le sourire aux lèvres*] : Ne le prenez pas mal, on rigole parce qu'aujourd'hui je crois que c'est notre quatrième demande, donc on a comme un trop plein… C'est pas contre vous hein. Parce qu'en fait il faut savoir que c'est une population qui est extrêmement sensible, voilà, sensible aux personnes, aux changements… On leur demande beaucoup déjà en accueillant les stagiaires, et voilà, ils sont déjà assez accueillants finalement, ça se passe bien. Donc on a un peu des réticences, sans vous cacher que quelqu'un qui ne va pas rester vienne comme ça ponctuellement dans les groupes.
>
> IG : Oui, c'est la question que je voulais poser : est-ce que ce serait imaginable que je suive un cycle complet, de huit semaines, ou pas ?
>
> ANNE-LISE SIMON : Je peux vous dire : non. Je préfère vous dire non tout de suite parce que c'est vrai que c'est un stage qu'on consacre aux psychologues, aux stagiaires psychologues, je ne veux pas vous vexer.
>
> IG : Non, non, il n'y a pas de soucis.
>
> ANNE-LISE SIMON : Vous êtes quelqu'un de très bien indépendamment de ça, mais là c'est vraiment un travail psychothérapeutique, qui peut aussi réveiller chez le stagiaire des choses pas très agréables hein, donc c'est aussi, il faut être une peu solide psychologiquement pour assister aux groupes. Mais là je préfère vous dire non.
>
> IG : Ok.

JULIE BLANC : Qu'est-ce que vous vouliez, au travers de ça, quel est votre besoin derrière ? Pour mieux vous représenter ?

IG : C'est ça.

JULIE BLANC : Et plutôt la pathologie ou la thérapie ?

IG : La thérapie et aussi la pathologie du coup, c'est-à-dire comment la thérapie est mise en place et comment elle vient prendre en charge la pathologie, ces deux aspects m'intéresseraient.

JULIE BLANC : Vous êtes sur quelle temporalité ?

IG : Bah justement, moi la temporalité est très très large, c'est-à-dire qu'une thèse en sociologie, ça dure plusieurs années, la moyenne c'est en général 5-6 ans.

JULIE BLANC : ah oui, dis donc, quel engagement !

IG : Donc là je suis en deuxième année, donc c'était en termes, peut-être l'année prochaine ou dans l'année…

JULIE BLANC : Là dans l'immédiat, fin voilà dans l'immédiat comme Anne-Lise Simon dit, on est un peu surchargées. Mais moi je trouve votre projet…

ANNE-LISE SIMON : oui, oui, oui, oui

JULIE BLANC :… je trouve votre projet super intéressant. Sur cette année on est saturées, est-ce qu'on peut en discuter, peut-être pas un cycle, mais une semaine, en immersion totale, moi je, fin je sais pas [*en se tournant vers Anne-Lise Simon*] j'espère que je te contredis pas trop en live…

ANNE-LISE SIMON : On va en discuter…

JULIE BLANC [*en se retournant vers moi*] :… mais sur une semaine l'année prochaine vous voyez, ou pendant l'été, quelque chose comme ça.

IG : Une semaine c'est très bien aussi, mais si c'est pas possible, c'est pas possible.

ANNE-LISE SIMON : On va en discuter. J'ai été un peu radicale, mais c'est parce que c'est la journée où on nous a beaucoup demandé.

JULIE BLANC : [*en s'adressant à Anne-Lise Simon*], mais je veux pas non plus t'invalider, c'est juste que sur cette année [*elle se retourne vers moi*] je maintiens le même discours qu'Anne-Lise Simon, ce sera pas possible[575].

À la fin de cet entretien, les psychologues me diront de les recontacter au printemps de l'année suivante. Je les recontacte au printemps 2020. Elles me disent alors que ma venue est compliquée, à cause du Covid, mais qu'il serait possible de prévoir une session d'observation en « immersion totale » comme l'avait évoqué Julie Blanc en septembre, qui s'est effectivement tenue. Grâce à cette première semaine d'observation, j'ai négocié la possibilité de venir aux

[575] Entretien avec les psychologues de l'HDJ borderline de l'Hôpital Des Vignes, 8 novembre 2019.

réunions de synthèse hebdomadaires. À la suite de ce premier « pied dans la porte », qui a été relativement long et difficile à mettre en œuvre, j'ai assisté aux réunions de synthèse jusqu'en juillet 2021, et ai également négocié une seconde période d'observation, en immersion totale, en mai 2021.

La présentation de cette négociation, et notamment le refus d'Anne-Lise Simon, néanmoins tempéré par Julie Blanc, montre le pouvoir que possèdent les psychologues dans cet HDJ. En effet, dans cet espace clinique, les rapports de pouvoir diffèrent de mes expériences de terrain précédentes. Dans les terrains hospitaliers fréquentés antérieurement, les professionnel·les « paramédicaux » (infirmier·es, psychologues…) étaient sous l'autorité médicale. Cette autorité n'était pas officiellement fondée, car les chaînes hiérarchiques médicales et paramédicales sont distinctes. Cependant, dans les faits, et comme me l'a expliqué Omar Berrada, un interne du Service A : « *Il y a une hiérarchie naturelle qui n'est pas d'ordre professionnel on va dire, […] les médecins ont leur hiérarchie et les infirmiers leur hiérarchie, mais il y a une hiérarchie dans la décision. La décision va être médicale*[576] ». L'*HDJ borderline* est quant à lui géré par les psychologues, et ce n'est pas le psychiatre qui a le pouvoir d'accepter la venue de personnes extérieures à l'hôpital. Ce pouvoir psychologique peut être expliqué par l'extériorité du trouble *borderline* de la juridiction et du mandat de la psychiatrie. Pour qu'il y ait un hôpital de jour spécialisé dans ce trouble, il faut effectivement une implication de professionnel·les du champ qui considèrent que ce type de prise en charge fait entièrement partie de leur mandat : les psychologues. Et cela même si son ouverture est décidée et impulsée par la psychiatre cheffe de service – ce qui montre au passage la continuation de la domination médicale[577] dont la compréhension gagne à être affinée par la prise en compte des dynamiques de pouvoir à un niveau local.

Cette continuation peut être exemplifiée par la division du travail ainsi que la délégation du « sale boulot[578] » au sein de l'*HDJ borderline*. Effectivement, tandis que le psychiatre présente les dispositifs techniques mobilisés durant la thérapie, comme on le verra, ce sont Carole Cambre et Patricia Prigent, les deux infirmières, qui s'occupent de ces séances. Plus globalement, ce sont ces dernières qui endossent principalement le travail de *care* au sein de cet hôpital de jour. Elles m'expliquent que lors des groupes qu'elles animent le vendredi après-

[576] Entretien avec Omar, Interne au Service A.
[577] Eliot Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
[578] La notion de « sale boulot » a initialement été introduit en sociologie des professions par Everett. C. Hughes, et a suscité de nombreuses travaux et analyses, voir par exemple Anne-Marie Arborio, « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences Sociales et Santé*, 1995, vol. 13, nº 3, p. 93-126.

midi, les patientes « *se lâchent* », alors qu'elles se contiennent davantage devant le psychiatre et les psychologues. Elles s'occupent également des appels téléphoniques lorsqu'une personne est absente ou de gérer les crises d'une patiente lors des groupes de psychothérapie. Carole Cambre précise ainsi que : « *Parfois on s'en prend plein la gueule… on fait avec ce qu'on a*[579] ». S'opère ainsi une délégation en cascade d'un travail de *care* présenté comme particulièrement coûteux : délégation par les psychiatres de la prise en charge de personnes en demande de parole à des psychologues, ce qui donne à ces dernières un pouvoir local. Cependant, les aspects les plus concrets et ordinaires de ce travail, notamment lorsqu'il est question de gérer des crises (de colère, de panique, etc.), sont confiés aux infirmières. Ces quelques éléments permettent d'éclairer les mécanismes de délégation du sale boulot ainsi que les formes finalement assez classiques des dynamiques de domination au sein de cet hôpital de jour.

1.1.2. La centralité du registre psychologique

Dans l'extrait d'entretien précédent, Anne-Lise Simon décrit un espace principalement psychologique. C'est effectivement un lieu où se réalise « *un travail psychothérapeutique* », et où la priorité est d'accueillir, et donc de former, les stagiaires psychologues. Au-delà de la justification concernant le trop-plein de demande de stage, que la période de l'année universitaire (début novembre) permet sans doute d'expliquer[580], les arguments mobilisés pour justifier le refus s'ancrent également dans un registre psychologique. Les personnes prises en charge dans cet HDJ sont « *sensibles* » et supporteraient difficilement l'arrivée d'une nouvelle personne qui ne s'impliquerait pas dans la durée, ainsi qu'un nombre excessif de personnes non participantes à la thérapie. De plus, cette psychothérapie risque de « *réveiller chez le stagiaire des choses pas très agréables* », et il convient donc d'être « *solide psychologiquement* ». La négociation de terrain aurait pu échouer ici. Pourtant, l'intérêt de Julie Blanc permet de rouvrir la possibilité d'enquêter, très certainement du fait de sa propre trajectoire de formation. Elle a réalisé une année d'étude aux États-Unis durant laquelle elle a effectué des recherches en psychologie ; il n'est d'ailleurs pas rare de la voir lire des articles scientifiques anglophones, rendant compte de recherches en psychologie ou en neurosciences. Je note dans mon journal de terrain la capacité qu'à Julie Blanc de parcourir un article scientifique tout en participant de manière active à la réunion de synthèse :

[579] Journal de terrain, 2 octobre 2020.
[580] Il faut d'ailleurs noter que les demandes de stages émanent d'étudiant·es en psychologie, mais aussi d'étudiant·es en soins infirmiers.

> « Pendant la réunion, Julie se met à lire un article, je vois des schémas du cerveau, ça ressemble à un article de neurosciences/neurobiologie. Elle arrive cependant remarquablement à suivre la discussion et à répondre[581]. »

Cette socialisation à la recherche se retrouve moins du côté d'Anne-Lise Simon, qui, elle, n'a pas vécu ce type d'expérience dans sa propre trajectoire.

Dans cette réouverture de la négociation que permet Julie Blanc, la mobilisation du registre psychologique est ici aussi centrale. Elle commence en me demandant de nommer le « *besoin* » qui réside derrière ma demande. Ce terme renvoie au type de thérapie mobilisée dans cet HDJ : les besoins personnels non reconnus et mal comblés sont considérés comme à la source de schémas et de modes dysfonctionnels que la Thérapie des schémas doit traiter. Puis, au fur et à mesure, s'apercevant qu'elle contredit sa collègue, Julie Blanc mobilise une nouvelle expression puisée directement dans le registre psychologique : la validation (« *je veux pas non plus t'invalider* »). Le fait de valider ou d'invalider une personne constitue une expression qui peut sembler saugrenue à une personne étrangère à ce territoire psychologique (en tout cas c'était mon cas lors de cette arrivée sur le terrain). Ce terme est également utilisé durant la psychothérapie à propos de la « *validation émotionnelle* », qui permet une acceptation de soi-même par les patientes, ainsi que dans la validation des autres personnes qui correspond à la tolérance et l'acceptation de l'autre malgré sa différence, dans un cadre « *bienveillant* ». Ce terme provient de la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) de Marsha Linehan qui a pour objectif la création d'« un contexte de validation plutôt que de culpabilisation[582] ». Cette dimension constitue ainsi l'une des principales règles formelles des groupes de psychothérapie de cet hôpital de jour, que ce soit entre patientes, mais aussi du côté des psychologues, qui m'ont dit à plusieurs reprises qu'elles « *valident* » systématiquement la souffrance des patientes (contrairement aux services de psychiatrie ou aux proches de la personne par exemple). Selon ces psychologues, c'est d'ailleurs lorsqu'un « *environnement invalidant* », qui renvoie tendanciellement à la famille, s'intrique avec des « *prédispositions génétiques* » que le trouble *borderline* a des risques d'apparaître et de se développer chez une personne.

Cette négociation de terrain permet donc premièrement d'étayer le fait que la prise en charge de ce trouble s'inscrit au sein d'un territoire psychologique. La question qui se pose désormais est la suivante : quelles sont les conditions pour qu'un tel territoire psychologique puisse émerger ?

---

[581] Journal de terrain, 6 octobre 2020.
[582] Marsha M. Linehan, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, Guilford Press, 1993, p. 97, ma traduction.

1.2. Un itinéraire professionnel dans le champ mouvant de la santé mentale. Le cas d'Anne Lise

J'ai décrit, dans le chapitre 1, comment la prise de consistance du diagnostic « trouble de la personnalité *borderline* » en France a été permise par des dynamiques de reconfigurations du champ de la santé mentale. Elle a été favorisée par le développement de thérapies spécifiquement dédiées à ce diagnostic, la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) et la Thérapie des schémas, qui en font un exemple paradigmatique de trouble des émotions. L'analyse du récit de l'itinéraire professionnel d'Anne-Lise Simon, qui s'est vue confier la création et l'organisation de l'*HDJ borderline*, permet d'affiner la compréhension des conditions sociales et historiques qui ont rendu possible la constitution d'un territoire psychologique auquel la psychiatrie délègue la prise en charge du trouble *borderline*, et dans lequel des acteurs et actrices revendiquent, en retour, une légitimité et une autorité sur ce type de trouble.

La description de cet itinéraire professionnel rend ainsi possible de saisir « la trace, plus ou moins marquée en toute biographie, des pré-structurations inégalement cristallisées qui dessinent la géographie, historiquement mobile, dans laquelle les individus doivent nécessairement inscrire leurs parcours individuels[583] ». L'usage du terme « itinéraire » est justifié par le fait qu'il s'agit de centrer l'analyse sur le « trajet [qui] se trouve dirigé par l'ensemble des déterminations inscrites en amont de chacun de ses mouvements[584] ». La mobilisation de ce « modèle essentialiste » qu'est le « cas[585] » possède donc ici un caractère heuristique, en ce sens que la description des structures objectives du champ de la santé mentale et de leurs reconfigurations, esquissée dans le chapitre 1, permet d'inscrire l'itinéraire professionnel d'Anne-Lise Simon dans des dynamiques sociales qui l'ont en grande partie fabriqué.

1.2.1. Un sentiment de décalage dans un champ universitaire dominé par la psychanalyse

Anne-Lise Simon est la fille d'un conseiller de l'ANPE[586] et d'une professeure d'espagnol. Elle obtient son baccalauréat au début des années 1990 et dit avoir un « *parcours classique* ». Elle entre à l'université à 18 ans et en ressort à 24 ans, en 1997, après un cursus

[583] Jean-Claude Passeron, « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie*, 1990, vol. 31, nº 1, p. 18.
[584] *Ibid.*, p. 19.
[585] J.-C. Passeron, « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », art cit.
[586] Agence nationale pour l'emploi, devenu Pôle emploi puis France travail.

qui l'a amené jusqu'à un DESS de psychopathologie adulte. Ses deux premières années à l'université étaient « *assez généralistes* », et elle a hésité entre poursuivre en psychologie ou en sociologie, passionnée par un enseignant de cette seconde discipline. Finalement, cet enseignant a conseillé à ses étudiant·es de ne pas faire de sociologie, leur disant : « *Il n'y a pas de débouchés, c'est horrible, vous serez que prof...* ». Anne-Lise Simon précise également avoir réalisé sa maîtrise en deux ans, en ayant donc redoublé, et décrit ces années d'études comme ayant été particulièrement difficiles :

> ANNE-LISE SIMON : J'ai eu du mal à m'accrocher. Chaque année. Parce que j'ai toujours eu le sentiment d'être à côté, je ne sais pas comment te dire, de ne pas être là où je devais être. C'est-à-dire que moi… À l'époque, c'était que la psychanalyse qui comptait. J'avais quand même, pour la plupart du temps, la sensation d'une masturbation intellectuelle profonde. J'avais beaucoup de mal à me reconnaître dans les cours. Et en gros, ce qui m'intéressait, c'était vraiment tout ce qui allait être sémiologie. Donc on va dire ce qui m'orientait déjà de base vers la psychiatrie en fait, psychiatrie adulte.

Cet intérêt pour la sémiologie l'a amenée à réaliser un maximum de stages qui n'étaient pas obligatoires dans des services qu'elle considère réputés (« *les plus grands services* »). Ces services mobilisaient alors des techniques psychométriques. Ces expériences lui ont permis d'accéder à une unité pédopsychiatrique non-psychanalytique pour son stage en psychologie de l'enfant :

> ANNE-LISE SIMON : J'étais assez contente parce qu'en psychologie de l'enfant, t'avais un parcours obligé, un stage obligatoire […] et je m'étais dit que j'allais m'y coller, tu vois, j'ai vraiment repoussé au dernier moment parce que ça a été mon stage de DESS à l'époque. Et je l'ai fait à [Nom d'hôpital] en hôpital de jour. Le but, c'était des bilans neuropsy[chologiques], de personnalités, familiaux, tout ça, et j'ai beaucoup aimé ça, finalement, ça a été un bon stage, parce que je me refusais à aller dans des stages que tout le monde adorait d'ailleurs, où c'était l'autisme, tout ça, et je savais que c'était ultra psychanalytique. Mais à l'époque, je n'avais pas le recul. J'ai longtemps eu le sentiment que c'était moi qui n'étais pas assez intelligente, qui ne comprenais rien, je voyais mes copines qui étaient là : ahlala c'est génial la psychanalyse et tout.

Anne-Lise Simon était donc intéressée par des pratiques psychologiques alors dévalorisées au sein de la psychologie française : les bilans, les tests, les échelles, etc. Ces activités se situent dans le pôle tendanciellement opposé à l'orthodoxie psychanalytique et sont davantage en phase avec une idéologie fondée sur la médecine des preuves dont sont imprégnées les actuelles thérapies cognitivo-comportementales. À cette préférence s'articule une dimension qui est très présente lors de notre entretien : le manque d'intelligence. Anne-Lise Simon a longtemps eu le sentiment de ne pas être assez intelligente, et d'être en décalage avec les attentes d'une formation en psychologie : « *À l'époque, c'était : je n'ai rien compris, tout le monde a l'air*

complètement ébloui et c'était un peu terrible hein pour moi de ressentir [ça]. » Elle a pourtant essayé de se conformer à ces attentes en entamant une psychothérapie avec une psychanalyste :

> ANNE-LISE SIMON : Et d'ailleurs, pour te dire, en DESS, j'ai entamé une analyse en me disant : bah c'est ça qu'il faut faire, apparemment, donc je me la pétais, j'avais une analyste. Je ne comprenais pas le but, franchement. J'y allais sans souffrance en fait moi à l'époque, je n'avais pas eu de souffrance dans ma vie, globalement, et donc j'y allais, mais c'était qu'intellectuel en fait, vraiment. Et je m'y retrouvais encore moins, puisqu'intellectuellement je ne me retrouvais pas dans cette orientation.

Aujourd'hui, et avec le recul, elle relit cette sensation de ne pas être intellectuellement à la hauteur par le fait qu'elle n'était pas «*faite*» pour l'orientation psychanalytique et, qu'à l'époque, les «*autres orientations n'existaient pas en France*». Ce sentiment de décalage s'est décuplé quand elle a été refusée au DESS de l'université où elle réalisait ses études depuis la licence. Elle a alors fait «*des pieds et des mains pour être prise ailleurs*», et elle a finalement été acceptée dans une université qu'elle caractérise comme étant un peu plus ouverte à la diversité des optiques théoriques, et qui se positionnait alors «*sur des choses un peu plus intégratives*». C'était selon ses propres mots «*le début de* [s]*a longue carrière, où* [elle a] *cherché tout sauf la psychanalyse*».

1.2.2. Un début de carrière à contre-courant : bénévolat et éloignement de la psychanalyse

En sortant de son DESS, en 1997, Anne-Lise Simon se met à chercher du travail de manière intensive : «*J'ai envoyé mille lettres*», me dit-elle. Elle reçoit un jour un appel de Philippe Ebert, psychiatre à l'Hôpital Des Vignes qu'elle ne connaissait pas encore. Ce dernier lui dit que son profil intéresse Marie Duval, la nouvelle cheffe du service de psychiatrie étant à la recherche d'une personne pour faire des tests psychométriques. Ce travail n'était cependant pas rémunéré, même si une création de poste était envisagée. À la suite d'un rapide entretien, Anne-Lise Simon commence à travailler bénévolement à l'Hôpital Des Vignes :

> ANNE-LISE SIMON : J'ai été reçue par Marie Duval. Elle a vu mon CV de stages prestigieux, machin. Elle connaissait tous les chefs de service chez qui j'avais été. J'ai eu besoin de parler dix minutes, et elle m'a dit : je vous prends.

Ses ami·es et ancien·nes camarades de promotion ne comprenaient pas ce choix. Faire des tests psychométriques sans être rémunéré·e constituait effectivement un double repoussoir pour les normes alors en vigueur. Anne-Lise Simon a ainsi passé six mois «*à faire des tests, des tests d'intelligence, des tests, voilà, à droite à gauche*». À cette époque, me dit-elle, il n'y avait à l'Hôpital Des Vignes «*que des psychologues d'orientation analytique. Très, très analytiques*».

La cheffe de service, à distance de cette approche, dira d'ailleurs à Anne-Lise Simon qu'il allait falloir qu'elle se forme « *à ce qui commençait à pointer son nez : les TCC* ». Cette demande vient réactiver son ambivalence, et son malaise, concernant les orientations théoriques :

> ANNE-LISE SIMON : Sauf que moi, si tu veux, c'est pour ça que je te dis, c'est vraiment un truc de fou. Parce que j'étais, je me retrouvais pas dans l'analyse et je savais que les TCC étaient détestées par tout le monde. Donc je me disais : bah si tout le monde déteste les TCC, alors peut-être qu'il faut détester les TCC [*en riant*]. Donc, quand elle m'a proposé ça, c'était l'horreur encore une fois, je me suis dit mon dieu comment je vais dire ça à mes ami·es [*toujours en riant*]. Mais non seulement je bosse, je bosse gratos et en plus elle veut que je me forme aux TCC. Et j'avais l'impression, si tu veux, d'être un peu suiveuse, d'aller là où le vent m'amenait, c'était horrible [*toujours en riant*].

Cette activité bénévole d'une nouvelle entrante dans le champ de la santé mentale française, loin de la psychanalyse, rappelle la trajectoire de Firouzeh Mehran, évoquée dans le chapitre 1, qui a également dû travailler bénévolement pendant trois ans à l'Hôpital Sainte-Anne avant de pouvoir ouvrir son cabinet libéral[587].

1.2.3. Entre reconfiguration de l'organisation des soins et optique thérapeutique intégrative

Après six mois de travail bénévole, la création de poste promise à Anne-Lise Simon se concrétise. Cette dernière devient salariée de l'Hôpital Des Vignes. À la suite de la demande de Marie Duval, elle réalise un Diplôme Universitaire (DU) de TCC. À la fin des années 1990, explique Anne-Lise Simon, seule l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC) proposait ce type de formation. À l'image de ses études de psychologie, elle n'appréciera pas cette expérience, et suivra cette formation « péniblement » :

> ANNE-LISE SIMON : Parce que c'est pareil… Les cours ne me plaisaient pas. Je me dis : mais qu'est-ce que c'est que ça, qu'est-ce que c'est que ça, les [enseignant·es] étaient hyper narcissiques, c'était horrible en fait.

Cependant, elle « [a] *adoré* [s]*es collègues étudiants* », avec lesquels elle a « *formé des supers liens* », en raison de parcours similaires et de leur formation commune à la psychanalyse :

> ANNE-LISE SIMON : Ils étaient tous là, un peu comme moi, un peu, bah, obligé, et on était hyper critique, c'était horrible [*en riant*]. Donc en fait, j'étais ni dans l'un ni dans l'autre.

[587] Voir chapitre 1. Des états limites à un trouble des émotions.

Durant ces trois années, avec les autres étudiant·es de ce DU, elle critique le contenu des cours de TCC :

> ANNE-LISE SIMON : On critiquait les méthodes qui, à l'époque, étaient extrêmement simplistes par rapport à la psychanalyse, qui était le Graal intellectuel, et encore plus chez les lacaniens, où il fallait, fin voilà à la fac, Lacan, c'était, si t'étais lacanien, mais t'étais vraiment l'intello. Alors autant au collège quand t'es intello, tout le monde te critique. Là, c'était vraiment valorisé. Et je me disais, je ne comprends rien du tout, ou alors je fais semblant de pas comprendre parce que quand je réfléchissais je comprenais. Mais je me disais, mais qu'est-ce que c'est que ces gens ? Bah bref. Pareil en TCC : qu'est-ce que c'est que ces gens hyper simplistes ?!

Alors qu'à l'université, elle trouvait que l'approche enseignée était trop intellectualiste, elle reproche cette fois à la formation de TCC d'être trop « *simpliste* ». Elle explique ce simplisme par la jeunesse de l'association qui organisait alors ce DU :

> ANNE-LISE SIMON : C'était l'AFTCC [L'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive] dans ses balbutiements hein que j'ai connu, enfin balbutiements, ça faisait peut-être dix ans en France que ça avait commencé. Donc, je pense qu'eux-mêmes, les psys, si j'essaye d'être un peu indulgente, véhiculaient si tu veux des méthodes d'une manière très simplifiée.

Cette explication ne correspond cependant pas à l'histoire de cette structure. Cette association a été fondée en 1971 et se nommait initialement « Association Française de Thérapie Comportementale ». Le terme « Cognitive » a quant à lui été ajouté en 1990[588]. Les dix années auxquelles fait référence Anne-Lise Simon peuvent ainsi faire référence au changement de nom de l'association. Cette reconstruction historique, qui souligne la jeunesse d'une association qui avait pourtant plus de vingt ans au moment où elle y était formée, peut également indiquer sa perception des rapports de forces dans le champ de la santé mentale, ainsi que sa distance avec une approche purement comportementale, ce qui la situe, comme on le verra par la suite, du côté des psychologues cognitivistes.

Cette manière simplifiée de véhiculer les TCC correspond, selon Anne-Lise Simon, à une approche uniquement centrée sur les symptômes à laquelle il manquait une « *approche développementale* » qui permettrait d'éclairer leurs origines, c'est-à-dire que la formation portait seulement sur la manière dont se construit un symptôme et n'évoquait pas la raison pour laquelle le symptôme apparaît. Pour illustrer ce point, elle explique la conception réductrice d'une attaque de panique telle qu'elle était enseignée au sein de ce DU :

> ANNE-LISE SIMON : Attaque de panique, donc t'avais deux jours là-dessus. Effectivement, la méthode était assez simple d'ailleurs à appliquer. Déjà, toi tu te dis,

[588] *Idem.*

> il y a que ça à faire, je viens de faire 5 ans d'études, tu vois. En plus, on était mélangé avec plein de gens, qui n'étaient pas psys… Si tu veux, ça aussi, tu dis : mais ça veut dire quoi ? Je suis dans un truc au rabais ? Je me souviens, il y avait un dentiste avec nous. Tu vois, je n'ai rien contre les dentistes, mais tu te dis : mais t'as aucune connaissance de psychopatho[logie] ! Et ça véhiculait cette idée que, pas besoin d'avoir fait des études de psycho[logie], on peut appliquer la méthode, d'une manière A + B, et ça marche ! Et moi, alors ça, c'était un truc qui me scotchait. […] Les psychologues de la formation, on était en majorité évidemment, on n'était pas contents en fait aussi pour ça. Parce qu'on se disait : mais non, attends, une attaque de panique ça a un autre soubassement théorique que A + B quand même ! Il faut aller chercher pourquoi une personne a commencé à faire des attaques de panique. Mais ça, [les enseignant·es] voulaient pas en entendre parler. Donc, si tu veux, ils se portaient en faux par rapport à la psychanalyse, et le but c'était d'être contre la psychanalyse. Donc ça ne me convenait pas non plus, parce que moi je venais d'apprendre 5-6 ans d'études quand même, à me taper la psychanalyse, j'avais pas envie de renier non plus complètement.

Anne-Lise Simon se retrouve à ce moment de son itinéraire professionnel prise entre deux feux. D'un côté elle n'a pas envie « *d'être dans une espèce d'interprétation excessive sur les choses* » qu'elle perçoit dans la psychanalyse, et de l'autre elle trouve que l'explication comportementaliste manque les causes des symptômes.

Du côté de son travail à l'Hôpital Des Vignes, elle s'est également retrouvée dans une position difficile. Le seul hôpital de jour qui s'y trouvait alors s'organisait à partir du modèle de la « *psychothérapie institutionnelle*[589] ». Pour Anne-Lise Simon, « *tout le monde avait le même rôle*[590]*, c'était insupportable* ». La nouvelle cheffe de service, Marie Duval, qui « *voulait tout changer dans le service* », a confié cette mission à Anne-Lise Simon :

> ANNE-LISE SIMON : [Mme Duval] m'a mis dans la fosse aux lions. Je suis arrivée là-dedans, on m'a détestée. Mais c'était horrible, hein. Ils m'ont détestée. Je venais de la TCC, je venais de Duval… Duval qui voulait tout révolutionner. Et moi, elle m'a mis là-dedans, elle pensait pas à mal si tu veux, mais je pense que je n'avais pas les épaules. Je pense que je voulais plaire, c'était mon premier poste et tout. Je me suis retrouvée

[589] La psychothérapie institutionnelle est un mouvement psychothérapeutique apparu dans le courant des années 1950, qui s'est ensuite diffusé dans les années 1960-1970 en articulation avec le développement de la psychiatrie de secteur. Principalement imprégnée de conceptions psychanalytiques, la psychothérapie institutionnelle fait de l'institution, dans sa globalité, le principal vecteur de soins, dans une attention aux dynamiques de groupe. Nicolas Henckes choisi dans sa thèse sur l'histoire de l'hôpital psychiatrique de l'après-guerre aux années 1970 en France de regrouper la psychothérapie institutionnelle dans un ensemble de « thérapeutiques actives » aux côtés de la sociothérapie, de l'occupational therapy et de la psychiatrie sociale. Il note en ce sens que « la thérapie tâchait […] d'amener le mouvement de la société à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques » et souligne que la Société de Psychothérapie Institutionnelle « proposait que le transfert institutionnel [soit] un analogue du transfert classique, celui de la cure psychanalytique type. » Nicolas Henckes, *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970*,École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 2007, p. 119 & 135. L'un des lieux paradigme de ce mouvement thérapeutique est la Clinique la Borde.

[590] Anne-Lise Simon formule, de manière relativement caricaturale, une description de la mise en pratique du principe de la psychothérapie institutionnelle, où chaque membre de l'institution (patient·es et soignant·es) est pris dans la dynamique de soin.

> dans une équipe qui m'a détestée d'emblée par ce que je représentais. Et j'ai vécu des années très difficiles, très, très difficiles. Voilà, où j'ai fini par dénoncer ce qui se passait en fait, et donc Duval ne savait pas comment ça fonctionnait. Elle est allée mettre son nez là-dedans et elle s'est rendue compte des dysfonctionnements atroces qu'il y avait là-dedans. Et puis l'équipe a changé quoi.

Anne-Lise Simon a donc participé à la réorganisation du service de psychiatrie, qui est passé d'une optique thérapeutique psychanalytique et d'une organisation inspirée de la psychothérapie institutionnelle, à une approche davantage centrée sur les TCC et une organisation des unités et des hôpitaux de jour calquée sur les catégories diagnostiques du DSM.

Parallèlement, Anne-Lise Simon a poursuivi sa formation en TCC en Belgique. C'est à cette occasion qu'elle « *découvre enfin ce que c'est la TCC* », « *d'une manière intelligente, avec des gens gentils, des profs humbles, intelligents* ». Pour elle, « *c'est pas la méthode le problème, ce sont les gens qui l'enseignent, et la façon dont ils interprètent la méthode : un peu comme la religion* ». Durant cette formation, qui s'est étalée sur 2-3 ans, Anne-Lise Simon s'est « *marrée* » et s'est « *nourrie intellectuellement* ». Elle appliquait ce qu'elle apprenait en Belgique dans la pratique psychothérapeutique qu'elle réalisait à l'Hôpital Des Vignes, ce qui a participé à « *révolutionner un peu toute la méthode* ».

Au bout d'une dizaine d'années de travail au sein de cet HDJ, Anne-Lise Simon se voit confier la mission de construire l'*HDJ borderline*. Elle suit alors une formation en Thérapie des schémas, réalisée par un Québécois en Suisse, qui la conforte dans l'idée que l'enseignement français n'est pas adapté, et durant laquelle elle vivra une véritable « *révélation* » qui lui permet de résorber les tensions qu'elle vit depuis l'université.

> ANNE-LISE SIMON : J'ai cherché des formations et tout, et je vois que Pierre Cousineau[591], qui est un Québécois, fait une formation en Suisse de quatre jours. […] Je venais d'avoir ma fille. Ça s'était pas très bien passé. J'étais un peu en burn-out parental. Donc les quatre jours loin de ma famille, je me disais tien, c'est aussi l'occasion d'aller prendre un peu l'air. J'ai fait les quatre jours avec Cousineau, en fait ça a été quatre jours de thérapie [*rire*]. Parce que, ça a été une révélation ! Mais à tous les niveaux. Une révélation sur moi-même, sur la théorie, sur ce que je voulais faire, c'était un truc de fou. Comme quelque chose peut enfin matcher avec toi, tu vois tout d'un coup une espèce de cohérence entre toi et l'autre, et je me suis dit, mais c'est ça que je vais faire. C'est vraiment ça, j'ai enfin trouvé, ça n'existait pas en fait à l'époque.

[591] Pierre Cousineau est docteur en psychologie et il est présenté comme un « psychologue et formateur associé à l'Institut de Psychologie de la Cohérence (psychothérapie) et à l'Institut de formation en thérapie comportementale et cognitive ». Il est l'auteur de nombreux manuels de psychothérapie. Cf. *Formateur - Dr Pierre Cousineau, Ph.D., psychologue - IFTCC*, https://iftcc.com/Formateur.aspx?id=24&f=41, (consulté le 4 septembre 2023).

Ce qu'Anne-Lise Simon présente comme une révélation constitue une mise en sens globale de ce qu'elle était en tant psychologue, sans jusqu'alors pouvoir mettre des mots sur son expérience.

Anne-Lise Simon découvre par la suite les travaux du psychiatre et psychanalyste John Bowlby[592], et elle se rend compte qu'elle était « *attachementiste* » sans le savoir. Ce sentiment d'évidence, et de révélation de soi-même lors de cette formation, s'inscrit dans une reconstruction biographique, mais permet de saisir à quel point ses dispositions entrent en congruence avec l'univers moral et normatif véhiculé par la Thérapie des schémas. La relation d'attachement, selon John Bowlby et ses collègues[593], correspond au type de relations qui se nouent entre le nouveau-né et ses proches, notamment ses parents. Cette relation peut être plus ou moins sécurisée (*secure* ou *insecure*) et produire alors un terreau sur lequel se développent des souffrances et des troubles psychiques. Bien que John Bowlby soit officiellement étiqueté psychanalyste, la théorie de l'attachement n'est pourtant pas reprise et ratifiée par l'ensemble de la psychanalyse, et elle se déploie principalement dans le courant cognitiviste. Cela montre encore une fois la nécessité de ne pas homogénéiser trop rapidement des courants psychothérapeutiques qui se déclinent en une multitude de sous-groupes qui peuvent s'hybrider.

1.2.4. Esquisse des propriétés du territoire psychologique des spécialistes du trouble borderline

Dès l'entrée dans le récit d'Anne-Lise Simon, on retrouve au premier plan l'opposition ritualisée entre la psychanalyse et les TCC. Il apparaît cependant, au fur et à mesure du récit, que cette opposition n'est pas aussi figée qu'il n'y paraît, et que la scansion de cette conflictualité est davantage le produit d'un « effet de champ[594] » que d'une opposition concernant les pratiques psychothérapeutiques. Cette opposition sert néanmoins de mise en cohérence dans une forme reconstruite de la biographie d'Anne-Lise Simon. C'est effectivement à partir de l'existence, et surtout de l'inexistence d'« orientations » thérapeutiques qu'elle explique son sentiment de décalage : elle ne se reconnaît ni dans l'orthodoxie psychanalytique lacanienne ni dans le modèle cognitivo-comportemental simpliste, et il a fallu qu'elle rencontre l'enseignement belge et québécois de la TCC, et surtout

[592] John Bowlby, *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*, s.l., Psychology Press, 1988. Pour une histoire critique du développement de cette théorie, voir Marga Vicedo, *The Nature and Nurture of Love. From Imprinting to Attachment in Cold War America*, Illustrated edition., Chicago-London, University of Chicago Press, 2013.
[593] Le travail de John Bowlby a effectivement été élaboré en collaboration avec la psychologue Mary Ainsworth ainsi que les éthologues Konrad Lorenz et Niko Tinbergen.
[594] Pierre Bourdieu, *Questions de sociologie*, Paris, les Éditions de Minuit, 1980, p. 113-120.

la révélation de la Thérapie des schémas, pour trouver sa place et son identité en tant que psychothérapeute.

Derrière cette mise en sens de son itinéraire professionnel à partir des orientations thérapeutiques résident des éléments davantage concrets. Anne-Lise Simon revendique effectivement un rapport pragmatique à la pratique psychologique, qui s'oppose à ce qui est perçu comme de la spéculation intellectuelle (« *interprétation excessive* », « *masturbation intellectuelle* »), c'est-à-dire un rapport à l'enseignement qui doit être incarné et reçu comme une révélation sur soi-même. Ce dernier s'oppose à un enseignement magistral surplombant et froid, qui serait caractéristique de la forme française. Enfin, elle souligne l'importance d'une organisation des soins dans le service de psychiatrie où les places doivent être explicitées et où les choses doivent être nommées explicitement, ce qui selon elle s'oppose au floutage des positionnements et des entités pathologiques véhiculé par une organisation qui s'inspire de la psychothérapie institutionnelle. Au-delà d'un discours stéréotypé sur les orientations thérapeutiques, se dévoile ainsi un idéal psychothérapeutique qui s'intéresse autant à la sémiologie et la symptomatologie qu'à la cause des symptômes. Derrière une mise en opposition radicale de la psychanalyse avec les TCC émergent des ponts et des formes de continuités prises néanmoins dans un changement de style thérapeutique et surtout d'organisation des soins. On le perçoit à travers ce récit, ces changements supposent une standardisation et une rationalisation de la pratique psychothérapeutique ainsi qu'une organisation des soins qui suit les catégories diagnostiques du DSM.

Cette nouvelle organisation, qui émerge dans le service psychiatrique de l'Hôpital Des Vignes à partir des années 2000, n'est pas sans rappeler la description de l'hôpital de *Ridgehaven* réalisée par l'anthropologue et psychiatre australien Robert Barrett[595]. Cet hôpital australien, considéré comme à la pointe du progrès médical, est effectivement doté de « bâtiments modernes [qui] abritent des services d'admission pour l'évaluation et le traitement de groupes diagnostiques identifiés[596] ». Ces bâtiments modernes sont situés à l'avant de l'hôpital et cachent des bâtiments plus anciens. Ces derniers constituent des « secteurs arrière » (*Back wards*) et abritent les « patients chroniques pour lesquels il y a peu d'espoir d'amélioration et de sortie ». Pour Robert Barett, ces secteurs « rappellent l'aspect que pouvait avoir l'hôpital tout entier avant l'introduction d'une classification rationnelle[597] ». Dans le

[595] Robert Barrett, *La Traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1999.
[596] *Ibid.*
[597] *Ibid.*, p. 47.

service psychiatrique de l'Hôpital Des Vignes, l'étage inférieur fait office de « secteur arrière ». S'y trouve effectivement le service dit « *tout venant* », c'est-à-dire un service d'hospitalisation fermé et sectorisé qui accueille les patient·es sans distinction de diagnostic. L'étage supérieur est quant à lui consacré aux hôpitaux de jour, où se trouve l'*HDJ borderline* aux côtés d'hôpitaux de jour spécialisés dans la prise en charge des addictions et de la schizophrénie. Comme je le développerai dans le prochain chapitre, le passage de l'étage inférieur à l'étage supérieur n'a rien d'évident et repose sur une sélection.

II. La thérapeutique émotionnelle

Après cet éclairage des dynamiques qui ont présidé à la constitution de ce territoire psychologique que constitue l'*HDJ borderline*, ainsi que de l'idéal psychothérapeutique qu'il renferme, il s'agit désormais de saisir ce qu'il s'y passe. Dans ce territoire, une thérapeutique dite émotionnelle, spécifiquement dédiée aux troubles de la personnalité, et en particulier au trouble *borderline* se développe. À l'image du parcours d'Anne-Lise Simon, les professionnel·les que j'ai rencontré·es ne s'inscrivent pas dans une trajectoire unifiée concernant leur optique théorique, mais ont connu des formations et des expériences multiples qui entraînent la constitution d'une pratique psychothérapeutique bricolée qui prend la forme d'un éclectisme théorique assumé. C'est effectivement sous cette forme que se donne à voir la thérapeutique émotionnelle spécialisée à destination du trouble *borderline* (2.1.). Au sein de cet univers, des techniques de « matérialisation de la psyché[598] » se déploient également, que ce soit à travers des outils psychothérapeutiques faisant appel à un imaginaire neurobiologique faisant du cerveau et des connexions neuronales le principal siège des émotions, ou à travers des dispositifs techniques qui objectivent ce monde neurobiologique. Cela met alors en évidence le fait que, malgré le décalage *a priori* du trouble *borderline* avec le modèle biomédical, la thérapeutique émotionnelle spécialisée s'y inscrit pleinement (2.2.).

2.1. Les thérapies spécialisées dans le trouble borderline

L'*HDJ borderline* propose une psychothérapie de groupe qui se fonde sur l'articulation des deux principales thérapies à destination du trouble *borderline* : la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) de Marsha Linehan et la Thérapie des schémas de Jeffrey Young. Après avoir décrit succinctement les logiques formelles de ces deux thérapies, il s'agira

[598] Je reprends cette expression à N. Garnoussi, *De nouvelles propositions de sens pratiques dans le domaine de l'existentiel*, *op. cit.*, p. 422.

d'éclairer les raisons pour lesquelles ces thérapies sont, dans la pratique, associées. On verra ainsi que derrière ces deux étiquettes réside en réalité une pluralité d'outils et de théories psychothérapeutiques provenant d'histoires et de traditions différentes (psychanalytiques, humanistes, cognitivo-comportementales, spirituelles, etc.). Se révèle ainsi une pratique psychothérapeutique éclectique qui se fonde néanmoins sur une conception commune d'un « *cadre* » qui doit être strict et fixe, au sein duquel l'enjeu pour les professionnel·les est d'instaurer une « *bonne relation thérapeutique* » afin de prendre en charge ce qui est perçu comme une « *pathologie du lien* ».

2.1.1. La dialectique de la gestion émotionnelle et la personnification des instances psychiques

La TCD est la première thérapie située dans le courant des TCC spécialement conçue pour les personnes dites borderline. Créée par Marsha Linehan à la fin des années 1980, cette thérapie est fondée sur une dimension dialectique selon laquelle l'acceptation de soi est le fondement du changement. Elle intègre des éléments spirituels, notamment la *mindfulness* et la prière, et certaines dimensions psychodynamiques, incarnant ainsi le paradigme intégratif des thérapies de santé mentale[599]. Le modèle théorique et étiologique de cette thérapie, que je développerai davantage dans les prochains chapitres, repose sur une théorie de fonctionnement biosocial de la personnalité qui a pour prémisse principale le fait que le trouble *borderline* est le résultat d'un dysfonctionnement du système de régulation des émotions provenant « d'irrégularités biologiques combinées avec des dysfonctionnements environnementaux, ainsi qu'à leurs interactions et transactions au fur et à mesure du temps qui passe »[600]. Le terme « environnement » fait ici référence à la manière dont les psychologues perçoivent les configurations de relations d'interdépendances dans lesquelles s'inscrivent les individus et qui est résumé à un arrière-plan peu structuré et spécifié, ce qui montre la focale individualiste adoptée par cette thérapie[601].

La publication du manuel de thérapie comportementale dialectique fait suite à une recherche que Marsha Linehan a menée exclusivement avec des femmes qu'elle caractérise comme ayant des comportements « parasuicidaires » :

---

[599] N. Garnoussi, « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle », art cit.
[600] M.M. Linehan, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, *op. cit.*, p. 42, ma traduction.
[601] Norbert Elias, « II. Sociologie et psychiatrie (1969-1972) » dans *Au-delà de Freud. Sociologie, psychologie, psychanalyse*, Paris, La Découverte, 2010, p. 47-79.

> « Le traitement décrit dans ce livre est un traitement cognitivo-comportemental intégratif, la thérapie comportementale dialectique (TCD), mis au point et évalué avec des femmes qui non seulement répondaient aux critères du TPB [trouble de la personnalité *borderline*], mais qui avaient également des antécédents de multiples comportements suicidaires non mortels. La théorie que j'ai élaborée et le programme de traitement décrit dans ce livre et dans le manuel qui l'accompagne pourraient être valables et efficaces pour les hommes comme pour les patient·es borderline non suicidaires. Cependant, dès le départ, il est important que le lecteur comprenne que la base empirique démontrant l'efficacité du programme de traitement décrit ici est limitée aux femmes souffrant de TPB et ayant des antécédents de comportement parasuicidaire chronique (automutilation intentionnelle, y compris tentative de suicide)[602]. »

Cette précision permet de montrer tout d'abord l'importance de la justification scientifique dans la légitimation de cette thérapie (explicitation de la « base empirique », évaluation de l'efficacité du programme…). D'autre part, et en suivant une « perspective définitionnelle[603] », cet extrait permet de rendre visible la définition intrinsèquement genrée du trouble de la personnalité *borderline*. En effet, et même si Marsha Linehan s'inscrit pleinement dans l'illusion de l'autonomisation du social évoquée en introduction de cette thèse, il apparaît que la constitution de cette thérapie, et donc de la définition même des difficultés et des réponses proposées, repose sur une réalité socialement située, ici en termes de genre[604].

Concrètement, la TCD consiste en un entraînement qui vise à faire acquérir des compétences ou des habiletés d'adaptation (*coping skills*), que Linehan nomme dans son autobiographie des « *Life skills* », c'est-à-dire des compétences qui aident « à trouver un moyen de transformer une vie vraiment misérable en une vie qui vaut la peine d'être vécue et dans laquelle la cliente est efficace dans sa vie[605] ». Cet entraînement a ainsi pour objectif de mieux appréhender la « gestion émotionnelle » ou la « tolérance à la détresse ». Pour ce faire, il s'agit pour les thérapeutes de créer un espace de validation ; ce qui, selon Linehan, constitue le cœur de cette thérapie.

---

[602] Marsha M. Linehan, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, Guilford Press, 1993, p. 4-5, ma traduction.

[603] Baptiste Brossard et Amy Chandler, *Explaining Mental Illness. Sociological Perspectives*, Bristol, Bristol University Press, 2022, p. 27-32 La présentation de cette perspective a été développée dans l'introduction de cette thèse.

[604] Pour les prochaines citations des ouvrages de Linehan, j'ai donc fait le choix d'un accord des termes « *patientes* », « *clientes* », mais aussi « *thérapeute* » au féminin, ce qui reflète d'ailleurs la réalité de mon terrain où le territoire psychologique que constitue l'*HDJ borderline* est organisée principalement par et pour des femmes. À cette dimension genrée s'ajoute, en pratique, une réalité socialement située en termes de classe sociale, comme je le développerai dans le prochain chapitre.

[605] Marsha M. Linehan, *Building a Life Worth Living: A Memoir*, New York, Random House, 2020, Chapter one. Building a Life Experienced as Worth Living. Section « DBT Skills Are Life Skills », version électronique, ma traduction.

> « En résumé, la TCD est très simple. La thérapeute crée un contexte de validation plutôt que de culpabilisation de la patiente, et dans ce contexte, la thérapeute bloque ou éteint les mauvais comportements, tire les bons comportements de la patiente, et trouve un moyen de rendre les bons comportements si renforçants que la patiente continue les bons et arrête les mauvais[606]. »

On retrouve ici le langage classique des thérapies comportementales, à travers notamment le registre des « renforçateurs », qui signifie la capacité d'une situation ou d'un comportement à faire apprécier le changement que les thérapeutes essayent de faire advenir. Ainsi, et de manière assez classique pour une approche comportementale, il s'agit dans la TCD de remplacer des comportements « habituels » perçus comme « dysfonctionnels » par des « techniques d'adaptations ». Le plus important est alors de réussir à stabiliser ces techniques. Marsha Linehan précise ainsi :

> « Une fois que des progrès ont été accomplis dans la réalisation de ces objectifs, le travail de résolution du stress post-traumatique passe au premier plan, suivi de l'aide apportée à la patiente pour qu'elle parvienne à une validation de soi et à un respect de soi à grande échelle[607]. »

Apparaît ici une facette de la théorie étiologique sous-jacente de Linehan : le « psycho-traumatisme » ayant engendré des comportements dysfonctionnels qu'il s'agit de changer.

L'application concrète de cette psychothérapie nécessite une organisation des soins que l'*HDJ borderline* n'a pas. En effet, l'organisation de la thérapie est présentée par Marsha Linehan comme « une combinaison de séances individuelles de psychothérapie, de formations de groupe, de coaching téléphonique, d'une équipe de consultation de thérapeutes et de la possibilité d'aider à changer la situation sociale ou familiale de la cliente (par exemple, avec des interventions familiales) », ce à quoi elle ajoute : « D'autres formes de thérapie comportementale incluent certaines de ces composantes, mais pas toutes. C'est là une autre particularité de la TCD[608] ».

Pour Pierre Nantas, psychothérapeute et président de l'Association pour la formation et la promotion de l'état limite (AFORPEL), la TCD est « *une pratique qui est très très efficace, mais très peu utilisée en France parce que c'est trop cher au niveau de la mise en place*[609] ». Dans la même idée, Mathilde Schneider m'explique que pour mettre en place cette thérapie, « *il y aurait besoin de plus d'effectifs, et aussi plus de culture thérapeutique sur les patients*

---

[606] M.M. Linehan, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, *op. cit.*, p. 97, ma traduction.
[607] *Ibid.*, p. 98, ma traduction.
[608] M.M. Linehan, *Building a Life Worth Living*, *op. cit.*
[609] Entretien avec Pierre Nantas, 30 mai 2019.

borderline[610] ». En plus des entraînements à gérer des difficultés émotionnelles, cette forme thérapeutique nécessite une équipe nombreuse et disponible 24 h/24 en cas de détresse psychique, dans un environnement le plus contenant possible. L'organisation de l'*HDJ borderline*, qui se caractérise par des moyens financiers limités et un effectif relativement faible de l'équipe, ne permet pas une telle prise en charge enveloppante. Les psychologues et les infirmières échangent néanmoins régulièrement avec les patientes, par mail et parfois par SMS, font certes preuve de sollicitude lorsqu'une personne ne se présente pas un matin, en l'appelant, et organisent parfois des consultations avec les proches et la famille des patientes. Cependant cette disponibilité professionnelle est restreinte à la journée, puisqu'il n'y a pas d'équipe de nuit. De ce fait, la TCD à l'*HDJ borderline* est grandement adaptée et bricolée localement. Au moment où je négocie mon entrée sur le terrain, Julie Blanc me dit que leur pratique thérapeutique passe progressivement de la TCD, qui était d'ailleurs adaptée avec les « *moyens du bord* », à la Thérapie des schémas et des modes :

> « On est parti vraiment dans la TCD, après on s'est un peu plus intéressé à la Thérapie des schémas et des modes, donc là, en ce moment on est vraiment dans une transition où on va, où on passe de la TCD adaptée ici avec nos moyens du bord, on est passé à une prise en charge très longue à une prise en charge plus brève sur 8 et 8 semaines et là maintenant on essaye de glisser vers la Thérapie des schémas et des modes, tout en gardant une approche quand même un peu TCD, donc là typiquement on va avoir deux groupes de TCD et deux groupes de Thérapie des schémas et des modes par semaine, en temps intensif[611]. »

Durant ma période d'observation, la Thérapie des schémas constitue ainsi le véritable socle de la pratique psychothérapeutique de cet hôpital de jour. En effet, dans les interactions courantes de l'*HDJ borderline*, mais aussi dans les entretiens réalisés avec les psychothérapeutes spécialisé·es dans le trouble *borderline*, le langage issu de cette thérapie est central. Les modes et les schémas des patientes, mais aussi de l'équipe, sont en permanence identifiés et discutés. L'objectif de cette thérapie est donc de travailler sur des « schémas » et des « modes » définis comme dysfonctionnels[612].

Le concept des « schéma » est, en psychologie, mobilisé par de nombreux courants, de Jean Piaget à la psychologie cognitive. Dans l'acception qu'en donne Jeffrey Young, qui fait suite aux travaux d'Aaron Beck, la principale figure du courant cognitiviste, les schémas précoces et inadaptés proviennent d'expériences « nocives » vécues pendant l'enfance et

[610] Entretien avec Mathilde Schneider, 17 septembre 2019.
[611] Julie Blanc, entretien avec les psychologues de l'*HDJ borderline*, 8 novembre 2023.
[612] Cf. Interlude I. Le langage de la Thérapie des schémas.

constituent le fondement des troubles de la personnalité. Dans ce cadre, le schéma est défini comme :

> « Un modèle ou un thème important et envahissant constitué de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles concernant soi-même et ses relations avec les autres constitué au cours de l'enfance ou de l'adolescence enrichi tout au long de la vie de l'individu et dysfonctionnel de manière significative. En résumé, les Schémas Précoces Inadaptés sont des modèles cognitifs et émotionnels autodéfaististes qui apparaissent très tôt dans le développement et se répètent tout au long de la vie. »[613]

Ainsi, précisent les auteur·ices du manuel de Thérapie des schémas, les comportements définis comme pathologiques correspondent à des « réponses d'adaptation » et ne font pas partie des schémas, mais constituent des *réactions* aux schémas. Durant la psychothérapie, il s'agit de travailler sur le rapport aux schémas et cela participe, comme on le verra dans le chapitre suivant, d'une naturalisation des émotions[614].

Initialement, cette thérapie travaillait uniquement sur les schémas. Seulement, son application dans le cadre d'une psychothérapie avec des personnes identifiées comme *borderline* posait problème. Cela a donc amené Jeffrey Young, Janet Klosko et Marjorie Weishaar à conceptualiser ce qu'il et elles nomment des « modes » ou « modes de schémas ».

> « […] Le concept de modes est né de notre expérience clinique des patients porteurs du trouble de la personnalité borderline. Lorsque nous avons tenté d'appliquer, chez ces patients, le modèle des schémas, nous avons rencontré de façon régulière deux problèmes. Tout d'abord, les borderline présentent à peu près l'ensemble des 18 schémas (particulièrement Abandon, Méfiance/Abus, Manque Affectif, Imperfection, Autocontrôle Insuffisant, Assujettissement et Punition). Devant tant de schémas, notre approche initiale des schémas s'est avérée trop lourde à manier. Nous avions besoin, pour l'analyse, d'une unité plus facile à manipuler. D'autre part, en travaillant avec les borderline, nous avons été étonnés (comme la plupart des cliniciens) par la tendance de ces patients à embrayer rapidement d'un état affectif intense vers un autre. À un moment donné, ces patients sont en colère, l'instant d'après ils sont terrifiés, puis fragiles, puis impulsifs – au point que l'on a parfois l'impression d'avoir affaire à des personnes différentes. Les schémas, qui sont essentiellement des traits, n'expliquent pas ce passage rapide d'un état à un autre. Nous avons développé le concept de modes pour représenter les états affectifs très changeants des patients borderline[615]. »

Le mode est quant à lui un état ponctuel, qui témoigne d'un ou plusieurs schémas en action : « [Il] représente ceux des schémas et des réponses d'adaptation – adaptés ou dysfonctionnels –

[613] Jeffrey E. Young et al., *La Thérapie des schémas: Approche cognitive des troubles de la personnalité*, s.l., De Boeck Supérieur, 2017, p. 30.
[614] Cf. Chapitre 5. 1.2.3. La biologisation des émotions et discours sur le social.
[615] J.E. Young et al., *La Thérapie des schémas*, *op. cit.*, p. 362.

qui sont actifs à un moment donné pour un individu[616] ». L'objectif de la thérapie est alors de passer d'un mode défini comme dysfonctionnel à un mode défini comme sain. L'articulation entre cette thérapie et la TCD est donc facilitée, car les psychologues présentent les schémas et les modes comme des manières pathologiques de s'adapter à un trop-plein émotionnel que les techniques de TCD peuvent également changer.

L'objectif de la thérapie est d'atteindre le mode dit de « l'adulte sain » (cf. Interlude). Il est intéressant de noter qu'il s'agit du seul mode relevant de l'adultéité[617] et que dans ce cadre, l'adulte ne peut qu'être « sain ». Les difficultés proviennent de conflits entre des modes de l'enfant et des modes du parent, ou encore de styles adaptatifs dysfonctionnels qui constituent un répertoire d'action adopté précocement dans la vie des individus. Ce thème du rapport social d'âge, dans lequel l'adultéité serait synonyme de bonne santé mentale et d'adaptation adéquate et « fonctionnelle » aux attentes sociales, émerge dans les discussions informelles entre professionnel·le·s où les patientes sont très souvent décrites comme « immatures » et « encore adolescentes ».

La thérapie spécifiquement dédiée au trouble *borderline*, tel qu'elle se donne à voir à l'*HDJ borderline*, articule donc deux grands principes. Le premier reprend la perspective « dialectique » de Linehan, où il s'agit de « valider » les ressentis et souffrances pour ensuite pouvoir espérer les changer. Le second est la personnification des instances psychiques – c'est-à-dire des éléments constitutifs de la vie mentale que sont, par exemple, la culpabilité, la colère, la haine de soi, l'impulsivité, les dissonances, etc. – à l'aide des listes de schémas et de modes standardisées de la Thérapie des schémas. En effet, dans les interactions, le « mode du parent punitif » devient par exemple très rapidement le « parent punitif », et les patientes réalisent un travail pour reconfigurer leurs relations à ces personnages qui, au fur et à mesure de l'avancement de la thérapie, commencent à peupler leur intériorité. Ce peuple est alors investi d'une agentivité par les psychologues, comme lorsqu'Anne-Lise Simon explique aux patientes que « *le schéma lutte pour sa survie, le schéma veut avoir raison…*[618] ». S'opère ainsi un apprentissage qui consiste, pour les patientes, à identifier ces personnages constitutifs de leur

[616] *Ibid.*, p. 62.
[617] Ce terme est la traduction française de l'expression anglaise *Adulthood*. Cette notion fait aujourd'hui l'objet de réflexions dans le champ de la sociologie des rapports d'âge, voir notamment les journées d'études co-organisées par le RT7 (Vieillissement et parcours de vie) et le RT15 (Sociologie de la jeunesse) de l'Association Française de Sociologie (AFS), « L'adultéité en question. Normes, représentations, expériences », qui se sont déroulées à Besançon les 24 et 25 novembre 2022. Cette notion « a émergé dans la conscience publique et est entrée dans le vocabulaire culturel de la vie quotidienne comme la fin accessible (et désirable) de l'immaturité de l'adolescence pendant la Deuxième Guerre mondiale » Harry Blatterer, *Coming of Age in Times of Uncertainty*, New York, Berghahn Books, 2009, cité par l'appel à communication de cette journée d'étude. Voir : *L'adultéité en question*, https://calenda.org/992284, (consulté le 18 septembre 2023).
[618] Journal de terrain, *HDJ borderline*, 7 mai 2021.

intériorité psychologique (le parent punitif ou exigeant, l'enfant vulnérable ou coléreux, le soumis obéissant ou le protecteur détaché) et à les comprendre comme les faisant agir, souvent malgré elles – je développerai ce point dans le chapitre 5.

2.1.2. Une approche comportementale à compléter par un travail sur « l'enfant intérieur »

« Linehan, elle a tout pompé sur son psychanalyste. » Cette phrase, qui décrit le travail de la créatrice de la Thérapie Comportementale et Dialectique (TCD), a été prononcée par une psychologue que j'ai rencontrée par interconnaissance et en dehors du cadre de mon enquête au détour d'une discussion concernant mon travail de thèse. Elle est assez signifiante, car elle indique le brouillage actuel des frontières théoriques. J'ai d'ailleurs entendu à plusieurs reprises que les TCC dites de « troisième génération », au sein desquelles s'inscrivent la TCD et la Thérapie des schémas, étaient « *les plus psychanalytiques des TCC* ». Seulement, et comme je l'ai abordé dans le chapitre 1, la psychanalyse dont il est ici question provient de la réception américaine du freudisme et correspond donc au principal courant psychothérapeutique de ce contexte national : la Psychologie du Moi.

Cependant, malgré l'intégration par Marsha Linehan d'éléments issus de cette psychanalyse, sa thérapie reste, pour les professionnel·les que j'ai rencontré·es, une approche centrée sur les symptômes. Elle est donc utile pour apporter des stratégies alternatives de gestion des émotions aux patientes, et pour l'apprentissage de compétences ou d'habiletés de vie (*Life Skills*). Ainsi, pour les psychothérapeutes spécialisé·es, il manque dans la TCD certaines ressources pour réaliser un véritable « *travail en profondeur* » qui permettrait d'aborder l'historicité des patient·es ; ce qu'Anne-Lise Simon nommait plus haut l'« *approche développementale* ». C'est donc à partir de la Thérapie des schémas, qui propose à la suite de l'analyse transactionnelle – une des représentantes de la psychologie humaniste – une personnification des « trois états du moi » autour de rôles sociaux stéréotypés (parent, enfant, adulte), tout en reprenant les grandes lignes de la Théorie de l'attachement (Bowlby), que ces psychothérapeutes appréhendent le trouble *borderline* dans sa profondeur, c'est-à-dire jusque dans ses origines.

Pierre Nantas, psychothérapeute et président de l'*Association pour la Formation et la Promotion de l'État-Limite* (AFORPEL), qui mobilise à la fois la Gestalt-Thérapie et la Thérapie des schémas, explique ainsi :

> PIERRE NANTAS : Le point important quand on travaille en psychothérapie avec un borderline, [c'est qu']on est toujours trois. Il y a le thérapeute, le patient et le petit,

> l'enfant souffrant, l'enfant intérieur. Donc, toute la psychothérapie consiste à travailler sur l'enfant intérieur.[619]

Pour Julie Blanc, selon l'optique thérapeutique qui est mobilisée, que ce soit la TCD ou la Thérapie des schémas, « *on ne s'adresse pas de la même manière, on n'a pas la même vision du patient* ».

> JULIE BLANC : En TCD, on s'adresse à l'adulte, en Thérapie des schémas, on travaille avec les différentes parties du patient, ce qui laisse un peu… En tout cas, on accepte que le patient soit pas mûr, ou mature, ou comme on veut à ce stade-là.

De son côté, Anne-Lise Simon définit la TCD comme étant « *quelque chose de très comportemental* ». Elle n'a d'ailleurs pas tout de suite accroché avec cette thérapie. Elle l'a néanmoins intégrée dans le programme thérapeutique de l'hôpital de jour « *parce que ça marche* ». En effet, la TCD et la Thérapie des schémas sont, d'après Julie Blanc, « *un peu les seules qui ont protocolisé, qui ont testé aussi dans la recherche, leurs approches* ».

Se dégagent ici les fondements de la légitimité accordée par ces professionnel·les à une psychothérapie : la définition de son efficacité qui se fonde sur une pratique protocolisée de recherche, dans le cadre d'une médecine des preuves. La sociologue Nadia Garnoussi a effectivement montré, à partir de l'exemple de la méditation en pleine conscience, technique d'ailleurs centrale dans le TCD, comment des bricolages psychospirituels s'inscrivent dans l'actuelle médecine mentale, elle-même cadrée par un paradigme de la preuve scientifique[620]. Cette dimension est éloignée de l'approche psychanalytique française qui revendique un statut non médical et extraterritorial[621], où la standardisation et l'évaluation de l'efficacité thérapeutique à partir des critères de la médecine des preuves et du DSM sont dévalorisées. Pour Anne-Lise Simon, la TCD consiste donc avant tout en « *un apprentissage de compétences* », notamment au niveau de la gestion émotionnelle. La Thérapie des schémas, de son côté, consiste selon elle à « *apprend*[re] *à être ce que tu es*, […] *à être avec ce que tu es* ». De son côté, Julie Blanc explique que la TCD est efficace pour le « *ici et maintenant* », mais que cela constitue seulement un pansement provisoire qui ne suffit pas. Ce pansement doit donc être complété par un travail sur le « *petit enfant* » que permet la Thérapie des schémas[622].

---

[619] Entretien avec Pierre Nantas, 30 mai 2019.
[620] N. Garnoussi, « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle », art cit.
[621] « Cette spécificité, voire cette « exception française » consiste en une position à la fois radicale et idéaliste en matière de formation et d'inscription sociale de la psychanalyse. Au cœur des discours et de l'imaginaire professionnel se trouve l'idée d'une sorte d'exception qui ferait de la psychanalyse une discipline, une pratique et une profession à part, radicalement différente de toute autre profession. Cet imaginaire nourrit lui-même la prétention particulière à une extraterrritorialité, justifiée par cette singularité, et selon laquelle la scène analytique serait protégée des logiques, des normes, des contraintes qui pèsent sur toute autre pratique. » M. Fansten, « Psychanalyse : une exception française? », art cit, p. 251.
[622] Julie Blanc, Journal de terrain *HDJ Borderline*, 28 septembre 2020.

2.1.3. Une pratique psychothérapeutique éclectique

La thérapeutique du trouble *borderline*, même si des noms de thérapies sont évoqués (TCD, Thérapie des schémas), repose sur une pluralité d'éléments et s'inscrit au sein d'une pratique psychothérapeutique éclectique. La position la plus éclectique est d'ailleurs représentée par Mathilde Schneider, la psychologue qui, après cinq années de travail en tant que psychologue en intrahospitalier, réalise au moment de l'enquête une activité exclusivement libérale depuis trois ans. Initialement formée dans le cadre de son diplôme de psychologie à la psychothérapie psychanalytique[623], elle a ensuite été formée à la Thérapie des schémas ainsi qu'à la clinique du traumatisme, à partir de l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*)[624]. Ses différentes formations, et ses expériences professionnelles ont fait évoluer ses modes de réflexion, qui finalement s'additionnent dans sa pratique psychothérapeutique. À la suite de sa formation initiale en psychothérapie psychanalytique, elle était dans un « *mode de réflexion psychopathologique plutôt structurel, avec la psychanalyse, avec les névroses, les psychoses et les états-limites* ». Durant son passage à l'hôpital, ainsi que lors de sa formation à la Thérapie des schémas, elle adoptera plutôt une lecture symptomatologique, à travers les catégories du DSM. Durant notre entretien, elle mobilise d'ailleurs alternativement les expressions « *état-limite* » et « *borderline* ». Lorsque je lui demande la différence entre ces deux expressions, elle évoque le contexte marqué par une « *multiplicité de références théoriques* » qui engendre ainsi des significations différenciées : l'état-limite renvoie selon elle à une lecture en termes de structures, tandis que le trouble *borderline* renvoie à une lecture en termes de symptômes.

> MATHILDE SCHNEIDER : Quand je vois « état-limite », je réfléchis plus en termes de structures, et quand je vois « *borderline* » je vois plus les symptômes du trouble, mais voilà il y a quelque chose dans le terme « état-limite » qui fait que je ne l'emploie pas trop. J'ai du mal à voir les personnes qui sont dans ce trouble *borderline* comme entre la psychose et la névrose… Enfin, oui, j'ai du mal à capter complétement ça. Je vois qu'il y a des symptômes très impressionnants, qui peuvent faire penser à une symptomatologie psychotique, et il y a des moments plus calmes qui pourraient faire

[623] Cette forme psychothérapeutique s'inscrit davantage dans la *Psychologie du Moi*, et les formes psychothérapeutiques associées (Kernberg, Searles) que dans une pratique psychanalytique à la française classique (Lacan). Mathilde Schneider cite par exemple les notions de « moi-peau » de Didier Anzieu et de « faux-self » de Donald W. Winnicott ; notions qui sont devenues des lieux communs dans les discours de l'actuelle culture psychologique.

[624] Cette thérapie, créée par la psychologue américaine Francine Shapiro, consiste en une stimulation d'un « mécanisme neuro-émotionnel déclenché par les mouvements oculaires [qui] permet de dépasser des vécus traumatiques non digérés responsables de divers symptômes, parfois très invalidants ». Elle s'inscrit donc dans l'ensemble des thérapies psycho-coporelles et ses tenant·es revendiquent sa scientificité : « La thérapie EMDR a fait l'objet de nombreuses études scientifiques internationales. Elle est reconnue dans le traitement du trouble de stress post traumatique par l'OMS (2013), l'INSERM (2004 et 2015) et la Haute Autorité de la Santé (2007). » *La thérapie EMDR*, https://www.emdr-france.org/lemdr-cest-quoi/la-therapie-emdr/, (consulté le 7 septembre 2023).

> penser à une symptomatologie névrotique, mais je sais pas, je vois pas bien le truc qui ferait que ce soit entre ces deux structures, c'est pour ça aussi que j'utilise plus le terme de « *borderline* » qui me semble plus parlant.

À la suite de sa formation en EMDR, elle ajoute aux approches structurelle et symptomatologique une approche en termes de psychotraumatisme. Ces grilles de lectures sont alors mobilisées aux différentes étapes de la prise en charge psychothérapeutique. Au début d'une nouvelle prise en charge, elle réfléchit d'abord en termes de structures, puis ensuite en termes de symptômes pour définir la forme psychothérapeutique la plus adaptée.

2.1.4. Cadre et relation thérapeutique pour une pathologie du lien

Cette progressivité des grilles de lecture mobilisées par Mathilde permet ainsi de définir le type de « *cadre* » à mettre en place pour la thérapie. Si elle perçoit une « *structure état-limite* », elle cadrera davantage la psychothérapie que si elle percevait une « *structure névrotique* ». Ce type de « *structure psychique* » définie comme « *état limite* » présuppose effectivement un manque de limites auquel doit répondre un cadre thérapeutique strict et fixe. Une prise en charge insuffisamment « *contenante* » pourrait ainsi être problématique, à la fois pour les personnes, qui testeraient les limites et ne profiteraient pas de la prise en charge, mais aussi pour elle-même, qui risquerait de se faire envahir durant son temps personnel, ce qu'elle a déjà pu expérimenter. Un samedi après-midi, alors qu'elle était en week-end, Mathilde reçoit effectivement un SMS d'une personne qu'elle suit en psychothérapie qui lui apprend qu'elle a pris l'intégralité d'une boîte de médicament. Elle a lu ce message quelques heures plus tard et s'est fortement inquiétée :

> MATHILDE SCHNEIDER : J'ai lu le SMS plusieurs heures après l'envoi, ça m'a fait un peu peur et là je suis allée à la pharmacie pour poser la question du risque […]. Ça débordait déjà très rapidement du cadre des séances et en fait ce que je pouvais lui proposer [dans mon cabinet] n'était pas assez contenant.

Ce discours en termes de manque de limites, de besoin de cadre et de contenance, se retrouve également chez Julie Blanc, la seconde psychologue de l'*HDJ borderline*, pour qui la prise en charge des personnes *borderline* nécessite un « *cadre* » explicite, notamment lorsqu'il s'agit d'un groupe :

> JULIE BLANC : Avec les *borderline*, c'est sûr, si on fait juste un groupe de parole, enfin si on fait une série de groupes de parole *borderline*, ça part assez vite dans tous les sens ou en conflit [*en souriant*]. Je trouve que l'aspect cadre, en tout cas, correspond à la pathologie.

C'est d'ailleurs pour cette raison – la nécessité du cadre – qu'une approche purement psychanalytique ne conviendrait pas aux personnes *borderline*. Julie Blanc me précise qu'elle

a elle-même suivi une psychothérapie psychanalytique, et qu'elle n'a donc rien contre la psychanalyse.

> JULIE BLANC : Après, je trouve que c'est une approche qui n'est pas très structurante, c'est-à-dire [que la psychanalyse] demande beaucoup de teneur du moi, de sentiment d'identité, et je trouve que pour des patients *borderline*, ça serait ça… Je trouve que c'est plutôt déstructurant. Ça, c'est vrai que personnellement, je n'ai rien contre, mais je trouve que pour des patients qui ont un sens de l'identité très faible et qui sont très, très perdus, c'est très, très angoissant parce qu'il n'y a pas ce feedback. Il n'y a pas cette guidance qui est présente peut-être dans d'autres thérapies.

La trajectoire de Julie Blanc est d'ailleurs également marquée par une pluralité d'approches théoriques. Elle a été déçue par les premières années de fac de psychologie, où il était beaucoup question de Freud et durant lesquelles elle « *ne voyait pas la profession se dessiner* ». Elle s'est ensuite inscrite à un programme d'échange avec les États-Unis où elle a trouvé un enseignement davantage ouvert et concret qu'en France – prise de position qui fait écho aux jugements concernant l'enseignement français formulé par Anne-Lise Simon.

Pour ces professionnelles, le fondement de la thérapeutique du trouble *borderline* réside dans la « *relation thérapeutique* » davantage que dans les outils mobilisés. C'est effectivement à partir de cette relation, qui présuppose la création d'un « *lien de confiance avec le patient* » selon Mathilde Schneider, que la psychothérapie doit se construire. Il s'agit, toujours selon cette psychologue, d'être dans un « *processus de reparentage partiel* ». À travers ce terme issu de la Thérapie des schémas, elle entend l'action de « *réparer certaines blessures du passé ou certaines étapes du développement affectif qui n'ont pas pu se faire à un moment donné* »[625].

> MATHILDE SCHNEIDER : Avec les patients *borderline*, ce qui importe le plus, c'est le lien, la relation, la confiance qui se construit. On a affaire à des personnes dont l'enjeu est dans « l'infra-verbal ». Ce qui est dit explicitement importe beaucoup moins que la qualité du lien qui est mis en place. Parce que leur problème, c'est justement ce lien.

La pratique psychothérapeutique qui prend en charge spécifiquement le trouble *borderline* se fonde ainsi sur l'idéal d'une bonne relation psychothérapeutique à partir de laquelle peuvent se déployer des techniques thérapeutiques diverses, autant issues des TCC (Thérapie des schémas, TCD…), des approches psychodynamiques (Thérapies psychanalytiques, Thérapie basée sur la mentalisation[626]…), que des approches humanistes (Analyse transactionnelle, Gestalt-

[625] Entretien avec Mathidle Schneider, 17 septembre 2019.

[626] La « thérapie basée sur la mentalisation » a été développée par Peter Fonagy et Anthony Bateman. Elle s'inscrit dans la continuité du courant Annafreudien anglais ; Peter Fonagy est effectivement directeur de l'Anna Freud Center de Londres. Cette thérapie est néanmoins présentée comme « intégrative », réunissant des éléments psychodynamiques, cognitivo-comportementaux et systémiques. Elle est listée par le *Manuel du borderline* comme étant l'une des thérapies adaptées pour le trouble borderline, et la technique de mentalisation est mobilisée dans la pratique de l'HDJ borderline, bien que les techniques d' « imagerie » de la Thérapie des schémas soit

thérapie…), auxquelles peut parfois s'ajouter un usage de techniques liées à la clinique des psychotraumatismes (EMDR). À travers ces discours, la définition du trouble *borderline* selon ces psychothérapeutes commence donc à se dégager. Il est effectivement caractérisé comme une pathologie du lien où se développe une problématique en termes de « *manque de limite* », dont le fondement s'ancre dans le manque de « *teneur du moi* », autrement dit par la difficile stabilisation du « *sentiment d'identité* ». Ces thérapeutes, qui ne se revendiquent pourtant pas d'une approche psychanalytique, formulent une définition proche de celle issue de la psychologie du moi, en termes de « *relation d'objet* » ainsi que de difficulté à la stabilité et l'unité du « *Moi* ».

2.2. Des techniques psychocorporelles

Derrière les mots clés que constituent les noms des deux psychothérapies associées à l'*HDJ* (Thérapie Comportementale Dialectique et Thérapie des schémas), se regroupe donc un ensemble de pratiques et de conceptions issues d'histoires spécifiques : que ce soient les développements nord-américains de la psychanalyse, des éléments de psychologie humaniste, la formulation actuelle des thérapies cognitivo-comportementales, ou encore de pratiques spirituelles. Ces dimensions psychothérapeutiques s'articulent, dans l'*HDJ borderline*, avec des techniques de matérialisation de la psyché qui visent à objectiver les expressions corporelles des émotions dans le but de les travailler. Durant la période d'observations ethnographiques à l'HDJ, le programme de soins comprenait trois dispositifs techniques psychocorporels : le *biofeedback,* le *neurofeedback*, et la relaxation par la *luminothérapie*. L'usage de ces dispositifs était relativement marginal dans l'organisation globale de la prise en charge : seule une demi-journée par semaine est consacrée à ces techniques lors du « temps plein »[627], et elles ont été enlevées de l'emploi du temps durant le Covid-19[628]. Ils sont présentés aux patientes par le Philippe Ebert, le psychiatre, en début de prise en charge, et ce sont les infirmières qui s'occupent de leur mise en place comme on l'a vu. Ainsi, l'usage de ces dispositifs est relativement séparé du principal du travail psychothérapeutique réalisé par les psychologues ; travail que les prochains chapitres éclaireront davantage. Malgré cette dimension secondaire,

également très similaire. Voir Martin Desseilles, Bernadette Grosjean et Nader Perroud, *Manuel du borderline*, Paris, France, Eyrolles, 2014, p. 197-216 « Chapitre 16. Le traitement basé sur la mentalisation » ; Anthony W. Bateman et Peter Fonagy, « Mentalization-Based Treatment of BPD », *Journal of Personality Disorders*, 2004, vol. 18, nº 1, p. 36-51.

[627] Cf. Introduction générale. Le segment des psychothérapeutes spécialiste.

[628] Comme je le présenterai dans le chapitre 5, la pandémie de Covid-19 a engendré une réorganisation de la prise en charge de l'*HDJ borderline*.

ces techniques permettent néanmoins de saisir des éléments importants pour la compréhension de ce type de thérapeutique, que je vais ici expliciter.

2.1.1. Trois dispositifs techniques : *Symbioline®*, *Melomind®* et *PSIO®*

Dans la thérapie de l'*HDJ borderline*, des « innovations » commercialisées par des entreprises spécialisées dans la santé et le bien-être sont donc mobilisées. La première est Symbioline® qui correspond à un dispositif de *biofeedback* et qui vise à améliorer la cohérence émotionnelle et cardiaque. Ce dispositif est commercialisé par l'entreprise *Symbiofi*, qui se présente comme « *un acteur innovant en psycho-santé*[629] » et qui a pour objectif de valoriser la recherche hospitalo-universitaire du CHU de Lille. Cette entreprise propose des dispositifs cliniques à destination de psychothérapeutes ainsi que des formations à l'usage de ces dispositifs, mais aussi à des techniques psychothérapeutiques associées. On retrouve ainsi des formations à « *l'hypnose clinique et aux techniques d'activation et d'orientation de l'attention et de la conscience* » au sein d'un module sur les « *thérapies brèves plurielles* », ou encore une formation à la « *thérapie de l'attachement et à la Thérapie des schémas* » dans le module « *thérapie familiale* » (*Cf. Captures écran du site ci-dessous*). Se concrétise donc, au sein d'un espace commercial, le territoire psychologique dans lequel se développe la thérapeutique émotionnelle à destination du trouble *borderline*. Les « *innovations en psycho-santé* », proposées par *Symbiofi*, gravitent effectivement autour de thérapies dites cognitives, émotionnelles et psycho-corporelles.



[629] *Symbiofi*, https://www.eurasante.com/entreprises/symbiofi/, (consulté le 12 septembre 2023).



Captures d'écran du site Symbiofi (https://www.symbiofi.com)

Initialement créé pour des problèmes de santé cardio-vasculaire, *Symbioline*® a par la suite été étendu à la « *gestion du stress et des émotions* », comme le précise le site internet :

> « En pratique, le patient s'installe au calme devant son ordinateur, positionne sur ses poignets des bracelets et connecte le capteur ECG [électrocardiogramme] miniaturisé au PC pour démarrer les exercices. En suivant ainsi l'évolution de sa variabilité cardiaque, le patient peut apprendre à la contrôler plus facilement et plus efficacement en utilisant ses capacités naturelles de concentration, de respiration et de relaxation[630]. »

Plusieurs exercices peuvent être réalisés, et il est globalement question de travailler ce que Philippe Ebert, le psychiatre de l'HDJ, nomme la « *cohérence cardiaque et la cohérence*

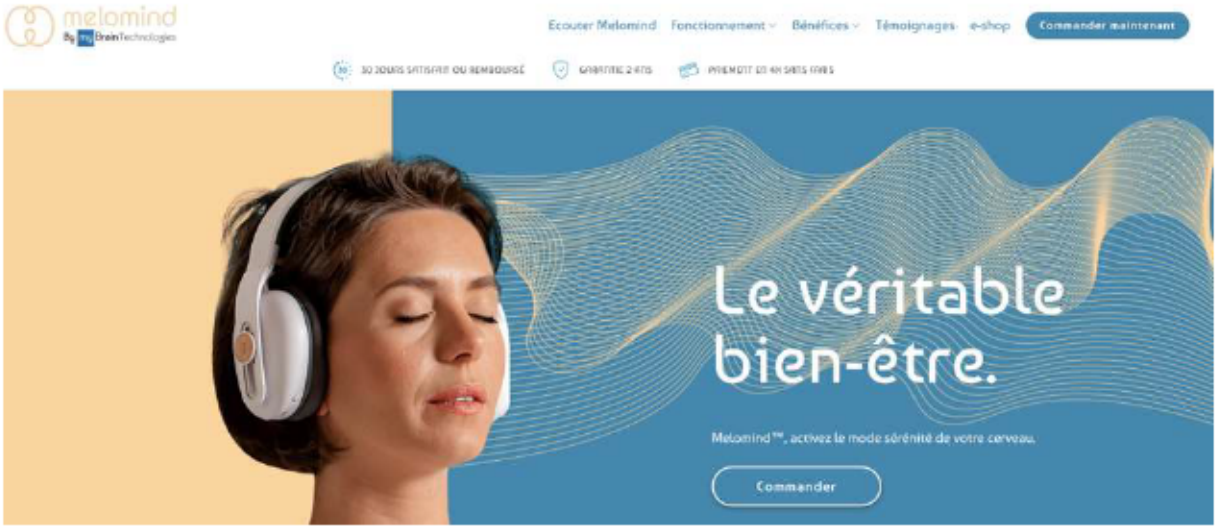
[630] *Le biofeedback*, https://www.symbiofi.com/fr/symbioline/biofeedback-HRV, consulté le 8 septembre 2023.

émotionnelle». Il s'agit donc, à travers ce dispositif, de s'entraîner à se calmer et à s'apaiser émotionnellement. Pour cela, s'affiche sur l'écran une image qui représente une plage ou un jardin. Plus l'apaisement est réussi, donc plus la «*cohérence cardiaque*» est atteinte, plus l'herbe poussera sur l'image du jardin, et plus les vagues se matérialiseront sur l'image de la plage.



Capture d'écran du dispositif de biofeedback Symbioline® (http://www.symbiofi.com/fr/boutique/symbioline-professionnels)

Tandis que le dispositif de *biofeedback* s'inscrit au sein d'un marché à destination de professionnel·les de la santé mentale, le dispositif de *neurofeedback* est quant à lui à destination d'un public plus large. Son nom, le *Melomind*®, évoque d'ailleurs de manière poétique une mélodie de l'esprit. Ce dispositif est présenté par Philippe Ebert lors d'une réunion de synthèse de l'équipe de l'*HDJ borderline* à laquelle j'assiste. Ce dispositif, qui est commercialisé par l'entreprise *MyBrain technologies*, prend la forme d'un casque relié à une application sur téléphone.



Capture d'écran de la page d'accueil de Melomind by Mybrain technologies (https://www.melomind.com)

Philippe Ebert présente ce nouvel outil durant une réunion de synthèse de l'équipe de l'HDJ qui se déroule au début du mois de février 2021[631]. L'enjeu de cette présentation est de discuter avec les psychologues et les infirmières, d'une potentielle utilisation du *Melomind*® dans l'HDJ – ce qui se concrétisera par la suite. Il explique que ce casque mesure les « *ondes alpha* » produites par le cerveau. Ces ondes, qui comptent parmi d'autres ondes (bêta, delta, gamma), sont présentées comme « *les plus longues* » et comme produites lorsque l'on est « *totalement déstressé et détendu* »[632]. Le *neurofeedback*, dit-il, est donc « *une miniature d'un EEG* [électroencéphalogramme] ».

Plusieurs exercices sont proposés par l'application installée sur un téléphone portable. Après une évaluation du stress et de son intensité, l'application détermine un niveau de travail à réaliser. Ce travail consiste principalement à faire disparaître un bruit diffusé par le casque. Ce bruit s'atténue et disparaît à mesure que le cerveau produit des ondes alpha. Il constitue donc un retour (*feedback*) qui signifie que l'on a réussi à évacuer le stress, tout en l'objectivant. Ces différents exercices permettent d'apprendre des techniques pour se détendre, « *comme la respiration et les pensées positives* », précise Philippe Ebert. Il indique également que cette

[631] Journal de terrain, *HDJ borderline*, 2 février 2021. Toutes les citations qui suivent sont issues de cette journée d'observation.

[632] Dans un article en ligne de la revue Science et avenir, on retrouve ce même discours : « Lorsqu'il est en veille active, notre cerveau émet surtout des ondes rapides, dites bêta (de 12 à 30 Hz), avec l'apparition d'ondes gamma spécifiques (vers 40 Hz) lors d'une activité intellectuelle et mentale (intense). Alors qu'en relaxation légère ou éveil calme (assis dans son canapé yeux fermés par exemple), ce sont des ondes alpha (de 8 à 12.Hz) qui dominent. Les ondes thêta (4 à 8 Hz) correspondent, elles, à la relaxation profonde, la méditation et à un certain type de sommeil (paradoxal). Enfin, en sommeil profond, les ondes majoritaires sont de type delta (de 0,5 à 4 Hz). « Au cours d'une journée, nous ne faisons que passer d'un état de conscience à l'autre », explique Marie-Élisabeth Faymonville, chef du service d'algologie-soins palliatifs du CHU de Liège, hypnothérapeute mondialement reconnue. » Elena Sender, *Le cerveau dans tous ses états*, https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/le-cerveau-dans-tous-ses-etats_107838 , 3 décembre 2016, (consulté le 18 septembre 2023).

technologie a été développée en lien avec des équipes de l'*Institut du Cerveau et de la Moelle épinière* (ICM) de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière. La «*semaine du cerveau*» de 2019, coordonnée par la *Société des Neurosciences en France*, a eu lieu dans cet institut et proposait ainsi un atelier sur le *Melomind*® :

> «**Atelier 8 :**
>
> Comment intégrer les neurosciences au quotidien pour améliorer son bien-être ? Melomind, le casque de neurofeedback pour entraîner son cerveau à se relaxer, développé avec l'Institut du Cerveau – ICM
>
> Un atelier pour découvrir le neurofeedback et son application pour renforcer les mécanismes cérébraux impliqués dans la relaxation. Vous aurez l'occasion d'y tester Melomind, le premier casque EEG d'entraînement cérébral à la relaxation par le neurofeedback[633]. »

Le dispositif de *neurofeedback* s'inscrit ainsi pleinement dans le marché du bien-être ; les éléments de langage articulent effectivement le registre des neurosciences et celui de la relaxation.

Le *PSIO*® est quant à lui un dispositif de luminothérapie relaxante. Il a été présenté par Philippe Ebert comme une audio-thérapie articulée à une luminothérapie. Le dispositif prend la forme de lunettes qui projettent de la lumière sur les yeux et sur lesquelles sont intégrés un lecteur MP3 et des oreillettes qui diffusent simultanément un contenu audio permettant de guider la relaxation. L'idée de ces lunettes, explique Philippe Ebert aux patientes durant une séance de psychothérapie introductive sur ces dispositifs techniques[634], c'est d'accompagner une session de relaxation. Il s'agit d'entendre sans forcément écouter. Le psychiatre explique effectivement que dans l'audio qui accompagne la luminothérapie, il y a plusieurs voix. Une voix commence à raconter une histoire, puis une deuxième, puis une troisième, de sorte qu'il n'est pas possible de suivre l'histoire.

> Cela oblige le cerveau à « lâcher prise », dit Philippe Ebert. Vanessa Daval, une patiente, reformule : « Ça nous empêche de réfléchir. » Philippe Ebert la reprend et précise : « Je n'aime pas trop ce mot, plutôt "lâcher-prise". » Vanessa D. s'exclame finalement : « J'ai hâte ! » Philippe Ebert décrit le mécanisme en jeu dans ce dispositif : ces lunettes agissent à partir des « longueurs d'onde de la lumière ». Il évoque ici les cours de physique que les patientes auraient censément suivis au lycée, concernant le « spectre électromagnétique »[635].

---

[633] *Semaine du Cerveau : le grand public a rendez-vous avec les neurosciences à l'ICM !*, https://institutducerveau-icm.org/fr/actualite/semaine-cerveau-grand-public-a-rendez-neurosciences-a-licm/, (consulté le 12 septembre 2023).
[634] Journal de terrain, *HDJ borderline*, 5 mai 2021 – séance de présentation du biofeedback, du PSIO et du Melomind par Philippe Ebert.
[635] *Idem*.



Capture d'écran du site PSIO (https://www.psio.com/fr/)

L'entreprise *PSIO* commercialise différents modèles de lunettes, propose également des accessoires ou des dispositifs complémentaires, comme un matelas ou une chaise vibrante, un oreiller spécifique qui permet une meilleure relaxation, des huiles essentielles ou encore une boisson, nommée « *PSIO Drink Éveil/Awakening* », présentée comme un « *produit thérapeutique* » qui est « *enrichi d'extrait de plantes et de nutriments* » et qui promet une meilleure « *performance* »[636]. Le récit de l'histoire de ce dispositif technique, raconté sur le site de l'entreprise, se fonde sur un registre scientifique de la validation biomédicale de la technique. Il s'agit d'une technique issue de la recherche de Stéphane Krsmanovic réalisée à l'Université Libre de Bruxelles dans le cadre d'un doctorat en psychologie du sport. Cette recherche a débuté au milieu des années 1980 et portait « *sur les niveaux de consciences* ». L'idée était alors de jouer avec les effets de « *l'isolation sensorielle* » pour améliorer « *la mémoire, la concentration et l'apprentissage* ». L'objectif initial était d'augmenter les performances sportives des athlètes, ce qui a ensuite amené ce chercheur à s'orienter « *vers les techniques pour développer la réussite en compétition puis dans l'entreprise* ». Au milieu des années 1990, le récit précise qu'une phase d'expérimentation est mise en place dans le « *laboratoire du Professeur Sorel, éminent neurologue de l'Université Catholique de Louvain ayant inventé la néo-encéphalographie, une technique permettant de déceler le potentiel cérébral sous chaque électrode et non la différence de potentiel entre des électrodes*[637] ».

[636] *PSiO Drink*, https://www.psiodrink.com, (consulté le 12 septembre 2023).
[637] *PSiO.com*, https://www.psio.com, (consulté le 12 septembre 2023).



Historique



Depuis 1994, Stéphane Krsmanovic effectue des recherches sur les niveaux de conscience à l'Université Libre de Bruxelles et ce dans le cadre d'un doctorat en psychologie du sport chez le Professeur Madame Van Fraechem-Raway. A la base spécialisé en apprentissage de mouvements complexes par le mental, Stéphane Krsmanovic s'est progressivement tourné vers les techniques pour développer la réussite en compétition puis dans l'entreprise.

Capture d'écran du site de PSIO (https://www.psio.com)

Ainsi, et tout comme dans le cadre des entreprises qui commercialisent des dispositifs techniques de *biofeedback* et de *neurofeedback*, on retrouve chez l'entreprise *PSIO*® un registre de justification scientifique qui s'adosse aux neurosciences. Lors de la séance de présentation de ces dispositifs aux patientes, Philippe Ebert précise néanmoins que le *neurofeedback* est « *un peu plus médical* » que le PSIO. Cette variation dans le statut de ces techniques, qui sont donc plus ou moins médicalisées, réside dans leurs histoires.

En effet, alors que, nous l'avons vu, le *biofeedback* est initialement à destination du traitement des problèmes cardiaques et arrivera dans un second temps au sein du marché de la santé mentale, le *neurofeedback* est quant à lui une technique qui vise à diffuser à un grand public des résultats de recherches neuroscientifiques réalisées au sein d'hôpitaux psychiatriques (sur les ondes émises par le cerveau). Le *PSIO*® est, lui, issu d'une recherche initialement réalisée au sein d'un département universitaire de psychologie dans le but d'optimiser les performances sportives puis dans le monde de l'entreprise. Cette technique n'a pas été initialement développée dans le champ médical ni dans un but thérapeutique, et elle n'arrivera dans le laboratoire d'un neurologue qu'une dizaine d'années après le début des recherches. Ce dispositif est en ce sens un marqueur de l'hétérogénéité du marché de la santé mentale, qui se fond et s'inscrit actuellement dans celui du bien-être, reposant tous deux sur un idéal de la performance[638]. Il n'est donc pas hasardeux de retrouver des éléments iconographiques que l'on

[638] En cela, ce marché s'inscrit pleinement dans le « culte de la performance » identifié et documenté par Alain Ehrenberg à l'aube des années 1990. Alain Ehrenberg, *Le Culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991.

peut associer à l'espace du développement personnel ou du Zen, ou encore une boisson aux extraits de plantes et des huiles essentielles, sur ce site internet.



A quels besoins répond le PSiO ?

Vous souffrez de troubles du sommeil ? Vous êtes fatigué(e) ou même parfois déprimé(e) ?
La technologie PSiO vous offre une solution innovante, simple et efficace pour retrouver le bien-être.

En fonction du moment de la journée et du besoin, les séances sont adaptées en termes de rythmes, de couleurs et éventuellement de messages relaxants.

> Pour Philippe Ebert, le *PSIO*® « associe la relaxation et la méditation ». Il précise ainsi qu'il y a plusieurs programmes : « pour l'angoisse, le trauma, le bien-être, etc. ». Aline Morel, l'une des patientes qui assistent à la présentation du psychiatre, demande s'il est possible de « tous les faire ». Philippe lui répond que ce n'est pas possible, qu'il faudra, durant le temps de la session à l'HDJ, se concentrer sur un programme, parce que « c'est un vrai travail psychologique »[639].

Au-delà de l'usage de ces dispositifs techniques, la pratique de la relaxation et de la méditation est ainsi encouragée et légitimée, en tant que « *vrai* » travail psychothérapeutique, au sein du programme de soin de l'HDJ. En effet, chaque vendredi après-midi, dans l'optique de finir la semaine de manière apaisée, une séance de relaxation est animée par les infirmières (séance dont il était question durant l'appel téléphonique avec Anne-Lise Simon en vue de la préparation de mon arrivée sur le terrain[640]). À la suite de ma première semaine d'observation, Carole Cambre, l'une des deux infirmières de l'HDJ, me propose d'assister à la séance ; ce à quoi je réponds qu'Anne-Lise Simon m'avait indiqué que je ne pouvais pas y assister. Julie Blanc, la psychologue, me dit que ce n'est pas pour toutes les sessions, et que pour celle-là, c'est possible. Après m'être assuré auprès des patientes qui assistaient à cette séance qu'elles acceptaient ma présence, j'ai réalisé en même temps qu'elles la séance de relaxation.

> Je me suis allongé sur le matelas. Carole (infirmière) commence la séance en lisant un document avec une voix douce et lente. Elle nous dit de fermer les yeux, de sentir nos pieds, puis nos jambes, puis nos bras, et ainsi de suite jusqu'à sentir notre corps tout entier. Elle nous demande ensuite de faire attention à notre respiration, en mettant les mains sur le ventre pour la ressentir. S'en sont suivis des exercices de respiration : inspirer au maximum, bloquer, expirer, puis reprendre une respiration plus lente et

[639] Journal de terrain, *HDJ borderline*, 5 mai 2021.
[640] Cf. Introduction générale. Qu'est-ce qu'un homme veut faire aux *borderline* ?

> régulière. Carole nous a ensuite demandé de visualiser une image réconfortante, en mettant une musique relaxante : un mix entre des sons d'instruments à cordes et des bruits de la nature. Au bout de quelques minutes, Carole coupe la musique et nous amène sur un autre exercice. Il s'agit de visualiser la main droite, puis de la contracter en inspirant, la décontracter en expirant, reprendre sa respiration et répéter mentalement après elle : « calme, détente, relax ». Trois mantras que l'on a répétés entre chaque changement de membres : le bras droit, la main gauche, le bras gauche, etc. Carole a ensuite remis la musique relaxante, cette fois elle était un peu plus tonique, un son de guitare a été ajouté. Elle coupe la musique, et nous dit de reprendre nos esprits doucement. La séance a duré une vingtaine de minutes[641].

L'attention aux dimensions psychocorporelles dans la thérapie proposée par l'*HDJ borderline* est rendue particulièrement explicite par les techniques de matérialisation de la psyché proposées par Philippe Ebert. Cette attention est néanmoins également présente dans le reste de la thérapeutique, que ce soit à travers ces séances de relaxation supervisées par les infirmières, mais aussi, et comme on le verra, dans le contenu même des séances de psychothérapie (avec des références aux « *irrégularités biologiques* », aux « *mécanismes neurobiologiques* »). Concernant ces dispositifs, leurs usages permettent d'accéder à un ensemble de techniques qui correspondent à la dimension corporelle du travail émotionnel des patientes, que les professionnel·les visent à transformer ; dimension corporelle qui s'articule à la dimension cognitive qui est, quant à elle, travaillée durant les séances de psychothérapie animées par les psychologues[642].

2.1.2. Imaginaire du biologisme, marché de la santé mentale et du bien-être

La séance d'introduction aux techniques de matérialisation de la psyché citée précédemment est réalisée par Philippe Ebert. Durant cette séance introductive, il revient sur leur fonctionnement en expliquant les mécanismes neurobiologiques et développe une justification de leur intérêt dans un registre neuroscientifique. Il présente ainsi le stress et ses retentissements sur le corps en évoquant le système nerveux (végétatif, sympathique et parasympathique) et les zones du cerveau « *où se situent les émotions* » : « *l'amygdale, la zone amygdalienne, qui est en lien avec le cortex frontal et préfrontal* »[643]. Déjà, à ce niveau, dit-il,

---

[641] Journal de terrain, *HDJ borderline*, 28 septembre 2019.

[642] Comme le note Arlie R. Hochschild : « Il existe diverses techniques de travail émotionnel. L'une d'elles est *cognitive* : c'est la tentative de changer les images, les idées ou les pensées dans le but de changer les sentiments qui y sont rattachés. Une deuxième est *corporelle* : c'est la tentative de changer les symptômes somatiques ou d'autres symptômes physiques des émotions (par exemple, essayer de respirer plus lentement, essayer de ne pas trembler). Troisièmement, il y a le travail émotionnel *expressif* où il s'agit de tenter de changer d'expressivité pour changer de sentiment intérieur (par exemple, tenter de sourire ou de pleurer). » Arlie Russell Hochschild, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, 2003, n° 9, n° 1, p. 34-35, souligné par l'autrice.

[643] Philippe Ebert, Journal de terrain *HDJ borderline*, 5 mai 2021. Le reste des citations proviennent de cette séance d'observation.

se situe un « *premier feedback* ». Il fait ici référence au fait que la connexion entre le cortex préfrontal et l'amygdale permet, dans une certaine mesure, un contrôle conscient sur nos émotions[644]. Le second feedback que Philippe Ebert présente se situe quant à lui sur « *le plan corporel* » : « *Quand on est stressé, on a le cœur qui s'accélère, une oppression thoracique, qui va faire retour sur le plan psychique* », explique-t-il. Il définit ce mécanisme comme constituant « *notre instinct de survie* ». La réaction physiologique se matérialise notamment par une augmentation du rythme cardiaque. Le psychiatre précise néanmoins qu'on ne peut pas commander notre cœur, mais que celui-ci s'active avec l'émotion, en l'occurrence le « *stress* ». La question rhétorique qu'il pose alors est la suivante : « *Comment faire pour mieux gérer le stress ?* » Il y répond en expliquant : « *Pour ça, on peut adopter des techniques qui donnent des bonnes informations au cerveau… Le PSIO® et le Melomind® servent à ça.* » Philippe Ebert compare alors l'utilisation de ces dispositifs à des entraînements d'athlètes ; le PSIO étant d'ailleurs initialement à destination de cela. Il s'agit donc d'entraîner son cerveau à gérer les émotions pour éviter les retentissements corporels d'un « *trop-plein émotionnel* », ce qui est perçu comme étant caractéristique du trouble *borderline*. À travers ces dispositifs, l'objectif est donc de s'entraîner à « *maîtriser sa respiration* » et à atteindre « *un état de détente* » le plus complet possible. Le point commun de ces dispositifs est de symboliser ces mécanismes par l'image ou le son ; comme lorsque l'herbe se met à pousser quand le rythme cardiaque s'atténue ou que le bruit diminue quand des ondes alpha sont produites par le cerveau.

Ce discours, empli d'un réductionnisme naturaliste et d'usage parfois peu contrôlé de l'explication neurobiologique[645], permet de saisir l'importance d'un imaginaire nourri par les neurosciences et le poids du registre biologisant au sein de l'HDJ. Cela s'insère dans la logique de fond qui se dessine concernant les soubassements théoriques de l'approche psychothérapeutique de l'*HDJ borderline*, et plus globalement du territoire psychologique où s'inscrivent les thérapeutes spécialisées dans le trouble *borderline*. La centralité de la référence à l'émotion s'articule à une attention à la corporéité, que ce soit via des thérapies qui

[644] On peut ainsi lire sur le blog de Bruno Dubuc, présenté comme un vulgarisateur scientifique, qui a réalisé une maîtrise de sciences neurologiques à l'Université de Montréal ainsi que des études de biologie et de psychologie en France : « Les connexions du cortex préfrontal à l'amygdale permettent aussi d'exercer un certain contrôle conscient sur notre anxiété. Toutefois, cette faculté peut en même temps créer de l'anxiété en imaginant l'échec d'un scénario donné ou même la présence de dangers inexistants. » *Le cerveau à tous les niveaux !*, https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_04/i_04_cr/i_04_cr_peu/i_04_cr_peu.html, (consulté le 7 septembre 2023).

[645] Cet usage s'inscrit dans une appropriation psychothérapeutique de la thématique et du registre du « biologisme ». Comme je le développerai dans le chapitre suivant, des notions comme le « cerveau reptilien », sont régulièrement mobilisées dans la thérapie. Sur l'air du temps biologisant et la popularité du concept, pourtant infirmé scientifiquement, de « cerveau reptilien », voir S. Lemerle, « Le biologisme comme griffe éditoriale », art cit ; Sébastien Lemerle, *Le cerveau reptilien : sur la popularité d'une erreur scientifique*, Paris, CNRS éditions, 2021.

revendiquent un travail sur les mécanismes neurobiologiques de réparation, comme l'EMDR, ou à travers des dispositifs de matérialisation de la psyché issus d'innovations technologiques réalisées par des équipes de recherches rattachées à de grands Centres Hospitalo-Universitaires et brevetés pour leur commercialisation. Ce type de dispositifs techniques repose donc sur un modèle où les résultats de la recherche peuvent être ensuite commercialisés sous le modèle de la start-up, à l'image de la recherche en génétique sur le cancer du sein aux États-Unis[646].

En cela, ces dispositifs se situent au sein d'un véritable « *complexe industriel* » de la santé mentale et du bien-être[647]. L'usage, au sein de l'HDJ, de ces dispositifs techniques, permet ainsi de saisir les dimensions matérielles et structurelles de cette thérapie – qui s'inscrit au sein d'un marché de produits destinés à accompagner les psychothérapies, le travail sur soi et sur ses émotions –, tout autant que ses dimensions symboliques et imaginaires qui font du registre neurobiologique l'un des principaux fondements de la légitimité, de l'autorité, et donc de l'efficacité thérapeutique.

2.1.3. L'ancrage de la thérapeutique émotionnelle dans le modèle biomédical

Ces techniques psychocorporelles viennent, en grande partie, se substituer aux prescriptions médicamenteuses dans le cadre de la prise en charge de ce trouble – prescriptions présentées comme inefficaces dans le cadre de ce trouble – tout en maintenant un ancrage de la thérapie dans le cadrage actuel du modèle biomédical. Ce cadrage est issu d'un processus de biomédicalisation qui transforme les formes d'extension des juridictions professionnelles engendrées par la médicalisation[648], notamment à partir d'une dynamique d'innovations technoscientifiques (qui s'inscrit dans ce que le groupe de recherche mené par la sociologue américaine Adèle Clarke nomme le « Complexe biomédical de technoservices™, inc.[649] »). En

[646] Maurice Cassier et Jean-Paul Gaudillière, « Recherche, médecine et marché : la génétique du cancer du sein », *Sciences Sociales et Santé*, 2000, vol. 18, n° 4, p. 29-51.

[647] Type d'organisation économique et symbolique que l'on retrouve du côté du champ de l'autisme, dont on peut considérer qu'il s'agit d'un espace du champ plus global de la santé mentale et du bien-être qui regroupe des formes d'activités qui revendiquent une compétence sur le traitement et l'accompagnement de la vie mentale et psychique. Voir, pour l'exemple de l'autisme, Alicia A. Broderick, *The Autism Industrial Complex: How Branding, Marketing, and Capital Investment Turned Autism into Big Business*, Gorham, Myers Education Press, 2022.

[648] Peter Conrad et Joseph W. Schneider, *Deviance and medicalization: from badness to sickness*, Temple University Press., Philadelphia, 1980.

[649] Adèle Clarke et son équipe identifient effectivement une mutation des mécanismes de médicalisation à l'orée du XXIème siècle : « À l'ère de la biomédicalisation, empruntant à Haraway (1997), nous désignons cette mutation comme « Complexe biomédical de technoservices™, Inc », dénotant ainsi les profonds phénomènes de corporatisation et de marchandisation privée, dans les domaines de la santé et de la maladie. Ce Complexe™ met en relief les services qui, en Occident, font avancer la biomédicalisation grâce à un réseau profond et complexe d'industries connexes, d'entités économiques, de pratiques institutionnelles et d'organisations. De plus, il entraîne une mondialisation et une transnationalisation rapide du modèle biomédical occidental. » Adèle E. Clarke et al.,

effet, l'une des particularités du trouble *borderline*, pour celles et ceux qui lui apportent du crédit, repose sur le fait qu'aucun traitement médicamenteux n'est considéré comme réellement efficace. Cette inefficacité médicamenteuse est d'ailleurs un levier diagnostique pour certain·es psychiatres que j'ai rencontré·es afin de différencier le trouble *borderline* d'un trouble bipolaire : si les médicaments régulateurs de l'humeur, tel que le lithium par exemple, ne fonctionnent pas, c'est qu'il doit s'agir d'un trouble *borderline*. Le discours est d'ailleurs récurrent : les médicaments n'ont pas d'effets significatifs, et la principale indication thérapeutique pour ce type de trouble est la psychothérapie.

Partant de ce constat, trois sociologues américaines, Sandra H. Sulzer, Gracie Jackson et Ashelee Yang, ont ainsi émis l'hypothèse d'un « décalage biomédical » (*biomedical mismatch*) dans lequel se retrouveraient ce trouble et sa prise en charge[650] : aucune molécule spécifique n'étant associée à ce diagnostic qui est d'ailleurs classé dans l'axe II des éditions III et IV du DSM. Aux États-Unis, les troubles de la personnalité qui sont situés dans cet axe n'ouvrent pas le droit à des remboursements auprès des compagnies d'assurances. Face à ce constat du paradoxe qu'engendre cette catégorie diagnostique, qui ne « matche » *a priori* pas avec le modèle biomédical (à la fois dans sa dimension moléculaire et sa dimension économique), Sulzer, Jackson et Yang se sont donc interrogées : comment des professionnel·les (*providers*) traitent-ils le trouble *borderline* en sachant que les règles du modèle biomédical semblent ineffectives dans ce cadre ? À partir de 39 entretiens avec des professionnel·les de la santé mentale (*mental health providers*) à propos du trouble *borderline*, ces autrices ont identifié trois catégories : les « champions » du modèle biomédical, les « complices » de ce modèle, et les « activistes » qui visent à transformer ce modèle. Les champions du modèle biomédical considèrent que le trouble *borderline* ne fait pas partie de leur juridiction professionnelle, et participent donc aux mécanismes de « démédicalisation » des personnes ainsi diagnostiquées[651]. De leur côté, les complices du modèle biomédical prennent en charge le trouble *borderline*, mais en indiquant sur les comptes rendus médicaux d'autres diagnostics ou indications, comme une dépression par exemple, ce qui facilite l'accès à un

« Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux », *Sciences Sociales et Santé*, 2000, vol. 18, nº 2, p. 24.

[650] Elles reprennent d'ailleurs le constat de l'inefficacité médicamenteuse sur le trouble borderline à partir d'articles issus de recherches sur le sujet : « The finding that BPD [borderline personality disorder] does not respond to medications is consistent across scientific research (Bateman et al., 2015; Gunderson, Morey, & Stout, 2004; Ingenhover, Lafay, Rinne, Passehier, & Duivenvoorden, 2010; Lieb, Vollm, Rucker, Timmer, & Stoffers, 2010; Zanarini, 2004)" Sandra H. Sulzer, Gracie Jackson et Ashelee Yang, « Borderline Personality Disorder and the Biomedical Mismatch » dans Brea L. Perry (dir.), *50 Years After Deinstitutionalization: Mental Illness in Contemporary Communities. Advances in Medical Sociology Volume 17*, 2016, vol.17, p. 272.

[651] Sandra H. Sulzer, « Does "difficult patient" status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder », *Social Science & Medicine*, 2015, vol. 142, p. 82-89.

remboursement[652]. De leur côté, les activistes sont défini·es par les autrices comme « une minorité » de professionnel·les qui s'efforcent de « fournir le niveau de soins jugé nécessaire pour les patient·es, en dépit des règles biomédicales[653] ». Ce sont donc des professionnel·les qui cherchent activement à faire reconnaître le trouble *borderline* comme une véritable maladie et qui visent à le faire reconnaître dans le champ de la santé mentale, et donc à former les autres professionnel·les à ce trouble et à son traitement.

En France, l'enjeu de remboursement des soins diffère bien évidemment du modèle nord-américain. Il est d'ailleurs possible de monter un dossier pour demander une Allocation Adulte Handicapé (AAH) avec un diagnostic de « troubles graves de la personnalité », qui correspond bien souvent à un diagnostic de trouble de la personnalité *borderline*. Le site de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), la principale association de proches de personnes malades et handicapées psychiques, indique effectivement que

> « Le handicap psychique est la conséquence de diverses maladies : psychoses, et en particulier les troubles schizophréniques, troubles bipolaires, troubles graves de la personnalité (personnalité borderline, par exemple), certains troubles névrotiques graves comme les TOC (troubles obsessionnels compulsifs)[654]. »

Cette dimension a également été exemplifiée durant mon enquête de terrain. Lors d'une séance de psychoéducation, une patiente demande à Julie Blanc : « Est-ce que le trouble borderline peut être reconnu comme handicap ? » La psychologue lui répond qu'elle peut avoir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et l'Allocation adulte handicapée (AAH) : « C'est sûr que vous y avez droit avec le trouble *borderline*[655] ». Malgré cette différence de modèle économique, une similarité apparaît néanmoins : les soins spécifiquement destinés au trouble *borderline* se situent tendanciellement du côté libéral et privé de l'offre de

[652] La structuration axiale du DSM avait pourtant été retirée dans sa cinquième édition, qui date de 2013, mais au moment de leur enquête, les structures de soins dans lesquelles exercent les professionnel·les interrogé·es n'avaient pas encore adopté le DSM-5 pour leur processus de facturation : « La plupart des cliniciens ont expliqué qu'ils ne connaissaient pas les changements apportés par le DSM 5 parce que leur établissement n'avait pas encore effectué la transition vers l'utilisation du DSM 5 à des fins de facturation. Par conséquent, les professionnels ont continué à utiliser une stratégie simple mais efficace pour améliorer leur capacité à fournir des soins aux patients souffrant de TPB. Ils ont utilisé d'autres codes sur les documents d'assurance pour facturer les séances. Ils ont construit un patient remboursable. » S.H. Sulzer, G. Jackson et A. Yang, « Borderline Personality Disorder and the Biomedical Mismatch », art cit, p. 276 Ma traduction, souligné par les autrices.
[653] *Ibid.*, p. 275 ma traduction.
[654] *Handicap psychique | Unafam*, https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/handicap-psychique, (consulté le 18 septembre 2023).
[655] Journal de terrain, 6 mai 2021.

soins en santé mentale. Le nombre d'espaces spécifiquement dédiés à ce diagnostic dans le paysage de la psychiatrie publique est effectivement très faible[656].

Au-delà de cette similarité, la typologie proposée par les sociologues américaines, en termes de « champions, complices et activistes », gagne néanmoins à être complexifiée, notamment en prenant en compte les enjeux de professionnalités qui se jouent dans les prises de position et les pratiques cliniques concernant le trouble *borderline*. La notion de professionnalité, tel que je la mobilise ici, permet d'appréhender un espace professionnel aux contours variables, qui ne se réduit pas à des métiers ou à des compétences figées, mais dont les membres ont un objet commun ainsi qu'un style de pratique ou d'activité similaire[657]. La catégorie « professionnel·les de la santé mentale » (*Mental Health providers*), que les autrices mobilisent, est effectivement beaucoup trop vaste pour saisir les mécanismes d'externalisation et de juridiction professionnelle à l'œuvre lorsqu'il s'agit de se pencher sur la prise en charge du trouble *borderline*, et donc pour la compréhension fine des dynamiques qui animent actuellement le champ de la santé mentale. S'il fallait inscrire les professionnel·les rencontré·es durant mon enquête au sein de cette typologie, on pourrait dire que les champions du modèle biomédical correspondent aux psychiatres qui « collent » à leur cœur de métier, et qui s'inscrivent donc dans la professionnalité psychiatrique actuellement dominante (compréhension neurobiologique, prescriptions médicamenteuses, etc.). La catégorie de complices correspondrait alors à une forme de professionnalité psychiatrique qui ne se satisferait pas de l'exclusivité neurobiologique, et s'ouvrirait à une potentielle pratique psychothérapeutique, ou alors correspondrait aux psychiatres qui supervisent l'ouverture, au sein de leur service, d'un hôpital de jour qu'ils et elles délègueraient, *in fine*, aux psychologues, à l'image de Marie Duval. La catégorie d'activistes correspondrait enfin aux professionnel·les qui se spécialisent dans ce trouble. Ce sont ici principalement des psychologues et des psychothérapeutes, ainsi que de manière plus marginale des psychiatres-psychothérapeutes. Ils et elles réalisent effectivement tout un travail de promotion et de sensibilisation concernant ce trouble. Leur professionnalité s'ancrerait alors davantage dans un style psychologique-psychothérapeutique que véritablement psychiatrique. Cette forme de professionnalité ne remet donc pas en cause les règles du modèle biomédical, porté par la professionnalité psychiatrique actuellement dominante. Au contraire, il s'agit davantage, pour ces « activistes », de travailler

[656] Voir sur ce point la cartographie des lieux de formations et de prise en charge du trouble borderline réalisée par Sophie Slovak, *Le trouble de personnalité borderline : état de l'art et perspectives*, Thèse de médecine, Université de Lille. Faculté de médecine Henri Warembourg, Lille, 2020.

[657] Sur ce sujet, voir notamment Richard Wittorski et Maryvonne Sorel, *La professionnalisation en actes et en questions*, Paris, Editions L'Harmattan, 2005.

à l'ouverture d'espaces et de demander des moyens pour la prise en charge psychothérapeutique du trouble *borderline* dont la différenciation avec les pathologies qui constituent le cœur du métier de psychiatre ne fait pas de doute – j'ai effectivement observé une ambivalence entourant l'usage du terme de maladie dans l'HDJ, où le trouble *borderline* est à la fois une maladie comme les autres, mais qui se différencie néanmoins de la « folie » que l'on retrouverait au sein des services de psychiatrie. En somme, pour les psychologues de l'hôpital de jour, les personnes *borderline* sont malades, mais pas folles ; expression que l'on retrouve dans la production littéraire concernant ce trouble, à l'image du livre de Johanne Lavoie intitulé *Borderline… mais pas folle !*[658].

Ici, la typologie des sociologues américaines ne suffit donc plus. Effectivement, dans tous les cas, il s'agit d'externaliser la prise en charge du trouble *borderline* de la juridiction psychiatrique. Il existe effectivement un consensus qui traverse l'ensemble de ces positions : l'hospitalisation pour le trouble *borderline* doit être évitée et est dommageable, il n'y a pas de médicament efficace pour le traitement de ce trouble, et il ne s'agit pas d'une maladie mentale jugée « grave » (contrairement aux maladies qui constituent l'objet légitime de la professionnalité psychiatrique, comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire). En ce sens, les professionnel·les « activistes » ne sont pas plus éloigné·es du modèle biomédical que les « champions ». Les deux s'inscrivent de manière équivalente dans la biomédicalisation telle qu'elle a été décrite par Adèle Clarke et son équipe, pour lesquels le modèle biomédical présuppose d'ailleurs « une hétérogénéité des modes de production de l'information et du savoir sur la santé, la maladie, la pathologie et la médecine[659] ». Cette hétérogénéité engendre donc l'apparition de nouvelles sources de pouvoir dans la définition de ce que sont la médecine, la santé et la maladie. Ces sources peuvent aujourd'hui résider au sein des nouvelles professionnalités extra-médicales qui traitent de santé, mais aussi au sein de savoirs expérientiels[660], ce qui rend possibles de nouvelles alliances et de nouvelles luttes (entre professionnalités extra-médicales, professionnalité médicale, et savoirs expérientiels). Cela ouvre alors de nouvelles dynamiques de (bio)médicalisation[661] qui ne sont donc pas

[658] Johanne Lavoie, *Borderline... mais pas folle ! Guide pour vivre heureux au quotidien*, Performance, 2017. Concernant une esquisse d'analyse des illustrations des livres dédiés au trouble borderline, Cf. *Interlude II. Les représentations iconographiques du trouble borderline. L'objectivation d'une déviance émotionnelle féminine.*

[659] A.E. Clarke et al., « Technosciences et nouvelle biomédicalisation », art cit, p. 15.

[660] Emmanuelle Simon et al. (dir.), *Les savoirs expérientiels en santé. Fondements épistémologiques et enjeux identitaires*, Nancy, PUN - Éditions universitaires de Lorraine, 2020.

[661] L'ajout du concept de biomédicalisation, ou par exemple de pharmaceuticalisation, à celui de médicalisation fait l'objet de controverses, que je n'entends pas trancher. Voir à ce sujet ces deux articles : Joan Busfield, « The concept of medicalisation reassessed », *Sociology of Health & Illness*, 2017, vol. 39, nº 5, p. 759-774 ; Simon J. Williams, Catherine Coveney et Jonathan Gabe, « The concept of medicalisation reassessed: a response to Joan Busfield », *Sociology of Health & Illness*, 2017, vol. 39, nº 5, p. 775-780.

exclusivement véhiculées par la médecine en tant que telle, et qu'il s'agit d'interroger et d'éclairer empiriquement.

Dans le cadre de la thérapeutique du trouble *borderline*, on retrouve des frictions et des alliances entre territoires et juridictions professionnelles, où certains psychiatres vont déléguer la prise en charge des personnes diagnostiquées *borderline* à des psychothérapeutes tandis que d'autres vont s'inscrire dans une extension de leur professionnalité jusqu'à la psychothérapie, et où les luttes vont ainsi davantage se jouer entre psychothérapeutes qu'entre psychiatres et psychothérapeutes à proprement parler, autrement dit, la friction se joue davantage sur la définition de la professionnalité psychothérapeutique (qui présuppose des pratiques et un certain habitus professionnel ajusté au champ psychothérapeutique), qu'entre la professionnalité psychothérapeutique et la professionnalité psychiatrique.

> « Si pendant plusieurs décennies la psychothérapie a occupé une place à part dans l'arsenal des traitements de la psychiatrie, une tendance s'affirme fortement aujourd'hui qui entend la redéfinir comme un traitement parmi d'autres. Mais le projet rencontre une difficulté inédite, correspondant à l'extension de la psychothérapie vers des problèmes ne relevant *a priori* pas de la pathologie. Deux perspectives divergentes semblent se dessiner : pour la première, le mal-être apparemment "banal" peut cacher des troubles sérieux, et pour l'autre, la prise en charge de ce mal-être ne relève plus du registre de la psychothérapie, mais de celui du développement personnel. Autrement dit, pour les uns, tout type d'expression d'une souffrance psychique relève de fait de la compétence des psychiatres, tandis que pour les autres, leur "juridiction" doit être limitée à ce qui apparaît clairement du domaine du pathologique[662]. »

La psychothérapie se présente comme une corde supplémentaire de l'arc thérapeutique de la médecine mentale, qui vient donc s'ajouter à la pratique psychiatrique. Ici, le champ de lutte porte plutôt sur la définition du périmètre d'intervention psychothérapeutique et ses formes de différenciation : psychothérapie, coaching, développement personnel, etc. Il est effectivement intéressant que les psychologues de l'*HDJ borderline* m'aient demandé, lors du premier déjeuner que l'on a partagé, si j'avais eu des contacts avec un autre hôpital de jour spécifiquement dédié au trouble *borderline*, en précisant qu'il s'agissait de « *la concurrence* ». Durant ce déjeuner, et face à l'éventualité que je réalise des observations dans cet autre hôpital de jour, elles me demandent de leur faire un compte rendu de ce qu'ils font. Par contre, il ne faut pas que je dévoile ce qui marche ici, à l'*HDJ borderline*. Julie Blanc ajoute au passage que « C'est dommage qu'on soit aussi atomisés, qu'on ne travaille pas tous ensemble[663] ». Lors

[662] F. Champion (dir.), *Psychothérapie et société*, *op. cit.*, p. 18.
[663] Journal de terrain, 1er octobre 2020.

d'une autre discussion, Julie Blanc évoque une association également spécialiste du trouble *borderline* avec laquelle Anne-Lise Simon et elle ont essayé de travailler, mais sans succès.

> Julie me dit qu'il y a déjà un « problème sur la représentation du trouble » dans cette association : « Pour eux, tous les *borderline* sont surdoués. Alors que pas du tout, il y a certains borderline qui sont ralentis, ou qui ont pas un haut niveau cognitif ». Puis, au-delà de ce problème de « représentation du trouble », elle m'explique qu'au début ils étaient très ouverts, puis se sont très rapidement refermés : « Comme si on allait leur faire de l'ombre » me dit-elle[664].

D'autres discussions ont également fait émerger la question de psychologues et psychothérapeutes spécialisé·es dans le trouble qui seraient des « *charlatans* » ou peu recommandables. De plus, l'expérience du trouble *borderline*, c'est-à-dire le fait pour une personne d'être concernée, entraîne également une certaine légitimité dans la définition de ce qu'est un traitement adéquat, et peut parfois générer un engagement dans une trajectoire de professionnalisation au sein du champ de la santé mentale, et donc des prises de position au sein des luttes décrites précédemment[665]. Ainsi, la vision d'un ensemble cohérent d'activistes qui luttent collectivement contre l'hégémonie de la psychiatrie biomédicalisée – vision certainement construite par la posture de ces sociologues vis-à-vis de leur objet de recherche[666] – disparaît dans mon enquête au profit de lignes de tensions et de lignes d'accord au sein d'un champ de la santé mentale où la domination du modèle biomédical n'est à aucun moment questionnée, et qui est même au contraire pleinement embrassé (comme on l'a vu avec les dispositifs techniques de matérialisation de la psyché dans le cadre de la thérapeutique émotionnelle).

Il faut néanmoins préciser dès à présent que le constat d'inefficacité des médicaments pour le traitement du trouble *borderline* n'entraîne pas pour autant une absence totale de médication. Cette médication est alors justifiée, pour les professionnel·les spécialistes, par une forme particulièrement grave du trouble, comme l'explique Daria Karaklic, docteure en

[664] Journal de terrain, 28 septembre 2020.
[665] Cf. Chapitre 6. Se saisir ou se dessaisir du diagnostic ?
[666] Lors d'échanges par mail que j'ai eus avec Sandra H. Sulzer, autrice de l'enquête précédemment citée, cette dernière voyait son travail comme permettant de mieux traiter le trouble *borderline* et de le faire reconnaître comme une « vraie » maladie. Elle adoptait donc la même posture que les clinicien·nes qu'elle définit dans ses travaux comme « activistes ». Elle ne s'interrogeait pas sur les enjeux concernant l'existence des catégories de santé mentale, et prenait l'existence de ce diagnostic comme acquise. Ainsi, prendre pour objet la question de l'existence-même d'un diagnostic comme je le propose dans cette thèse, amène à déplacer le regard et à éviter l'écueil qui consiste à consacrer, peut-être trop rapidement, des professionnel·les comme étant les mieux placés pour traiter un trouble dont l'existence est finalement en grande partie liée aux mécanismes sociaux qui président également, et très certainement, à l'apparition de leur style d'activité psychothérapeutique.

psychologie clinique et co-autrice du livre *Les borderline*[667], lors du colloque de l'*Association pour la formation et la promotion de l'état limite* (AFORPEL) qui s'est tenu en 2019.

> « La [psycho]thérapie c'est le traitement principal […], le traitement médicamenteux est souvent indispensable, mais il ne permet pas de guérir. Et j'aimerais évoquer d'abord qu'il y a plusieurs formes du trouble *borderline*. Il y a la forme plutôt, on va dire, légère qui se caractérise par des difficultés relationnelles. Peut-être une sorte de sensibilité à l'abandon, une hypersensibilité générale et émotionnelle, et éventuellement, des difficultés qui s'expriment notamment, plus la relation est proche, plus elle sera difficile à gérer. Et donc ce type de patients, quelquefois s'il y a juste des difficultés relationnelles, dans les relations proches, peuvent fonctionner on va dire sans médicament. Dans ce cas-là il s'agirait plutôt de traits *borderline* peut-être que du trouble, parce qu'il faut au moins cinq des neuf critères pour pouvoir diagnostiquer le trouble et donc ce type de personnes peuvent parfois se passer, on va dire, d'un traitement médicamenteux, dans ce cas-là la thérapie seule suffit. Et sinon pour ce qui est des patients plutôt modérés à graves – quand je dis modérés à graves, ce que j'ai observé dans mon expérience c'est que le trouble *borderline* va beaucoup varier en fonction des circonstances. Les personnes vont beaucoup réagir aux circonstances de vie. Donc comme il y a un manque de cadre interne, d'où manque de limites en fait, la personne va beaucoup fonctionner et évoluer en fonction du cadre externe. C'est-à-dire notamment des relations, et puis travail ou manque de travail, voilà[668]. »

Les personnes diagnostiquées avec un trouble de la personnalité *borderline* se voient donc en réalité souvent prescrire des médicaments par les psychiatres qu'elles croisent durant leur trajectoire de soin. Ces traitements visent alors à diminuer les symptômes et/ou les comorbidités identifiées[669]. Il peut alors s'agir d'un traitement dit « anti-impulsif », qui consiste en des petites doses de neuroleptiques, et qui vise à éviter les automutilations, les tentatives de suicide, mais aussi des excès de colère ou des prises de drogues perçues comme impulsives. Les prescriptions d'anxiolytiques pour l'angoisse et la sensation de vide ressentie, ou encore d'antidépresseurs sont également souvent réalisées. Dans certaines situations, et face à l'inefficacité des médicaments, la liste des prescriptions s'allonge à mesure des passages aux urgences ou chez des psychiatres. Les ordonnances « *à rallonge* » sont d'ailleurs souvent le signe, parmi d'autres, d'une errance médicale et de la présence d'un « *trouble de la perso* » pour les professionnel·les des urgences que j'ai rencontré·es. Il n'est d'ailleurs pas rare que le psychiatre de l'HDJ, Philippe Ebert, évoque la sur-médication des patientes et qu'il réduise le nombre de prescriptions. Les techniques psychocorporelles proposées dans le cadre de la prise en charge

---

667 B. Granger et D. Karaklic, *Les borderlines*, *op. cit.*

668 Daria Karaklic, *La thérapie des borderline*, https://www.youtube.com/watch?v=iX8CpQLCNI8, 29 décembre 2019, (consulté le 19 septembre 2023), 0:16 – 1:46.

669 Cela renvoie d'ailleurs à ce que Steeve Demazeux identifie comme effet de la crise nosologique, issue de la tension ontologique concernant les catégories psychiatriques : cela entraîne une augmentation du diagnostic de trouble de la personnalité et un accroissement de l'identification de comorbidité. S. Demazeux, « Les Troubles de la personnalité dans le DSM », art cit.

de l'*HDJ borderline* permettent ainsi de suppléer en partie à la médication tout en proposant des interventions sur les corps qui inscrivent la thérapie dans le modèle biomédical actuellement dominant. Cela ancre ainsi la prise en charge au sein de ce cadrage thérapeutique actuellement légitime et symboliquement efficace que constitue l'imaginaire neurobiologique.

III. La professionnalité des spécialistes du trouble *borderline*

Dans les pages précédentes, une opposition s'est progressivement éclairée : la distinction entre psychothérapie et développement personnel, ou, autrement dit, une distinction entre des pratiques qui visent à soigner et des formes d'accompagnement qui visent à augmenter le mieux-être. Cette opposition, loin d'être hermétique, traverse néanmoins les pratiques professionnelles. Les dispositifs techniques concernant les aspects psychocorporels sont ainsi plus ou moins médicaux (c'est-à-dire plus ou moins axés sur l'objectif de soigner ou d'augmenter le mieux-être), et cette distinction est centrale dans les luttes de concurrence qui traverse le champ psychothérapeutique. Cette ambivalence est dans certains cas dépassée, comme pour Alain Charvet, thérapeute spécialisé dans le trouble *borderline*, qui se présente comme psychothérapeute et coach. Il m'explique durant notre entretien que ces deux rôles sont pour lui successifs : après un premier temps de psychothérapie, où il s'agit de traiter le trouble *borderline* dans l'objectif de le stabiliser, il enchaîne ensuite avec une pratique de coaching, afin d'accompagner ses patient·es dans une réinsertion et une réadaptation sociale. Je soutiens, dans cette dernière section, que la manière de résoudre cette tension, entre psychologie et développement personnel, provient en grande partie du mode d'entrée dans ce que Nadia Garnoussi a nommé la « médecine des émotions[670] ». Ensuite, je montrerai comment les psychothérapeutes spécialistes du trouble *borderline* font résider leur légitimité et leur pratique thérapeutique dans la valorisation de l'expérience de souffrance.

3.1. Les modes d'entrées dans la « médecine des émotions »

La thérapeutique spécialisée dans le trouble *borderline* est comme on l'a vue centrée sur les émotions. Elle s'inscrit en ce sens dans ce que Nadia Garnoussi nomme la « médecine des émotions » qui émerge en France depuis les années 2000. Cette nouvelle médecine mentale centrée sur les émotions est notamment véhiculée par *Psychologies Magazine* et représentée par certains psychiatres-psychothérapeutes médiatiques à l'image de David Servan-Schreiber, psychiatre associé à *Psychologies Magazine* (et dont le père a été propriétaire de ce magazine),

[670] N. Garnoussi, « À la recherche du bien-être, déplacements et perspectives », art cit, p. 235.

qui décrit dans un de ses ouvrages[671] les « sept méthodes pour contrôler ses émotions, mêlant TCC (Thérapie cognitives et comportementales) de dernière génération (l'EMDR [Eye Movement Desensitization and Reprocessing : intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires], la relaxation cardiaque), conseils en nutrition, en communication, et médecines traditionnelles comme l'acupuncture[672]. » Nadia Garnoussi note ainsi que, dans ce courant :

> « Les arguments relèvent de la philosophie élémentaire du développement personnel : l'application de techniques "simples" permet de transformer l'existence. À l'exception qu'ici, le régime de justification par la preuve scientifique introduit une rupture avec les offres psycho-spirituelles dites alternatives, car contestant la rationalité médicale et se développant hors des institutions. De cette manière ce nouveau courant au sein de la médecine mentale, dont Christophe André, praticien à l'Hôpital Sainte-Anne à Paris, est une autre figure centrale, ne constitue pas simplement une offre supplémentaire sur un marché qui se diversifie : il contribue bien plutôt à reconfigurer une partie de ce marché, en particulier parce qu'il crée de nouvelles passerelles avec les champs d'intérêts scientifiques, politiques et économiques[673]. »

Cette médecine des émotions articule ainsi des éléments de développement personnel et des éléments psychothérapeutiques, et son principal registre de justification s'inscrit dans une revendication de scientificité. Il n'est donc pas étonnant d'apprendre que la voix qu'entendent les patientes de l'*HDJ borderline* dans leur casque durant leur séance de relaxation avec le *biofeedback* est celle de Christophe André, comme me le dira un jour Carole Cambre (infirmière)[674]. Philippe Ebert (psychiatre) défend quant à lui l'importance de la relaxation et de la méditation en pleine conscience, ce qui était visible à travers les dispositifs de matérialisation de la psyché évoqués précédemment.

D'autres auteurs, classés du côté du développement personnel, sont également cités au sein des interactions entre professionnel·les et patientes de l'HDJ, et notamment Boris Cyrulnik[675].

> Lors d'une séance de gestion des émotions, Delphine Ali, une patiente, dit qu'elle a entendu la veille sur *Cnews* que la solitude participe de l'atrophie du cerveau. Anne-Lise Simon répond en disant : « Et bien je pense que c'est vrai, d'ailleurs Boris

[671] David Servan-Schreiber, *Guérir le stress, l'anxiété, la dépression sans médicaments, ni psychanalyse*, Paris, Pocket, 2011.
[672] N. Garnoussi, « À la recherche du bien-être, déplacements et perspectives », art cit, p. 235.
[673] *Ibid.*
[674] Journal de terrain, *HDJ borderline*, 28 septembre 2020.
[675] Boris Cyrulnik fait partie des auteurs dont la correspondance a été analysée par Nicolas Marquis dans son ouvrage sur « la société du développement personnel ». Nicolas Marquis, *Du bien-être au marché du malaise. La société du développement personnel*, Paris, PUF, 2014.

> Cyrulnik a travaillé dessus… ». Elle explique ensuite le concept de résilience, que ce dernier a grandement participé à diffuser[676].

Ainsi, cette médecine des émotions au sein de laquelle se déploie la thérapeutique émotionnelle associée au trouble *borderline* « prolonge et renforce la logique de rationalisation de la recherche du bien-être[677] ». Cela permet de conforter l'analyse en termes de territoire psychologique, où se déploie une professionnalité psychothérapeutique qui s'inscrit dans le modèle biomédical, et qui tisse des alliances avec la forme actuellement dominante de la professionnalité psychiatrique. Au sein de ce territoire psychologique, les pratiques psychothérapeutiques s'hybrident avec des éléments de développement personnel. Cette hybridation suscite néanmoins quelques tensions, comme le laisse un jour entendre Agathe Ducos, stagiaire psychologue de l'*HDJ borderline*, lorsqu'elle m'explique que les psychologues n'apprécient pas les coachs en développement personnel. Cette prise de position peut s'expliquer par le fait que les coachs revendiquent une expertise au sein de la « juridiction des problèmes personnels[678] », et font donc concurrence aux psychologues et psychothérapeutes.

La double facette de la thérapeutique émotionnelle du trouble *borderline*, qui intègre des éléments de développement personnel et de psychothérapie, se retrouve dans les trajectoires des thérapeutes spécialistes ainsi que dans les ressorts de leur engagement professionnel. Ici, deux principaux modes d'entrée dans cette médecine des émotions peuvent être identifiés : un mode d'entrée par la voie institutionnelle et un mode d'entrée par la reconversion professionnelle.

3.1.1. Une entrée par la voie institutionnelle

Dans le premier mode d'entrée dans la médecine des émotions auquel correspond la trajectoire de spécialisation dans le trouble *borderline*, on retrouve des psychologues ainsi que des psychiatres et des internes qui s'orientent vers une pratique psychothérapeutique. Il s'agit

[676] Journal de terrain, *HDJ borderline*, 29 septembre 2020.
[677] N. Garnoussi, « À la recherche du bien-être, déplacements et perspectives », art cit, p. 235.
[678] Andrew Abbott identifie la constitution, aux États-Unis et à partir de la fin du XIXème siècle, de ce qu'il nomme la « juridiction des problèmes personnels ». L'émergence de cette juridiction professionnelle a notamment été rendue possible par la diffusion d'une catégorie de santé mentale, la neurasthénie, et elle « a été créée, scindée, rattachée à d'autres juridictions, scindée de façon nouvelle et reconceptualisée une douzaine de fois entre 1860 et 1940. Les groupes qui y sont associés se subdivisent, se rejoignent, puis se divisent selon de nouvelles lignes, tant idéologiques qu'organisationnelles. » A. Abbott, *The System of Professions*, *op. cit.* « 10. The Construction of the Personal Problems Jurisdiction » [version électronique], ma traduction. Ces dynamiques se prolongent actuellement, et les lignes de tensions et de luttes, que j'analyse dans ce chapitre, participent de la reconfiguration actuelle de cette juridiction qui, à mon sens, prend actuellement la forme d'un champ de la santé mentale et du bien-être.

de personnes (ici exclusivement des femmes) qui ont découvert une vocation pour ce trouble lors de leurs études, et notamment durant leurs stages. Cette découverte s'est donc réalisée au sein de la voie institutionnelle « classique », via des études de psychologie ou des études de médecine comprenant un externat et un internat en psychiatrie.

La rencontre avec le diagnostic trouble de la personnalité *borderline* s'inscrit dans le constat de mise en échec de l'organisation des soins par les personnes ainsi catégorisées[679]. Cela amène à percevoir la prise en charge de ces dernières comme un défi clinique à relever. Julie Blanc m'explique que c'est lors d'un stage en addictologie, réalisé dans le cadre de ses études de psychologie, qu'elle rencontre le trouble *borderline*.

> JULIE BLANC : Le trouble *borderline* est apparu vraiment présenté comme une pathologie hyper difficile. Voilà, un peu « Mission impossible », un peu sur le banc des accusés. Et moi j'aime bien les défis en général. Ça m'a tout de suite un peu intrigué dans cette complexité. Et puis, c'est aussi un trouble où voilà quand on est étudiant, on s'y retrouve beaucoup parce qu'on se cherche, il y a des symptômes, un peu comme la problématique d'abandon. Du coup ; on se dit : est-ce que c'est moi ? Est-ce que c'est pas moi ? Bon voilà, et après aussi, pendant ces années-là, peut-être parce qu'il y a eu, oui, il y a peut-être eu des trucs personnels, mais pas tant que ça… Je pense que le trauma m'a toujours intéressé. Donc je commençais à avoir un petit peu se dessiner l'alliance trauma-borderline, ça m'a toujours pas mal intrigué. Donc voilà, ça, c'est doucement venu.

Mona Laborde est quant à elle l'une des rares internes en pédopsychiatrie du Service B à s'intéresser au trouble *borderline* et à sa thérapeutique. Elle a d'ailleurs présenté, quelques semaines avant notre entretien, la thérapie dialectique et comportementale (TCD) de Marsha Linehan durant le séminaire des internes. On retrouve le même constat que chez Julie Blanc, à savoir que le trouble *borderline* représente un défi thérapeutique face auquel l'organisation actuelle des soins psychiatriques semble être démunie :

> MONA LABORDE : C'est ressorti comme une catégorie de patientes vis-à-vis de laquelle on était assez démunis. Pour laquelle on proposait pas forcément des choses, de mon point de vue, très précises ou très adaptées, et pour laquelle la prise en charge standard classique ne semblait pas correspondre, et pour lesquelles souvent, l'avant/après hospitalisation, il y avait pas de grosses grosses différences, hormis le fait que la crise suicidaire était passée, mais il n'y avait aucune amélioration en termes de gestion des émotions, en termes d'apprendre d'autres stratégies que se faire du mal quand ça va pas. C'est à ce moment-là que je me suis dit qu'il doit y avoir des choses qui existent et que je ne connais pas et c'est comme ça que je me suis intéressée à ça.

[679] Cf. Chapitre 2. À la frontière de la psychiatrie.

Au moment où nous réalisons cet entretien, Mona Laborde est en formation auprès de l'Association Française de Thérapies Comportementales et Cognitives (AFTCC) (comme Anne-Lise Simon une vingtaine d'années plus tôt). Elle semble se destiner à une future pratique de psychiatre-psychothérapeute qui l'engagerait alors dans une extension de sa professionnalité vers un versant psychothérapeutique. De son côté, Émilie Lefebvre, qui au moment de notre entretien vient de soutenir sa thèse de psychiatrie et d'être embauchée dans un service de psychiatrie hospitalière français, a quant à elle été « *sensibilisée* » à ce trouble par le décentrement suscité par un stage à Montréal. Elle suit, au moment de notre entretien, une formation de Thérapie des schémas en Belgique.

> ÉMILIE LEFEBVRE : Tu sais ce qui m'a sensibilisée ? Je suis allée faire un stage à Montréal juste avant d'être interne, dans un service spécialisé où ils faisaient que ça [trouble *borderline*]. Et eux, justement, ils n'avaient pas le stigma [associé à ce trouble], ils avaient une position qui était : « ah bah c'est madame machin, trouble *borderline*, on va faire de la TCD, on va faire tatata… ». Ils en parlaient comme un trouble normal, psychiatrique comme les autres. J'étais soufflée. Je suis revenue en France, je me suis dit : mon dieu, mon dieu, mon dieu, mon dieu ! Et puis je voyais aussi tous mes collègues qui nageaient quoi. Et je me disais : ah c'est tellement con que la littérature n'ait pas traversé l'Atlantique ! C'était dommage.

Avec ce point, il apparaît que la capacité à lire des textes anglophones et à se rendre en stage dans un pays étranger où la reconnaissance de ce trouble ne pose, *a priori*, pas de questions, sont des conditions de la spécialisation vers le trouble de la personnalité *borderline*. Mona Laborde présente ainsi à ses collègues internes un texte de Marsha Linehan non traduit en français. Émilie Lefebvre a eu l'occasion de réaliser un stage d'externat au Canada. Julie Blanc a réalisé une partie de ses études de psychologie aux États-Unis et lit, encore aujourd'hui, de nombreux articles scientifiques anglophones. Anne-Lise Simon a quant à elle eu une « *révélation* » lors d'une formation en Suisse réalisée par un Canadien. Cependant, cette ouverture à la littérature internationale et les expériences à l'étranger n'expliquent pas à elles seules la spécialisation de ces professionnelles dans le trouble de la personnalité *borderline*. On pourrait faire l'hypothèse, qui nécessiterait d'être creusée et davantage étayée, selon laquelle cette spécialisation provient d'un malaise face à la stigmatisation des personnes catégorisées *borderline*. Ce malaise engendrerait alors une volonté d'améliorer leur prise en charge thérapeutique face à une institution psychiatrique jugée défaillante, et parfois maltraitante vis-à-vis des patientes dites *borderline*. Il proviendrait lui-même d'une forme de résonance entre le vécu des patientes et celui de ces professionnel·les, ou tout du moins dans une certaine homologie des positions sociales, notamment de genre. C'est ce que l'on pourrait interpréter par l'évocation à demi-mot par Julie Blanc de ses expériences personnelles l'ayant amenée à

s'intéresser au trouble *borderline* et au traumatisme. De manière plus franche, l'intérêt de Mathilde Schneider, psychologue recensée dans la liste des thérapeutes spécialistes du trouble *borderline*, provient en grande partie du fait qu'elle s'est, à un moment de sa trajectoire biographique, identifiée comme étant elle-même *borderline*. À ce possible effet de l'homologie des positions de genre pourrait également s'ajouter une homologie des positions et origines de classes, qui relève majoritaire de positions intermédiaires dans l'espace social associé à un certain capital culturel[680].

Cet aspect, ici abordé de manière embryonnaire, mériterait un approfondissement, notamment concernant la compréhension des logiques de spécialisation et de l'adoption d'un style psychothérapeutique à partir d'analyses systématisées des socialisations qui précèdent l'entrée en étude de psychologie, des socialisations estudiantines, ainsi que des socialisations professionnelles. Ces quelques lignes d'hypothèse iraient ainsi dans le sens de plusieurs intuitions de recherche concernant le rôle de l'affinité des habitus dans la définition d'une bonne relation thérapeutique[681], et donc en creux dans la spécialisation auprès d'une certaine catégorie de patient·es. S'entremêleraient ainsi chez ces professionnelles une position au sein de l'espace social du genre ainsi qu'une position au sein de l'espace des classes sociales qui permettraient d'éclairer les conditions qui président à la sensibilité vis-à-vis du traitement actuel du trouble *borderline*, réputé difficile, et donc à une envie de s'y investir pleinement pour changer les choses. Cette attention est d'ailleurs très souvent en lien avec un intérêt, voire une spécialisation, sur les enjeux de traumatisme.

3.1.2. Une entrée par la reconversion professionnelle

Dans la seconde forme de la trajectoire de spécialisation, le devenir psychothérapeute spécialiste du trouble *borderline* s'inscrit dans une indistinction avec une pratique du coaching en développement personnel. Le style thérapeutique contient également un sous-bassement normatif qui valorise un modèle auto-entrepreneurial ; modèle qui passe d'ailleurs du monde de l'entreprise à celui de la santé mentale. Ces thérapeutes n'ont ni diplôme de psychologie ni

[680] Cf. chapitre 4. Qui sont les *borderline* ?

[681] Julia Legrand évoque, dans une note de son article sur l'usage de l'hystérie en psychiatrie, qu' « Il serait d'ailleurs intéressant de mener une enquête systématique sur le ressenti du contre-transfert des « psy » en fonction de leur proximité ou de leur distance sociale avec les patients. » J. Legrand, « Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », art cit, p. 27, note n°33 ; De son côté, Marlène Bouvet souligne dans sa thèse le rôle de l'affinité des habitus et de la proximité sociale entre patient·es et soignant·es dans la réception des schèmes psy. Marlène Bouvet, *Réenchanter les déprimé.es. Une sociologie de la thérapie en clinique privée*, Thèse de doctorat, École normale supérieure de Lyon, Lyon, 2023.

diplôme de psychiatrie, et ne sont pas non plus des psychanalystes[682]. L'entrée dans la médecine des émotions en tant que thérapeute fait alors suite à une reconversion professionnelle, avec un passage d'une activité qui visait à susciter davantage d'efficacité dans l'entreprise à une activité qui vise à susciter et étayer l'efficacité psychologique.

C'est le cas d'Alain Charvet, que j'ai rencontré dans son cabinet. Il se présente comme psychothérapeute et coach spécialisé dans le trouble *borderline* et il est actif dans la promotion de cette catégorie. Il m'explique qu'avant d'être psychothérapeute, il travaillait dans le monde de l'entreprise.

> ALAIN CHARVET : J'ai une formation Sciences Po, et puis ensuite j'ai travaillé dans des entreprises américaines, j'étais dans toutes ces entreprises soit responsable de la promotion, de la formation, et j'organisais des colloques, je travaillais pour des laboratoires pharmaceutiques…

Au début de sa carrière professionnelle, dans les années 1980, Alain Charvet a travaillé dans le secteur de la communication en entreprise et « *fabriquai*[t] *du produit pub* ». Après dix ans de travail salarié, il crée sa propre entreprise et propose une forme de conseil et de coaching auprès de personnes au chômage recherchant des postes de « *commerciaux* ».

> ALAIN CHARVET : J'ai créé ma propre société, et je me suis spécialisé dans le recrutement des commerciaux, donc toujours avec la mentalité commerciale, apprendre aux gens à se présenter comme des offreurs de compétences et non pas des demandeurs d'emploi. On joue sur les mots, mais c'est intéressant. À ce niveau-là, ça m'a permis de faire pas mal de trucs psys.

Durant cette expérience professionnelle, il a été marqué par les « *chômeurs de longue durée* » qui « *avaient complètement perdu confiance en eux* » et qui ne réagissaient pas à ses conseils.

> ALAIN CHARVET : J'avais beau dire : allez-y, foncez ! C'était cassé quoi. C'est ce qui m'a donné envie de me spécialiser dans une psychothérapie, dans une approche thérapeutique concrète. Et ce que j'ai trouvé de plus complet à l'époque, c'était la Gestalt. Et donc, grâce à la Gestalt, j'ai pu mettre en place des stages de formations, de redynamisation pour les chômeurs longue durée, pour qu'ils se présentent de façon, non pas agressive, mais opportuniste. Puis petit à petit, j'ai fait de la formation et du coaching en entreprise. J'ai fait des formations auprès des managers, sur comment manager, etc. Pendant longtemps c'était mon activité ça.

[682] Ces thérapeutes s'inscrivent donc dans ce nouveau groupe professionnel qui, selon Françoise Champion, constitue un véritable analyseur des transformations du champ psychothérapeutique. Françoise Champion, « Les psychothérapeutes ni psychiatres-ni psychologues-ni psychanalyses, analyseurs des mutations du champ psychothérapeutique » dans Françoise Champion (dir.), *Psychothérapie et société*, Paris, Armand Colin, 2008, p. 76-100.

Alain Charvet s'est ainsi formé à l'une des thérapies paradigmatiques de la psychologie humaniste au début des années 1990. On voit ici, en acte, l'articulation entre l'univers de l'entreprise et la psychologie humaniste qui, quelques années plus tard, se métamorphosera en psychologie positive[683]. À la suite de son activité de coach en entreprise, il a mis en place un « *produit* » avec l'ANPE :

> ALAIN CHARVET : Là ça consistait à sélectionner une centaine, deux-cents, ou deux-cent-cinquante candidats inscrits à l'ANPE au métier de la vente, je leur faisais passer des tests. Il y avait donc trois possibilités : soit ils étaient pas bons du tout et on les changeait de ROME[684], et on les mettait dans un autre registre des métiers, soit ils étaient moyennement bons et on leur faisait faire une formation spécialisée, soit ils étaient très bons et on les présentait directement à l'entreprise. Et donc si vous voulez, j'avais un module qui était très marrant, c'est que, au lieu que ce soit le demandeur d'emploi qui se présente en disant : « voilà je m'appelle monsieur machin, je cherche un job » ; c'était le chef d'entreprise qui montait sur scène et il y avait tous les demandeurs d'emploi qui étaient dans l'amphi et puis qui disaient ça m'intéresse, ça m'intéresse pas, etc. Et ensuite, l'après-midi, ils allaient sur les stands se rencontrer. Et là aussi on avait entre 50 et 60 % d'embauche immédiate le jour même, donc ça marchait très bien, jusqu'au jour où l'ANPE a dit je vais le faire moi-même et puis ça s'est écroulé quoi. Et puis c'est petit à petit, donc j'ai avancé dans ce domaine-là. Et puis au fur et à mesure que je m'occupais des gens, je me disais je m'occupe de plus en plus des gens en individuel, c'est comme ça que je suis passé petit à petit en psychothérapie.

Contrairement au mode d'entrée précédemment évoqué, présidant à la spécialisation d'anciennes étudiantes en psychologie ou en psychiatrie qui, lors de stages, rencontrent une catégorie diagnostique qui résonne avec leurs expériences ou leurs intérêts, Alain Charvet s'est progressivement intéressé à la psychothérapie via les mutations du monde de l'entreprise, dont il a été l'un des acteurs[685]. Après sa formation en Gestalt-thérapie au début des années 1990, il a réalisé un Diplôme Universitaire d'addictologie au début des années 2000 et a choisi de réorienter sa carrière professionnelle vers la psychothérapie.

Durant ses premières années de pratique psychothérapeutique, qui font suite à son DU d'addictologie, Alain Charvet travaille principalement avec ce qu'il nomme des « *patients addictés* », qu'il suivait dans le cadre de surconsommation d'alcool, de cannabis et d'autres

---

[683] Cf. chapitre 1. 2.2.2. La prise de consistance du trouble de la personnalité *borderline* en France.

[684] « Le ROME est un référentiel conçu par Pôle emploi et actualisé régulièrement, tenant compte des évolutions du marché du travail. Il présente l'ensemble des métiers regroupés par fiches, organisées par domaines professionnels. Ces fiches proposent une description détaillée des métiers : définition, accès à l'emploi, compétences (savoir-faire, savoir-être professionnels et savoirs), contextes de travail, mobilité professionnelle]. Pôle emploi utilise ce référentiel pour définir précisément les offres et les demandes d'emploi et les rapprocher. » *Le ROME et les fiches métiers |Pôle emploi*, https://www.pole-emploi.fr/employeur/vos-recrutements/le-rome-et-les-fiches-metiers.html, (consulté le 25 septembre 2023).

[685] Ces mutations ont notamment été analysées dans l'ouvrage de Scarlett Salman, *Aux bons soins du capitalisme. Le coaching en entreprise*, Paris, Presses de Sciences Po, 2021.

substances psychoactives. À la suite de ces premières années d'expérience, il a cherché à caractériser les causes communes de la souffrance qu'il percevait chez ces patient·es :

> ALAIN CHARVET : Et donc je me suis aperçu qu'il y avait, chez tous ces gens-là, une forme d'hypersensibilité avec souvent les mêmes causes, en étiopathologie on retrouvait à peu près la même chose quoi. Et j'ai cherché et j'ai trouvé qu'en fait, bien souvent certains étaient diagnostiqués bipolaires, mais s'en était pas des vrais, c'était plutôt des *borderline*.

À la suite de cette découverte du trouble *borderline*, Alain Charvet se forme aux thérapies dédiées au trouble *borderline*. En plus de la Gestalt Thérapie, il mobilise actuellement les TCC dites de troisième génération, en particulier la Thérapie des schémas et l'EMDR. Il propose également, dans la continuité d'une prise en charge psychothérapeutique, un accompagnement sous la forme du coaching, inspiré de ses expériences en tant que consultant durant les années 1980 et 1990. Il est également en lien avec un psychiatre d'un CHU d'une grande ville française. Tous deux s'adressent des patient·es. Lorsqu'Alain Charvet perçoit qu'une personne est trop en difficulté, il l'adresse au psychiatre, tandis que le psychiatre lui adresse des personnes pour lesquelles la prise en charge hospitalière ne lui paraît pas indiquée. On retrouve donc bien ici une alliance entre psychiatrie et psychothérapie, à l'image de l'*HDJ borderline*, où la définition de ce qui relève du mandat lié à une professionnalité psychothérapeutique ou à une professionnalité psychiatrique se construit. Seulement, ici, le psychiatre externalise à un cabinet privé qui, aux vues de son positionnement géographique, à de fortes probabilités d'avoir un coût financier élevé.

Baptiste Dubois, dont j'ai évoqué l'entretien en introduction de cette thèse, est un ancien patient d'Alain Charvet. Ce dernier m'a mis en contact avec lui, car il anime, au moment de mon enquête, des groupes d'entraide pour le trouble *borderline*. Baptiste Dubois a 35 ans et se définit lui-même comme un « *borderline à haut potentiel* » : « *j'ai un QI de 146* », précise-t-il. Cela l'amène à s'identifier comme étant « *hyperémotif* » et « *hyperempathique* ». Initialement, son diagnostic de *borderline* est certainement le fruit de la stratégie professionnelle de son psychothérapeute qui a une grande tendance à percevoir ce trouble chez ses patient·es ; Alain Charvet m'a effectivement expliqué que, selon une « *étude américaine* […] *70 % des patients diagnostiqués bipolaires ne le sont pas* » et sont donc plutôt *borderline*. De son côté, Baptiste Dubois fait partie des rares hommes que j'ai rencontrés et qui s'approprient le diagnostic *borderline*. D'ailleurs, même si durant l'entretien il rend compte de son comportement au prisme de ce trouble, il se distingue néanmoins des *borderline* qu'il présente avant tout comme des jeunes femmes qui veulent tout faire pour plaire, comme

lorsqu'il me présente les personnes qui assisteront à la séance qu'il anime le lendemain de cet entretien :

> BAPTISTE DUBOIS : Donc, demain je sais pas, j'ai pas vu le nom des petites ados… il y a énormément de charme hein, c'est-à-dire qu'il y a pas de mecs pour l'instant, donc on sera certainement les deux seuls mecs.
>
> IG : Il y a jamais de mec ?
>
> BAPTISTE DUBOIS : Si y'en a, mais une fois seulement. On a essayé de repêcher un peu ça avec Alain, en fait les mecs sont les patients d'Alain.

Ainsi, aucun homme ne se rend spontanément au sein de ces groupes d'entraide organisés par Baptiste Dubois, et les rares qui s'y rendent sont envoyés par Alain Charvet. L'appropriation du diagnostic de Baptiste Dubois, même s'il est mis à distance dans son discours (trouble stabilisé, distinction avec des formes graves du trouble, etc.), s'explique donc par certaines rétributions. En effet, cette identification au diagnostic *borderline* lui donne une légitimité à organiser et animer des groupes d'entraide réservés aux personnes *borderline*, et il est actuellement en voie de professionnalisation dans le champ psychothérapeutique après une carrière professionnelle au sein de laquelle il a occupé plusieurs métiers.

Baptiste Dubois fonde la légitimité de sa pratique d'accompagnement dans la scientificité de son approche, ce que j'ai notamment pu voir à la suite de notre entretien lorsque je l'ai accompagné à la Fnac qui se trouvait à côté du café où l'on venait de discuter pendant quatre heures. Il souhaitait s'y rendre pour acheter un livre sur la Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) – une autre représentante des TCC « émotionnelles » et de dernière génération. Arrivé dans ce magasin, il s'oriente directement vers le rayon qui regroupe les ouvrages de psychologie. Face à ce rayon, il remarque les écriteaux « Religion/spiritualité/développement personnel ». Il en rigole tout en disant : « *C'est pas possible d'être classé avec ce genre de trucs, c'est de la science qu'on fait quand même !* » Cette réflexion, qui l'inscrit dans le champ de la médecine des émotions telle qu'elle a été définie plus haut, est d'autant plus intéressante que Baptiste Dubois insère néanmoins des éléments que l'on peut classer du côté du développement personnel dans son arsenal thérapeutique. Ainsi, durant notre entretien il précise par exemple, au détour d'une phrase que

> BAPTISTE DUBOIS : D'ailleurs à partir de septembre je vais commencer à faire un groupe de coaching, de thérapie vraiment, pour faire comprendre que : arrêter de souffrir c'est bien, être heureux c'est mieux. Ça, c'est une notion qu'ils ont pas [les *borderline*].

Il m'explique ensuite la différence entre pratiques psychologiques et pratiques de coaching. Les psychologues travailleraient principalement les symptômes, avec un respect du libre arbitre, dans un nombre de séances illimitées. Ainsi, pour lui, « *Le psy, c'est le prof qui comprend* ». De leur côté, les coachs sont des arbitres et adoptent donc une intervention davantage directive : « *Le coach c'est comme papa, faut que ça fonctionne* », précise-t-il. Ici, le nombre de séances est prévu en amont afin d'atteindre un objectif.

À travers le discours de Baptiste Dubois, se donne également à voir un mécanisme de distinction et de positionnement dans l'offre plurielle et nébuleuse de santé mentale et de bien-être, où la légitimité provient d'une pratique reconnue comme scientifique et qui se différencie de la religion et de la spiritualité, et donc d'un risque de dérive sectaire. Il se dessine ici tout l'intérêt qu'il y aurait à penser les enjeux de légitimité et d'illégitimité au sein de la culture psychologique, et de penser sa production et ses usages dans le cadre d'une sociologie de la consommation et de la réception culturelle[686].

Deux principaux modes d'entrée dans la médecine des émotions, et donc dans la spécialisation concernant le trouble *borderline*, émergent. Dans une première forme, ce sont des actrices du champ psychologique, et parfois psychiatrique, qui se spécialisent à la suite de la découverte du diagnostic. Cette spécialisation semble alors reposer sur un malaise, qui ferait écho à leur propre position de genre, face à la stigmatisation du trouble *borderline* au sein des services de soins, le construisant dès lors comme un défi thérapeutique intéressant à relever. Dans la seconde forme, semble s'opérer une conversion des socialisations professionnelles, d'une activité de conseil dans le milieu de l'entreprise ou du chômage, à une activité de psychothérapie-coaching[687]. Ces deux modes d'entrées dans une pratique psychothérapeutique qui mobilise les mêmes outils s'articulent également avec des rapports différents aux institutions publiques et au service public. Tandis que les premières réalisent des activités professionnelles dans des services hospitaliers et tiennent des discours de défense des services publics, qui devraient être réformés, les seconds les mettent globalement à distance au profit d'une pratique libérale.

---

[686] Bernard Lahire, « Entre sociologie de la consommation culturelle et sociologie de la réception culturelle », *Idees economiques et sociales*, 2009, N° 155, nº 1, p. 6-11 ; Cette approche a été adoptée par Marlène Bouvet dans sa thèse: M. Bouvet, *Réenchanter les déprimé.es. Une sociologie de la thérapie en clinique privée*, *op. cit.*

[687] Cette forme de reconversion professionnelle est documentée dans la thèse de Ludivine Le Gros : Ludivine Le Gros, *Bifurquer sans trop changer. Les reconversions professionnelles volontaires parmi les élites managériales au prisme de la socialisation*, Thèse de doctorat, Hesam université - CNAM, Paris, 2024.

3.2. Une valorisation de l'expérience de souffrance

Deux logiques se dessinent au sein des trajectoires de spécialisation des thérapeutes que j'ai rencontré·es au cours de mon enquête. Ces premiers éléments de résultats ont vocation à être étayés et affinés. Ils montrent néanmoins que la compréhension des trajectoires de spécialisation nécessite une enquête qui contextualise et identifie les différentes positions et prises de position, qui correspondent ici soit à un discours libéral, soit à une volonté de réformer les soins hospitaliers afin d'offrir un espace propice de prise en charge pour les personnes dites *borderline*. Un point commun de ces processus peut néanmoins être souligné : l'importance donnée à la dimension expérientielle dans la définition et la prise en charge de ce trouble. Ces professionnel·les valorisent en ce sens l'expérience de la souffrance, dans le double sens du terme. Ils et elles opèrent une valorisation économique et professionnelle de la souffrance et ils et elles donnent une valeur, c'est-à-dire une légitimité et une validité, à l'expérience de souffrance des patientes.

3.2.1. La validation de l'expérience de souffrance

La validation, principe central de la Thérapie comportementale dialectique (TCD), correspond effectivement à la reconnaissance de la véracité et de la légitimité de la souffrance expérimentée par les patientes, et ce contrairement aux services de psychiatrie dont on a vu un exemple avec les urgences psychiatriques ethnographiées. Les thérapeutes spécialistes du trouble *borderline* présentent leur pratique professionnelle comme permettant (enfin) à des personnes de trouver de l'aide et la reconnaissance de leur souffrance, là où les dispositifs classiques de psychiatrie et de santé mentale les excluent et ne les reconnaissent pas. Ce point est notamment exemplifié par Pierre Nantas, président de l'association AFORPEL. Cette association a pour objectif premier de faire reconnaître le trouble *borderline* comme une maladie à part entière. Ce dernier m'explique comme on l'a vu dans un premier temps, l'association s'était concentrée sur les professionnel·les, en organisant des colloques et en proposant des formations. Cependant, me dit-il, cette stratégie s'est avérée peu concluante, et au début des années 2010, un changement d'orientation s'est opéré vers la sensibilisation et la formation du public[688]. Cette forme de pratique psychothérapeutique, qui peut dans certains cas s'articuler au coaching, constitue ainsi une proposition de sens et de solution pratique à des

[688] Cf. Introduction générale. Des intérêts professionnels.

expériences de souffrance habituellement stigmatisées et marginalisées[689]. En retour, cette proposition de sens permet à des professionnel·les de la santé mentale de trouver leur place et donc de fonder leur activité professionnelle.

3.2.2. L'expérience comme instance de légitimation

Cette pratique psychothérapeutique, fondée sur la reconnaissance et la validation de l'expérience, permet d'ailleurs aux psychothérapeutes de se distinguer des psychiatres qui auraient une pratique clinique trop asymétrique, sans reconnaissance de la demande des patientes, notamment en termes de demande diagnostique.

> PIERRE NANTAS : Quand j'ai des patientes qui vont voir des psychiatres en disant : « je viens vous voir parce qu'il y a une suspicion de borderline », le psychiatre lui dit : « attendez, qui c'est le patron ici ? ». Et puis il aligne le truc et il leur dit : « vous êtes bipolaire, et puis vous allez prendre tel médicament, tel médicament », et puis voilà.

Ce point se retrouve dans les échanges qui ont lieu lors des séances de psychothérapie de l'*HDJ borderline* :

> AMELIE ROUX [patiente] : « moi, j'ai fait mon diagnostic contre mon psychiatre… parce qu'il ne veut pas me mettre dans une case »
>
> ANNE-LISE SIMON [psychologue] : « Beaucoup de psychiatres ne veulent pas mettre dans une case alors qu'ils savent »
>
> Amélie Roux acquiesce et dit que c'est quand même nécessaire pour que ça aille mieux, que le fait de faire ce diagnostic lui a permis de comprendre puis d'aller mieux.
>
> CHLOE GIRAUDON [patiente] : « J'ai l'impression que pour les psys, les borderline c'est compliqué…. J'ai l'impression que les borderline, on est mis de côté »
>
> ALINE MOREL [patiente] : « j'ai l'impression que c'est une sous-maladie… Quand j'ai dit à mon psy que j'ai été diagnostiquée *borderline*, il m'a dit : vous savez, on y met un peu tout dans ce diagnostic »[690].

Cette thérapeutique émotionnelle spécialisée dans le trouble *borderline* répond ainsi à une attente de diagnostic qui, parfois, doit être réalisé contre les psychiatres. Elle répond donc à une demande de reconnaissance de l'expérience des patientes. Pour celles qui ont accès à l'*HDJ borderline*, mais aussi à des cabinets privés, ces espaces leur offrent une prise en charge où elles se retrouvent enfin reconnues, à l'inverse des urgences psychiatriques, des unités

[689] Oliver Bonnington et Diana Rose, « Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: A critical realist analysis », *Social Science and Medicine*, 2014, vol. 123, p. 7-17.
[690] Journal de terrain, *HDJ borderline*, 5 mai 2021.

d'hospitalisations. Il apparaît cependant que tout le monde n'accède pas facilement à l'étage de l'Hôpital Des Vignes où se situe l'*HDJ borderline* ; *a fortiori,* les barrières financières des cabinets en libéral filtrent, de manière davantage explicite, leur accès. Le prochain chapitre visera à saisir les mécanismes de sélection et de différenciation sociales à l'œuvre dans cet espace thérapeutique, en se focalisant sur le fonctionnement de l'*HDJ borderline* ; mécanismes qui participent à construire la population *borderline* telle qu'elle se donne à voir dans les espaces de soins spécialisés. Se pose alors la question suivante : quelles sont les expériences véritablement reconnues dans ces espaces et quelles significations sociales y sont alors investies et associées ?

Conclusion. Un territoire psychologique vitrine de l'arrangement des professionnalités du champ de la santé mentale

Le trouble *borderline* s'inscrit dans une extension des problématiques de santé mentale et met en tension la juridiction psychiatrique qui ne parvient pas à se saisir de ce diagnostic, ce qui engendre des formes de stigmatisation. De ce fait, un mécanisme d'externalisation émerge et est impulsé par la psychiatrie vers un territoire psychologique où la médecine des émotions occupe une place centrale, et où se déploie une thérapeutique émotionnelle spécialisée dans le trouble *borderline*. Celle-ci participe des dynamiques de biomédicalisation de la santé mentale qui se couple à une logique de marché, où le bien-être et la santé se rejoignent. L'émergence de ce territoire psychologique s'accompagne de nouvelles professionnalités, et des formes de spécialisations spécifiques à au traitement du trouble *borderline*. Celles-ci sont plurielles et reflètent une pratique psychothérapeutique hétérogène et bricolée qui associe des éléments psychothérapeutiques, des dispositifs techniques de matérialisation de la psyché, de spiritualité et de développement personnel.

Cette professionnalité psychothérapeutique s'inscrit pleinement dans un modèle biomédical et dans une forme d'alliance avec la professionnalité psychiatrique, contrairement à ce que certains travaux ont pu soutenir[691]. Se donne ainsi à voir un certain arrangement des professionnalités du champ de la santé mentale qui se concrétise par une division du travail qui contribue à la construction des différenciations entre les catégories diagnostiques : les troubles mentaux jugés graves relèvent de la professionnalité psychiatrique tandis que les troubles de la personnalité, et en particulier le trouble *borderline*, relèvent quant à eux de la professionnalité psychothérapeutique. Tandis que la professionnalité psychiatrique est caractérisée par des

[691] S.H. Sulzer, G. Jackson et A. Yang, « Borderline Personality Disorder and the Biomedical Mismatch », art cit.

activités qui constituent le « cœur de métier » actuel de la pratique psychiatrique, en termes de gestion de l'hospitalisation et de prescription de médicaments[692], la professionnalité psychothérapeutique articule des éléments de développement personnel et des éléments psychothérapeutiques. Apparaissent ici des luttes au sein du champ psychothérapeutique, que l'on peut considérer comme étant un sous-champ du champ plus global de la santé mentale et du bien-être. Des dynamiques de distinction se déploient ainsi au sein de l'offre plurielle en santé mentale, où le registre de la preuve scientifique permet de distinguer les thérapeutes éthiques des thérapeutes perçus comme des « *charlatans* » ou peu recommandables. Néanmoins, ces luttes ne se réduisent pas à la question de la qualité et de la fiabilité d'une offre de soins, mais elles sont également visibles entre des thérapeutes et des lieux de prise en charge reconnus institutionnellement[693].

Suivant ces lignes de tensions, entre psychologie et développement personnel/coaching, deux logiques de spécialisation dans le trouble *borderline* semblent se dessiner. Ces logiques ont été reconstruites, dans ce chapitre, à partir d'un très faible nombre de professionnel·les, et leur caractérisation gagnerait à être approfondie par une enquête complémentaire sur les trajectoires et les socialisations des professionnel·les. Cependant, les entretiens réalisés permettent de proposer des prémisses à cette analyse : entre un mode d'entrée par les voies institutionnelles qui résonne avec un positionnement social et des trajectoires biographiques du côté des professionnelles diplômées en psychologie et psychiatrie, et un mode d'entrée par la reconversion professionnelle où des thérapeutes se spécialisent dans le trouble *borderline* à partir d'une pratique qui est d'emblée en libéral. Ces reconversions professionnelles mettent en lumière l'intrication entre les logiques néo-managériales ainsi que le coaching d'entreprise et le champ psychothérapeutique. Au-delà de ces trajectoires de spécialisation différenciées apparaît une même valorisation de l'expérience individuelle de la souffrance qui constitue un des principaux vecteurs de l'existence sociale de ce diagnostic. Le chapitre suivant explorera la manière dont les pratiques et les regards professionnels, au sein de l'*HDJ borderline*, sélectionnent certaines expériences et participent de leur mise en forme et de leur mise en sens sous le vocable du trouble de la personnalité *borderline*.

---

[692] J. Legrand, *L'incertitude psychiatrique. Une sociologie de la prescription de psychotropes en psychiatrie publique*, *op. cit.*, p. 70.

[693] Au vu du nombre particulièrement réduit des spécialistes du trouble *borderline*, je n'ai pas pu développer ce point dans ce chapitre, autrement qu'en l'évoquant succinctement (notamment lorsque les psychologues de l'*HDJ borderline* me demandent si je connais « la concurrence » ou quand Agathe Ducos évoque les coachs en développement personnel) car cela aurait alors pu compromettre l'anonymisation promise durant l'enquête.

INTERLUDE I. LE LANGAGE DE LA THERAPIE DES SCHEMAS ET DES MODES

Dans la thérapie des schémas, 18 schémas dits « précoces » et « inadaptés » sont identifiés et se répartissent en cinq domaines : « séparation et rejet », « manque d'autonomie et de performance », « manque de limite », « orientation vers les autres », « sur-vigilance et inhibition ». Face à la difficulté que présentait la prise en charge des personnes dites *borderline,* Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko et Marjorie E. Weishaar ont ajouté l'approche en termes de modes. Dix modes sont identifiés par cette thérapie et sont classés selon quatre types : « les modes de l'enfant », « les modes des styles adaptatifs dysfonctionnels », « les modes du parent dysfonctionnel », et « le mode de l'adulte sain » ; ce dernier mode constitue l'objectif de cette thérapie. Je propose ici deux tableaux de synthèse, ainsi que des citations du manuel de Thérapie des schémas à destination des professionnel·les afin de décrire ce langage spécifique ; cela permettra de faciliter la lecture des chapitres suivants.

Tableaux des schémas et des modes

Tableau n° 2 : Liste des schémas précoces inadaptés

Schémas précoces inadaptés	
Domaine I : Séparation et rejet	*Domaine III : manque de limite*
Abandon/Instabilité	Droits personnels exagérés/grandeur
Méfiance/abus	Contrôle de soi/autodiscipline insuffisants
Manque affectif	*Domaine IV : orientation vers les autres*
Imperfection/honte	Assujettissement
Isolement social	Abnégation
Domaine II : manque d'autonomie et de performance	Recherche d'approbation et de reconnaissance
Dépendance/Incompétence	*Domaine V : sur-vigilance et inhibition*
Peur du danger ou de la maladie	Négativité/pessimisme
Fusionnement/personnalité atrophiée	Surcontrôle émotionnel
Échec	Idéaux exigeants/critique excessive
	Punition

À partir de Jeffrey Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar, 2005, *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité*, trad. Bernard Pascal, préface de Jean Cottraux, Éditions De Boeck Université, Bruxelles, Chapitre 1.

Tableau n° 3 : Listes des modes

Modes de schémas	
Les modes de l'enfant	*Les modes du parent dysfonctionnel*
L'enfant vulnérable	Le parent punitif
L'enfant coléreux	Le parent exigeant
L'enfant impulsif/indiscipliné	*Le mode de l'adulte sain* **[objectif de la thérapie]**
L'enfant heureux	
Les modes des styles adaptatifs dysfonctionnels	
Le soumis obéissant	
Le protecteur détaché	
Le compensateur	

À partir de Jeffrey Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar, 2005, *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité*, trad. Bernard Pascal, préface de Jean Cottraux, Éditions De Boeck Université, Bruxelles, Chapitre 1.

Description des schémas selon la Thérapie des schémas

L'ensemble des citations retranscrites ci-après proviennent de la section intittulée « Les domaines de schémas et les schémas précoces inadapté » du manuel de la Thérapie des schémas[694].

Les schémas du domaine I « séparation et rejet » :

> « a*) Schéma d'abandon/instabilité*. C'est la perception du manque de stabilité ou de fiabilité dans le lien relationnel qui existe entre le sujet et les personnes importantes de son entourage. Ce schéma s'accompagne du sentiment que ces personnes importantes ne continueront pas à donner appui, lien relationnel, force ou protection parce qu'elles sont émotionnellement instable et changeante (par exemple, elles ont des accès de colère), peu fiables ou ne sont pas toujours présentes ; parce qu'elles mourront bientôt ou qu'elles abandonneront le patient pour quelqu'un de « mieux » que lui.
>
> *b) Schéma de méfiance/abus*. Le patient s'attend à ce que les autres le fassent souffrir, le maltraitent, l'humilient, lui mentent, trichent et profitent de lui. En général, la souffrance infligée est perçue comme intentionnelle ou résultant d'une négligence extrême et injustifiable. Ceci peut aussi inclure le sentiment d'être constamment défavorisé par rapport aux autres ou de toujours "tirer la courte paille".
>
> *c) Schéma de manque affectif*. Le patient a la certitude que les autres ne lui donneront pas le soutien affectif dont il a besoin. On distingue trois catégories principales : 1. *manque d'apports affectifs* : absence d'attention, d'affection, de chaleur ou d'une présence amicale ; 2. *Manque d'empathie* : absence de quelqu'un de compréhensif qui

[694] J.E. Young et al., *La thérapie des schémas*, *op. cit.*, p. 37-43.

écoute, avec qui on puisse parler de soi-même ou échanger des sentiments ; 3. *Manque de protection* : absence de quelqu'un de fort qui guide et conseille.

d) Schéma d'imperfection/honte. Le patient se juge imparfait, mauvais, inférieur ou incapable ; en faire la révélation entraînerait la perte de l'affection des autres. Ceci peut inclure l'hypersensibilité aux critiques, au rejet et aux réprimandes. Il peut exister une gêne à se comparer aux autres et un manque de confiance en soi. Le patient peut ressentir la honte des imperfections perçues, qui peuvent être interne (par exemple : égoïsme, colère, désirs sexuels inacceptables) ou externes (par exemple : défaut physique, gêne sociale).

e) *Schéma d'isolement social.* C'est le sentiment d'être isolé, coupé du reste du monde, différent des autres et/ou de ne pas faire partie d'aucun groupe ou communauté en dehors de la famille. »

Les schémas du domaine II « manque d'autonomie et de performance » :

« a) *Dépendance/Incompétence.* Ces patients se croient incapables de faire face aux responsabilités journa– lières sans l'aide des autres (par exemple : gérer son argent, résoudre les problèmes de tous les jours, faire preuve de bon sens, aborder de nouvelles tâches, prendre des décisions). Ils disent souvent : "je suis incapable de…". Ce schéma se manifeste souvent par une passivité ou un manque d'initiative envahissants

b) Peur du danger ou de la maladie. C'est la peur exagérée d'une catastrophe qui peut survenir à tout moment et à laquelle on ne pourra pas faire face. Ces craintes portent sur une des catastrophes suivantes : santé : crise cardiaque, sida ; émotions : par exemple perdre la raison, perdre le contrôle ; catastrophe naturelle ou phobie : ascenseurs, crimes, avions, tremblement de terre.

c) Fusionnement/Personnalité Atrophiée. Il s'agit d'un attachement émotionnel excessif à une ou plusieurs personnes, souvent les parents, au détriment d'une adaptation sociale normale et d'une individualisation accomplie. C'est très souvent la croyance qu'au moins l'un des individus liés ne peut pas survivre à l'autre ou ne peut être heureux sans l'autre. Le patient peut avoir le sentiment d'être étouffé par les autres, de faire fusion avec eux, ou bien il doute de lui-même et de sa propre identité. Il a le sentiment d'être vide, sans but ; ou, dans des cas extrêmes, il se questionne sur sa propre existence.

d) Échec. Ce schéma correspond à la croyance selon laquelle on a échoué, on échouera inévitablement, on est incapable de réussir aussi bien que les autres (études, carrière, sports, etc.). Souvent, le patient se juge stupide, inapte, sans talent, ignorant, inférieur aux autres, etc. »

Les schémas du domaine III « Manque de limites » :

« *a) Droits Personnels Exagérés/Grandeur*. Ce schéma correspond à l'affirmation que l'on est supérieur aux autres, et que l'on a, de ce fait, des droits spéciaux et des privilèges. Les patients qui ont ce schéma ne se sentent pas liés par les règles de réciprocité qui guident les relations sociales normales. Ils estiment qu'ils doivent pouvoir faire ou obtenir exactement ce qu'ils veulent, sans considérer ce qu'il en coûte autres ; ou bien ils ont une tendance excessive à affirmer leur force ou leu point de vue et à contrôler les autres à leur propre avantage. Ils sont préoccupés de façon excessive par leur supériorité (succès, célébrité, valeur) dans le but de parvenir au pouvoir (et

non pas dans le but primordial de recher cher l'approbation ou l'attention). Ils sont particulièrement exigeants, dominateurs, et ils manquent d'empathie.

b) Contrôle de Soi/Autodiscipline Insuffisants. Le problème central est l'incapacité ou le refus d'un autocontrôle suffisant, ainsi que l'incapacité ou le refus de la frustration dans l'accomplissement des objectifs personnels. Le patient ne peut supporter d'être frustré dans ses désirs et il est incapable de modérer l'expression de ses émotions et impulsions. Dans la forme atténuée de ce schéma, le patient essaie à tout prix d'éviter ce qui lui est pénible : il évite la souffrance, les conflits, les confrontations, les responsabilités, les efforts personnels trop importants en matière d'engagements, d'intégrité et d'accomplissement personnel. »

Les schémas du domaine IV « orientation vers les autres » :

« *a) Assujettissement*. Le schéma d'assujettissement correspond à une soumission excessive au contrôle des autres, parce qu'on se sent forcé d'agir ainsi, en général pour éviter colère, représailles ou abandon. Il existe deux formes majeures : 1. l'assujettissement des besoins ; suppression de ses propres désirs et préférences ; 2. l'assujettissement des émotions : suppression de ses propres réponses émotionnelles, particulièrement la colère. Selon ce schéma, les émotions et les besoins du sujet sont perçues comme n'ayant aucune valeur ni aucune importance. Le schéma se manifeste sou-vent par une docilité excessive et par un empressement à faire plaisir, mais le patient présente une hypersensibilité aux situations dans lesquelles il ressent qu'il se << fait avoir ». Il existe presque toujours une colère refou-le, provoquant des symptômes tels qu'un comportement passif/agressif, des explosions de colère non contrôlées, des symptômes psychosomatiques ou un retrait affectif.

b) Abnégation. Les patients qui ont un schéma d'abnégation ont le souci de combler les besoins des autres au détriment des leurs. Ils agissent ainsi dans le but d'épar– gner aux autres de la douleur, d'éviter de se sentir coupables d'égoïsme, d'augmenter leur estime de soi ou de maintenir un lien affectif avec une personne qu'ils perçoivent comme nécessiteuse. Ce schéma résulte souvent d'une hypersensibilité aux souffrances des autres. Le patient peut éprouver le sentiment que ses propres besoins ne sont jamais satisfaits et développer un ressentiment envers ceux dont il s'occupe. (Ce schéma recouvre le concept de codépendance.)

c) Recherche d'Approbation et de Reconnaissance. Le problème central est un besoin excessif de l'attention, de l'estime et de l'approbation des autres, au détriment du développement d'une personnalité forte et authentique. Chez ces patients, l'estime de soi est formée à partir des réactions des autres et non à partir d'opinions et de valeurs personnelles. Le patient accorde souvent une importance exagérée au style de vie, aux apparences, à l'argent, à la concurrence ou à la réussite – être le meilleur, le plus populaire – afin d'obtenir attention, admiration ou approbation (ceci sans l'intention initiale de prendre le pouvoir ou le contrôle). Fréquemment, le sujet finira par faire des choix de vie qui ne lui apporteront pas de satisfaction. Ces patients sont hypersensibles au rejet, ou envieux de ceux qui ont mieux réussi qu'eux. »

Les schémas du domaine V « sur-vigilance et inhibition » :

« *a) Négativité/Pessimisme*. Ce schéma envahissant est centré sur les aspects négatifs de la vie (par exemple, la douleur, la mort, la perte, la déception, le conflit, la trahison, la culpabilité, le ressentiment, les problèmes non résolus, les erreurs possibles) et il en

minimise les aspects positifs. Il implique généralement l'attente exa- gérée que, dans des contextes divers (travail, situation financière, relations interpersonnelles), tout pourrait tourner au pire. Ces patients ont une peur exagérée de commettre des erreurs et ils en craignent les conséquences : ruine, humiliation, perte, situation désagréable. Comme ils amplifient les événements potentiellement négatifs, ces patients sont fréquemment sou– cieux, anxieux, pessimistes, mécontents et indécis.

b) Surcontrôle Émotionnel

Ces patients exercent un contrôle excessif sur leurs réactions spontanées (actions, sentiments, paroles), leur but étant d'éviter la perte du contrôle de leurs impulsions ou la désapprobation d'autrui. Les secteurs les plus concernés par ce surcontrôle sont : l'inhibition de la colère et de l'agressivité ; le contrôle des impulsions positives (la joie, les sentiments affectifs, l'excitation sexuelle, l'amusement) ; la difficulté à reconnaître ses propres faiblesses ou à exprimer facilement ses propres sentiments ou besoins ; l'importance excessive accordée à la raison par rapport aux émotions. Ces patients sont souvent ennuyeux, stricts, distants, froids.

c) Idéaux Exigeants/Critique Excessive. Ce schéma implique la conviction que l'on doit s'efforcer d'atteindre et de maintenir un niveau de perfection très élevé, habituellement dans le but d'éviter la désapprobation ou la honte. Cette exigence amène à une tension constante et à une critique permanente de soi-même et des autres. Le patient souffre d'altérations importantes dans les secteurs de la santé, de l'estime de soi, des relations interpersonnelles, du plaisir et de la détente. Ce schéma se manifeste typiquement par : du *perfectionnisme* : le sujet a besoin de "bien" faire les choses, attache une importance excessive aux détails et sous-estime son niveau de performance personnel ; des *règles rigides* : il faut faire son devoir. Ces règles s'appliquent dans de nombreux domaines de la vie : la morale, la culture, la religion ; une *préoccupation constante du temps et de l'efficacité* : il faut toujours faire plus et mieux.

d) Punition. Le sujet a tendance à se montrer intolérant, très critique, impatient et à "punir" les autres et lui-même s'ils n'atteignent pas le niveau de perfection qu'il exige. Il lui est difficile de pardonner les erreurs ou les imperfections – chez lui-même ou chez les autres, parce qu'il est incapable de prendre en compte les circonstances atténuantes, qu'il manque d'empathie et de flexibilité ou qu'il est incapable d'admettre un autre point de vue. »

Description des modes selon la Thérapie des schémas

L'ensemble des citations restranscrites ci-après proviennent de la section « Les 10 modes de schémas » du même manuel[695].

Les modes de l'enfant :

« *L'Enfant Vulnérable* : […] c'est l'Enfant Abandonné, l'Enfant Abusé, l'Enfant Privé d'Affection ou l'Enfant rejeté.

[695] *Ibid.*, p. 69-71.

> *L'Enfant Coléreux* : C'est la partie qui est furieuse parce que ses besoins émotionnels (ou physiques) de base ne sont pas satisfaits et qui agit de façon coléreuse sans se préoccuper des conséquences.
>
> *L'Enfant Impulsif/Indiscipliné* : Il exprime ses émotions et agit selon ses désirs, en suivant sa tendance naturelle du moment, sans se soucier des conséquences pour lui-même ou pour les autres.
>
> *L'Enfant Heureux* : C'est celui dont les besoins affectifs fondamentaux ont été comblés. »

Les modes des Styles Adaptatifs Dysfonctionnels :

> « *Le Soumis Obéissant* : il se soumet au schéma, tenant le rôle de l'enfant passif, impuissant, qui doit se soumettre aux autres.
>
> *Le Protecteur Détaché* : Il se met psychologiquement en retrait par rapport à la douleur que provoque le schéma. Il se détache de ses émotions ; il s'adonne de façon excessive à des activités qui l'apaisent ou le stimulent (abus de drogue, auto-excitation) ; il évite les autres, et, de façon générale, il pratique diverses formes d'évitement.
>
> *Le Compensateur* : Il se bat contre son schéma comme pour prouver le contraire, soit en maltraitant les autres, soit en se comportant d'une façon extrême, mais d'une façon qui s'avère en définitive très inadaptée. »

Les modes du parent dysfonctionnel se déclinent en deux types :

> « *Le Parent Punitif* : Il punit un des modes d'Enfant qui a été "Vilain".
>
> *Le Parent Exigeant* : Ce mode pressure et punit en permanence l'Enfant pour que celui-ci se hausse à des normes excessivement élevées. »

Le mode de l'adulte sain :

> Enfin, le manuel de thérapie des schémas conceptualise « le mode de l'Adulte Sain » qu'il s'agit de « renforcer au cours de la thérapie, en apprenant au patient à modérer, à soutenir ou à guérir les autres modes ».

CHAPITRE 4. QUI SONT LES BORDERLINE ? La construction du diagnostic en pratique

L'existence sociale du trouble de la personnalité *borderline* a des conditions historiques et sociales de possibilité. La diffusion du diagnostic dans les services de psychiatrie et au sein des cabinets de psychothérapie a été rendue possible par les reconfigurations du champ de la santé mentale. En France, le diagnostic devient ainsi véritablement disponible pour les pratiques professionnelles dans le courant des années 2000. Ces reconfigurations ont ainsi ouvert un nouvel espace professionnel au sein duquel se développe une professionnalité psychothérapeutique dont l'objet est avant tout les troubles des émotions ; espace qui trouve alors son cœur de métier dans la prise en charge des troubles de la personnalité, et notamment du trouble de la personnalité *borderline*. Comment cette professionnalité psychothérapeutique participe-t-elle à construire le trouble de la personnalité *borderline* ? Autrement dit, quelles sont les situations sélectionnées par les spécialistes qui sont façonnées sous le vocable du trouble de la personnalité *borderline* ? Ces situations sont-elles similaires à celles des personnes qui réceptionnent le trouble *borderline* rencontrées lors du second volet de mon enquête (entretiens biographiques suite à un recrutement par appel à participation) ? En répondant à ce questionnement, ce chapitre approfondit l'analyse des processus de construction sociale du trouble de la personnalité *borderline* par les producteurs et productrices de la culture psychologique que sont les spécialistes du trouble *borderline*[696].

Il s'agira de centrer dans un premier temps la focale sur l'espace spécialisé que constitue l'*HDJ borderline*, au sein duquel j'ai réalisé des observations ethnographiques de septembre 2020 à juillet 2021[697]. Lors de mon premier jour d'observation dans cet hôpital de jour, je pose une question sur le positionnement social des personnes qui y sont prises en charge à Julie Blanc, l'une des psychologues. Cette question[698], qui portait sur les effets de la structure hiérarchisée des rapports sociaux de classe, a immédiatement été traduite par la psychologue comme relevant du « *niveau intellectuel* » et du type de pathologie. Elle y répond effectivement en évoquant le service « *tout venant* » qui est situé à l'étage inférieur et où, selon elle, se

[696] Voir l'introduction où est précisé le cadrage théorique et épistémologique de la thèse. Ce cadrage consiste à interroger l'existence sociale du diagnostic, pensé comme une production culturelle, à partir d'une approche à la fois constructiviste (construction sociale de la catégorie) et réaliste (production sociale de la souffrance catégorisée) et qui suppose l'imbrication et la relation permanente de ces deux dimensions.

[697] Cf. Introduction générale. Une enquête dans trois espaces.

[698] La formulation de la question était la suivante : « En termes socio-démographiques, c'est quel type de personnes qui sont prises en charge ici ? ». J'ai choisi l'expression « socio-démographique » plutôt que celle de « positionnement social » car la première est mobilisée dans les recherches médicales et psychologiques et revêt une signification *a priori* plus claire pour les psychologues de l'*HDJ borderline*.

trouvent principalement des « *psychoses* » ainsi que quelques personnes *borderline* avec « *peu de niveau intellectuel* ». Elle conclut sa réponse en disant que « *ceux-là ne viennent jamais ici* »[699]. Cette phrase cristallise les principaux aspects de la sélection qui s'opère au sein de cet hôpital de jour. Elle laisse également entrapercevoir les dimensions symboliques de l'organisation du pôle psychiatrique de l'Hôpital des Vignes : le service d'en bas, « *tout venant* », regroupe des personnes qui ont un faible « *niveau intellectuel* » et qui souffrent de pathologies ne justifiant pas de monter à l'étage, et qui ne sont donc jamais admises au sein d'un hôpital de jour spécialisé dans un diagnostic précis[700].

Après avoir décrit les processus de sélection et le travail diagnostique à l'hôpital de jour (I.), il s'agira d'interroger le rôle des attentes professionnelles dans la construction de la population qui se retrouve concrètement prise en charge dans ce lieu de soin (II.). Cette caractérisation de la population de l'*HDJ borderline* servira de base à la cartographie des personnes catégorisées *borderline* rencontrées durant mon enquête. Cette cartographie permettra de montrer le paysage dans lequel s'inscrivent ces personnes, tout en contextualisant l'usage de la comparaison entre mes différents matériaux dans la suite de cette thèse (III.).

I. Sélection et travail diagnostique à l'*HDJ borderline*

Comment est constituée la file active de l'*HDJ borderline* ? D'où viennent les personnes prises en charge dans ce lieu de soin ? Et toutes les personnes prises en charge dans cet hôpital de jour relèvent-elles réellement aux yeux des professionnel·les du trouble *borderline* ? Déplier ces questions permet de décrire les matériaux sur lesquels reposent les analyses ultérieures, d'éclairer le travail diagnostique qui s'opère dans cet hôpital de jour et de poser les premières pierres de l'analyse de la construction du diagnostic par les regards et les pratiques quotidiennes des professionnel·les de l'*HDJ borderline*, qui sera approfondie dans les sections suivantes.

1.1. Sélection et écriture des dossiers

En mai 2021, après huit mois de présence régulière dans l'hôpital de jour, Julie Blanc me propose de consulter des dossiers de patientes[701] et de les imprimer. Elle ne souhaitait pas me les envoyer par mail, ou me les transmettre par clé USB afin de respecter le secret médical.

[699] Journal de terrain, 28 septembre 2020.
[700] Cela rejoint la description de l'hôpital de Ridgehaven étudié par Robert Barrett, et évoqué dans le chapitre précédent. Robert Barrett, *La Traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en Rond, 1999.
[701] Comme je le préciserai ensuite, quelques patients hommes sont également pris en charge dans l'*HDJ borderline*, mais dans un souci de clarté d'écriture, je fais le choix d'un accord de majorité qui, ici, est le féminin.

Durant deux matinées, j'ai donc imprimé et anonymisé manuellement ces dossiers. J'ai ainsi recueilli 58 dossiers. Ces derniers sont majoritairement constitués de « *bilans et comptes-rendus d'examens de personnalité* » (n=54) auxquels s'ajoutent deux « *comptes-rendus de consultation* » et deux « *résumés de prise en charge* ». L'analyse de ces dossiers permet tout d'abord de saisir la manière dont un regard professionnel principalement orienté par une optique psychométrique participe à construire le trouble *borderline*, et comment ce dernier a évolué sur près d'une décennie. À partir de ces premières précisions, je me focaliserai sur la manière dont la psychologue rédige les conclusions des dossiers. Cela permettra de mettre en lumière les variations dans le diagnostic, à travers le jeu d'écriture psychologique que ces dossiers donnent à voir.

1.1.1. L'évolution de la composition des dossiers

Les dates des dossiers que j'ai recueillis s'étalent entre 2009 et 2021. Julie Blanc ne m'a cependant pas transmis l'ensemble des dossiers qu'elle a rédigés durant cette période. Une opération de sélection a effectivement eu lieu, comme le souligne cet extrait de journal de terrain.

> J'accompagne Julie Blanc dans le bureau des psychologues. Elle me propose d'imprimer les bilans de personnalité. Elle crée un dossier sur son ordinateur où elle met les fichiers contenant les bilans de personnalité qu'elle sait être *borderline*. Je lui demande si certaines personnes ne sont pas *borderline* et sont quand même venues à l'HDJ. « Oui, il peut y avoir plusieurs traits, des comorbidités… », me répond-elle. En sélectionnant les dossiers, elle me pose alors la question : « Tu veux toutes les personnes passées par l'HDJ ou juste les *borderline* ? ». Je lui réponds que ça m'intéresserait d'avoir tout, mais qu'elle est bien sûr libre de faire comme elle le sent. Elle regarde son écran, et me dit : « ouais, il y en a qui seront histrioniques… Des fois je reste vague, c'est pas le rôle de la psychologue de poser le diagnostic »[702].

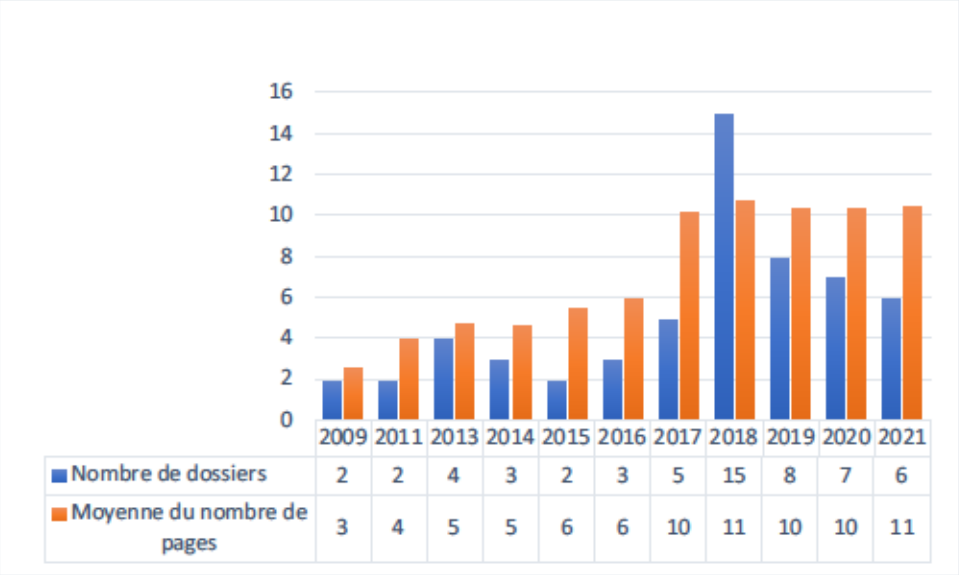
Lorsque Julie Blanc m'a demandé si l'ensemble des dossiers m'intéressait, elle avait déjà commencé à les sélectionner et je n'ai eu accès qu'à ceux qu'elle considérait comme relevant du trouble *borderline*, avec quelques-uns qui relèveraient du trouble histrionique ou qu'elle situe dans un certain flou diagnostique. Ce flou est cependant toujours relativement proche du trouble *borderline*. En effet, Julie Blanc ne m'a pas transmis le dossier de Pauline Schmitt, une patiente qui comme on le verra ne sera finalement pas catégorisée *borderline* par l'équipe de l'hôpital de jour, contrairement aux dossiers de certaines patientes prises en charge dans la même session. Il convient donc de garder à l'esprit que les dossiers sur lesquels j'ai pu travailler ont fait l'objet d'une sélection en amont. Cela n'enlève cependant rien de leur intérêt, et montre

[702] Journal de terrain, 6 mai 2021.

l'image que souhaitent donner de ce lieu la psychologue. Cela permet ainsi d'éclairer la manière dont le diagnostic est construit par le regard et l'écriture professionnelle.

La majorité des dossiers récupérés datent de la période 2017-2021 (n=41), les 16 autres dossiers s'étalent quant à eux de 2009 à 2016. Le nombre de pages moyen des dossiers augmente au fur et à mesure des années pour un atteindre un plateau à partir de 2017 qui se stabilise autour d'une dizaine de pages (*Cf. Graphique n° 1*).

Graphique n° 1 : Date des dossiers et moyenne de leur nombre de pages



	2009	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de dossiers	2	2	4	3	2	3	5	15	8	7	6
Moyenne du nombre de pages	3	4	5	5	6	6	10	11	10	10	11

Cette augmentation progressive du nombre moyen de pages, puis sa stabilisation à partir de 2017 révèlent tout d'abord l'évolution de la constitution des dossiers. Au début de la période, les « *bilans et comptes-rendus de personnalité* » tournent principalement autour de l'inventaire de personnalité « NEO-Personality Inventory[703] » (NEO-PI) et il est associé à des tests psychométriques. À partir de 2017, cet inventaire de personnalité disparaît au profit d'autres tests psychométriques, ainsi que de descriptions plus détaillées des trajectoires biographiques. Ainsi, au fur et à mesure des années, des tableaux et des graphiques associés aux échelles et inventaires sont ajoutés aux dossiers, participant alors à l'augmentation du nombre de pages.

[703] L'inventaire NEO-PI repose sur le modèle de la personnalité dit des « Big-Five » développé dans les années 1980 et qui repère cinq dimensions de personnalité : ouverture, conscienciosité, extraversion, agréabilité et neuroticisme.

Parallèlement, des sections consistant à des descriptions cliniques ainsi qu'à des descriptions des histoires de vie apparaissent. La majorité des dossiers (2017-2021) est donc structurée de manière similaire. Une première partie développe des descriptions concernant les « *suivis actuels* » et « *antérieurs* » ainsi que le « *mode de vie* » au moment de la prise en charge. On retrouve ensuite des descriptions de l'enfance, de l'adolescence et de la vie adulte, qui comprennent des indications sur les relations familiales (« *éléments familiaux* »), la scolarité, les études, ainsi que les vies professionnelle, amicale et amoureuse. S'ensuit la description des troubles, ainsi que les hospitalisations et leurs motifs. À la suite de ces premières sections, issues principalement des entretiens individuels réalisés par la psychologue, les différents résultats et commentaires concernant les échelles et inventaires de personnalité sont listés. Ces commentaires font parfois apparaître des comparaisons entre les résultats de ces tests et les impressions cliniques de la psychologue. Finalement, et quasi systématiquement, une conclusion se retrouve en fin de dossier et propose une formulation diagnostique venant spécifier les principales caractéristiques du trouble, ou proposer une description vague des difficultés et du type de personnalité.

Il est à noter que les questionnaires sont remplis par les patients et patientes, chez elles et eux. Les variations dans la présence, ou non, de certains résultats d'inventaires ou d'échelle sont alors le fait d'une difficulté de certaines personnes à remplir les questionnaires, ou d'un refus de le faire, à l'image de ces deux extraits de dossier :

> La patiente évoque une très grande difficulté à remplir les questionnaires. Cela avait déjà été difficile dans le passé et elle met en avant une difficulté concrète à répondre aux questions en entretien. Elle effectuera donc seulement les questionnaires des schémas[704].

> La patiente relate une instabilité dans ses rapports à l'autre ainsi qu'une difficulté à se fixer des objectifs et à les poursuivre. Ces discordances pourraient être en lien avec une certaine méfiance à se livrer, les questionnaires étant pour elle difficiles à remplir[705].

Cette description succincte de la structure des dossiers et de son évolution sur une décennie permet de saisir l'importance de la psychométrie dans le travail des psychologues de l'hôpital de jour. La psychométrie est alors associée aux observations cliniques et à des entretiens psychologiques qui prennent progressivement une place croissante dans ces dossiers. Cela

[704] Dossier n°47, 2013, âge non indiqué dans le dossier, professeure des écoles. Pas d'indication concernant la profession des parents.
[705] Dossier n°8, 2011, patiente de 23 ans, Surveillante dans un lycée. Pas d'indication concernant la profession des parents.

permet de contextualiser la lecture des analyses ultérieures issues du traitement de ces dossiers. Cette description permet également de mettre en lumière une première forme de variation dans la description du trouble *borderline*. La description initialement centrée sur un inventaire de personnalité (NEO-PI), qui disparaîtra progressivement, laisse effectivement la place à des dossiers structurés par des échelles et des inventaires relevant principalement de la gestion des émotions (*coping,* régulation émotionnelle) et des dimensions traumatiques (*Trauma history questionnaire* – THQ), avec cependant toujours la présence d'un soubassement théorique inspiré de la Thérapie des schémas (à travers une évaluation du taux d'activation des schémas, à laquelle s'ajoute celui des modes depuis 2019, date à partir de laquelle Julie Blanc se forme à la thérapie des modes en groupe). Je n'ai cependant pas interrogé spécifiquement les psychologues de l'hôpital de jour sur ces évolutions, et je ne peux qu'évoquer quelques lignes d'hypothèse concernant l'augmentation de la taille des dossiers et l'importance croissante prise par les récits cliniques et les histoires de vie. L'équipe de l'hôpital de jour n'a pas changé depuis la fin des années 2000 (les psychologues, le psychiatre et l'une des infirmières, Carole Cambre, étaient déjà-là). Seulement, les psychologues ont le projet, depuis 2017, de réaliser une recherche sur l'hôpital de jour, qui n'avait cependant toujours pas eu lieu au moment de mon enquête. Cela a donc pu engendrer une plus grande attention dans la rédaction des dossiers à partir de cette date. De plus, la variation dans l'organisation de la prise en charge ainsi que les lectures et les formations réalisées par les psychologues ont certainement pu jouer un rôle.

1.1.2. Un jeu d'écriture psychologique

Lors de la sélection des dossiers qu'elle m'a transmis, Julie Blanc précise qu'elle reste parfois vague, car ce ne serait pas le rôle des psychologues de formuler un diagnostic. En plongeant dans les dossiers, et notamment dans leurs conclusions, il apparaît effectivement que la psychologue oscille entre deux postures. Elle identifie parfois la présence des critères diagnostiques issus du DSM-5. Dans d'autres dossiers, son style d'écriture met en lumière une incertitude diagnostique et consiste en une description de différents symptômes et mécanismes psychiques qu'elle perçoit. En ce sens, un jeu d'écriture se révèle, entre un registre diagnostique et un registre davantage psychologique. Sur les 53 conclusions présentes dans les dossiers, trois grands ensembles peuvent être identifiés : les conclusions qui caractérisent un trouble *borderline*, les conclusions qui décrivent les troubles sans précisions diagnostiques, et les conclusions qui identifient la présence de comorbidités ou d'autres troubles de la personnalité qui sont « *au premier plan* » lors de l'évaluation de la personnalité.

Dans les conclusions qui apportent des caractérisations psychologiques à un diagnostic de trouble *borderline* (n=34), la psychologue mobilise plusieurs adjectifs et expressions qui s'additionnent pour dresser une description de formes singularisées du diagnostic. La phrase type est ainsi la suivante : « *La patiente présente un trouble de la personnalité borderline caractérisé par…* ». J'ai choisi de prendre le premier terme qui suit cette expression afin de classer les différentes formes que prend cette caractérisation. On retrouve ainsi 21 conclusions qui caractérisent en premier lieu le trouble *borderline* à l'aide d'un lexique émotionnel : une « *dysrégulation émotionnelle* », une « *vulnérabilité émotionnelle* » ou « *une instabilité émotionnelle* ». On retrouve ensuite des caractérisations qui prennent comme premier point d'appui le « *psychotraumatisme et la dissociation* » (n=3), les difficultés dans les relations interpersonnelles (« *insécurité relationnelle* », « *relations aux autres* ») (n=3), l'« *impulsivité* » (n=2), l'« *anxiété et l'addiction* » (n=1), les « *aspects dépressifs* » (n=1), le « *narcissisme* » (n=1) ainsi que le « *trouble identitaire* » (n=1). Dans un dossier, le trouble *borderline* est explicitement associé au trouble de la personnalité histrionique (ou à l'hystérie) à travers cette formulation : « *trouble de la personnalité grave de type hystéro-limite* ».

Dans un second ensemble de conclusions, la psychologue décrit les troubles sans mobiliser une écriture diagnostique, évoque un trouble de la personnalité non spécifié ou met en lumière une exploration diagnostique encore à réaliser (n=14). Apparaît ainsi une écriture psychologique qui vise à décrire les formes que prennent les troubles, sans s'avancer sur la formulation d'un diagnostic. La psychologue dresse ici des descriptions qui retranscrivent la vie mentale de ces patientes, à l'image de cet extrait :

> « La patiente a grandi dans un climat d'insécurité affective, psychologique, physique et financière importante dans lequel elle a dû apprendre à se construire seule et dans lequel elle se sent responsable de tout. On comprend donc comment les exigences, la responsabilité et la combativité prennent une place centrale à l'heure actuelle, mais cela au prix d'une déconnexion de ses émotions et de ses besoins propres. La patiente a pris conscience lors du suivi de ses besoins et de ses émotions (ses peurs notamment), elle cherche désormais à les comprendre et à y répondre différemment sur le long terme en cherchant des compromis et en mettant de nouvelles stratégies de gestion émotionnelle en place[706]. »

Dans le dernier ensemble de conclusions (n=3), la psychologue évoque un autre diagnostic que le trouble *borderline* en nommant soit d'autres troubles de la personnalité soit des

[706] Dossier n°18, 2019, patiente de 45 ans, responsable d'un centre d'appel téléphonique. Père : fossoyeur. Mère : non indiqué.

comorbidités : « *profil de personnalité de type dépendant* », « *un trouble de la personnalité associé à un trouble de l'hyperactivité et un possible trouble anxiodépressif ou bipolaire* ».

Dans l'écriture de ces dossiers, se retrouvent donc des formes d'incertitudes diagnostiques qui parfois ne sont pas tranchées à la fin de la prise en charge. Cela amène ainsi à interroger le processus diagnostique qui s'opère dans ce lieu.

1.2. En amont de la prise en charge

L'admission dans cet hôpital de jour est sujette à une forme de sélection. Elle repose effectivement sur un processus d'« *adressage* » ainsi que sur une consultation psychiatrique de « *pré-admission* » qui vise à vérifier la présence d'un trouble *borderline*. Ces deux premières étapes participent ainsi d'une pré-sélection qui, comme on le verra, ne s'arrête cependant pas à l'arrivée dans l'*HDJ borderline*.

1.2.1. L'adressage

L'*HDJ borderline* est un dispositif de soin qui ne relève pas de la sectorisation psychiatrique. Autrement dit, l'admission dans ce lieu ne dépend pas du lieu de résidence (*Cf. Encadré n° 3*). La première condition pour accéder à cet hôpital de jour réside donc sur un adressage par un ou une psychiatre référente. Ce point est mis en lumière par une discussion à laquelle j'ai assisté, entre Philippe Ebert (psychiatre) et Julie Blanc (psychologue) sur les adressages.

> Une patiente a contacté Philippe Ebert. Elle vient de Montpellier et est prise en charge dans un service psychiatrique de cette ville. Julie Blanc et Philippe Ebert ne savent pas comment fonctionne ce service. Elle n'est pas adressée par un psychiatre, mais par le service, ce qui interroge les professionnels. Une autre patiente a contacté Philippe Ebert via son psychiatre. Julie Blanc dit qu'il n'y a plus de place. Philippe Ebert dit qu'il faut s'étendre, s'élargir. Julie Blanc dit que ce n'est pas faute d'avoir essayé.
> C'est une thématique qui revient souvent : le service se confronte à la « machine bureaucratique » de l'organisation des soins à l'hôpital et en psychiatrie. Philippe Ebert me dit, en aparté, qu'il avait essayé de mettre en place un site internet public, avec une interface privée pour les patient.es, pour que soient accessibles les documents, les exercices, les ressources, etc[707].

Cet extrait montre tout d'abord que l'adressage d'une personne à l'*HDJ borderline* doit être « clair », c'est-à-dire provenir d'un ou d'une psychiatre référente et non d'un service de psychiatrie. Il témoigne également du manque de places et de l'incapacité de l'hôpital de jour

[707] Journal de terrain, 29 septembre 2020.

d'accueillir l'ensemble des demandes. Ce faible nombre de places est déploré par les professionnel·les qui souhaiteraient étendre l'activité de l'hôpital de jour jusque dans une tentative finalement avortée de mise en place d'un site internet afin de visibiliser leur prise en charge auprès du public. Cela se rapproche d'ailleurs du point souligné par Pierre Nantas, psychothérapeute et président de l'association pour la formation et la promotion de l'état limite (AFORPEL), qui m'a expliqué s'être tourné vers la sensibilisation du public, après une période de travail de sensibilisation auprès des professionnel·les, car cela est plus efficace selon lui.

1.2.2. Une pré-sélection

Cette limitation du nombre de places dans la prise en charge proposées à l'*HDJ borderline* suppose donc une pré-sélection en amont des personnes qui accèdent à la prise en charge. Cette pré-sélection peut être saisie à partir de l'origine de l'adressage. Dans les dossiers consultés, trois modalités d'adressage peuvent être identifiées. Un adressage qui émane de la psychiatrie sectorisée, c'est-à-dire d'un·e psychiatre qu'une personne consulte dans le cadre d'un suivi en Centre Médico-Psychologique. Un adressage qui émane de la psychiatrie non sectorisée, c'est-à-dire d'un·e psychiatre réalisant des consultations dans une structure psychiatrique publique sans pour autant que la prise de rendez-vous dépende du lieu de résidence. Et enfin, un adressage qui émane de la psychiatrie libérale, c'est-à-dire d'un·e psychiatre qui exerce dans un cabinet privé.

Parmi les 58 dossiers, 31 évoquent l'origine de l'adressage et dessinent une tendance que j'ai également pu saisir à partir de mes observations ethnographiques. La majorité des adressages proviennent de la psychiatrie hospitalière non sectorisée (n=16), dont 8 de psychiatres de l'hôpital des Vignes où se situe l'*HDJ borderline*. 11 adressages proviennent de la psychiatrie libérale, et 4 émanent de la psychiatrie sectorisée. Une partie du profil des personnes orientées vers cet hôpital de jour s'éclaire : il s'agit de personnes qui sont principalement prises en charge au sein de cabinets privés et/ou qui ont accès à la psychiatrie non-sectorisée. Cela constitue un indicateur du positionnement de ces personnes dans l'univers psychiatrique[708], où la psychiatrie de secteur est associée à des pathologies jugées graves et à des personnes se situant dans des situations sociales précaires. Pour les personnes venant de la

[708] Ce positionnement est éclairé par les travaux de Marlène Bouvet et Julien Bourdais sur les cliniques privées, ainsi que ceux de Julia Legrand sur la psychiatrie de secteur. Marlène Bouvet, *Réenchanter les déprimé.es. Une sociologie de la thérapie en clinique privée*, École normale supérieure de Lyon, Lyon, 2023. ; Julien Bourdais, « Les temps longs de l'hospitalisation. Enquête ethnographique dans un établissement privé de psychiatrie », *Revue française des affaires sociales*, 2016, nº 2, p. 157-178 ; Julia Legrand, *L'incertitude psychiatrique. Une sociologie de la prescription de psychotropes en psychiatrie publique*, Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis, 2020.

psychiatrie de secteur, il convient de souligner que leur prise en charge psychiatrique est systématiquement associée à une psychothérapie, que les Centres Médico-Psychologiques dans lesquels exercent leurs psychiatres référent·es dépendent d'hôpitaux universitaires, et qu'elles ont suivi, durant leur parcours de soins, des thérapies qui se situent dans la thérapeutique émotionnelle décrite précédemment. C'est par exemple ce que l'on peut lire dans le dossier d'une patiente âgée de 33 ans, assistante sociale, qui a réalisé une thérapie EMDR puis une Thérapie basée sur la pleine conscience (ICV), et qui est parallèlement suivie dans un CMP, d'où provient son adressage, pour son traitement médicamenteux : un antidépresseur (effexor) et un anxiolytique (imovane)[709].

Suite à l'adressage, les demandes sont étudiées par les professionnel·les de l'*HDJ borderline* lors des réunions d'équipe, comme on l'a vu dans l'extrait précédent. Psychologues et psychiatre se mettent d'accord sur les personnes à ajouter sur la liste d'attente. Philippe Ebert, le psychiatre, réalise ensuite un entretien d'admission où il vérifie que la personne expérimente les critères diagnostiques du trouble *borderline* listés par le DSM[710]. Ainsi, une double sélection s'opère en amont de la prise en charge de l'hôpital de jour. Premièrement, on peut supposer que le regard et les interprétations des psychiatres référent·es jouent sur la probabilité qu'une personne soit adressée à l'*HDJ borderline*. Il convient ici de préciser que la décision d'adressage ne provient pas systématiquement des psychiatres référent·es. C'est par exemple le cas d'Amélie Roux qui dit avoir « *fait* [s]*on diagnostic contre* [s]*on psychiatre* ». Elle a effectivement trouvé elle-même le diagnostic de trouble *borderline* sur internet, et a demandé à son psychiatre, pour qui cette catégorie n'avait pourtant pas réellement de sens, de l'envoyer à l'hôpital de jour. On retombe ici sur les effets de la sensibilisation du public, plutôt que des professionnel·les, dans l'effort de promotion de la catégorie par les spécialistes du trouble *borderline*. Une seconde sélection a lieu durant les discussions entre les psychologues et le psychiatre de l'*HDJ borderline* ainsi que durant la consultation d'admission avec Philippe Ebert.

Cependant, et comme le montre l'écriture des conclusions des dossiers, cette pré-selection des personnes admises à *l'HDJ borderline* ne stabilise pas pour autant la formulation du diagnostic, car, à l'image des troubles cognitifs chez les personnes âgées étudiées par Aude Béliard, l'établissement positif du diagnostic, à partir de critères attestant la présence du trouble,

[709] Dossier n°1, 2018, patiente de 33 ans, Assistante sociale en gendarmerie. Père : Retraité, ancien chargé d'étude. Mère : Gestionnaire comptable.
[710] Cf. supra. Définition du trouble de la personnalité *borderline* selon le DSM-5.

n'empêche pas la nécessité d'écarter d'autres hypothèses diagnostiques, autrement dit la nécessité d'un processus diagnostique en négatif[711].

1.3. Le travail de catégorisation à l'HDJ borderline

Au sein de l'*HDJ borderline*, le diagnostic est effectivement reformulé, affiné, voire infirmé, tout au long de la prise en charge et des discussions entre professionnel·les. Ces discussions visent à déchiffrer la vie mentale des patientes afin de tester la présence d'un trouble *borderline* ainsi que son type d'expression. À l'instar de la douleur étudiée par Isabelle Baszanger, la vie mentale résiste effectivement à son objectivation, car elle « n'est pas facilement susceptible d'être stabilisée dans un fait incontestable[712] ». L'objectivation et la stabilisation des troubles psychiques, qui se fondent principalement sur des comportements jugés déviants, sont d'ailleurs extrêmement incertaines, car, comme le notait Howard Becker, « s'il y a peu de désaccords sur ce qui caractérise un organisme en bonne santé, il y en a en revanche beaucoup plus quand on utilise analogiquement la notion de pathologie pour décrire des types de comportements qui sont considérés comme déviants[713] ». C'est d'ailleurs en ce sens qu'Erving Goffman soutient qu'avant de relever de symptômes associés à une maladie mentale, ce type de comportements correspond avant tout à des transgressions vis-à-vis de l'ordre de l'interaction[714], et donc des formes de déviances. Tous ces éléments viennent se complexifier lorsque l'on sait que les comportements associés au trouble de la personnalité *borderline* sont stigmatisés dans les services psychiatriques et que leur prise en charge est externalisée de la juridiction psychiatrique au profit d'une intervention psychothérapeutique ; et cela même si ces comportements peuvent parfois justifier une hospitalisation[715]. Le trouble *borderline* constitue ainsi un « diagnostic contesté[716] » qui suscite un travail diagnostique intense.

Dans son enquête sur la maladie d'Alzheimer, Aude Béliard a déplié les ressorts du travail diagnostique réalisé au sein d'un service spécialisé dans les troubles de la mémoire, à partir d'observations de consultations mémoires et des discussions professionnelles qui les

---

[711] Aude Béliard, « 2. Le travail diagnostique » dans *Des familles bouleversées par la maladie d'Alzheimer. Variations sociales*, Toulouse, Érès, 2019, p. 58.
[712] Isabelle Baszanger, « Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale. », *Sciences Sociales et Santé*, 1991, vol. 9, nº 2, p. 32.
[713] Howard Saul Becker, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié, 1985, p. 29.
[714] Erving Goffman, « La folie dans la place » dans *La mise en scène de la vie quotidienne 2. Les relations en public*, Paris, Éditions de minuit, 1973, p.
[715] Cf. Chapitre 2. À la frontière de la psychiatrie.
[716] Annemarie Jutel, « Sociology of diagnosis: a preliminary review », *Sociology of Health & Illness*, 2009, vol. 31, nº 2, p. 290.

suivent[717]. Dans ce cadre, elle identifie deux principales « sources d'incertitudes » qui résultent de « l'évaluation des fonctions cognitives » ainsi que de « la caractérisation de l'état psychologique ». La première source d'incertitude repose sur l'évaluation du « niveau socioculturel » (ou « socio-éducatif ») d'origine, et son effet sur le fonctionnement cognitif des personnes. Cela engendre l'interrogation suivante : est-ce qu'il s'agit d'une perte de capacités cognitives ou s'agit-il du niveau « normal » aux vues de l'origine des personnes ? La seconde correspond à l'alternative entre une « détérioration organique » et des « difficultés psychologiques ». Selon les médecins, les difficultés rapportées par les patient·es peuvent alors être associées à des troubles psychiques, comme la dépression, ou relever d'une personnalité « difficile » et/ou « pathologique ». Aude Béliard met ainsi en lumière les effets des rapports sociaux, notamment de classe sociale, dans la production de ces incertitudes. Les attentes sociales intériorisées et véhiculées par les professionnel·les favorisent effectivement la description des troubles cognitifs des personnes des classes moyennes et supérieures, là où ces attentes rendent par exemple plus probable l'identification de difficultés psychologiques chez les personnes de classes populaires.

Au sein de l'*HDJ borderline*, les réunions de synthèse hebdomadaires sont des moments privilégiés pour saisir le travail diagnostique qui s'y réalise. Les discussions qui y prennent place reposent sur plusieurs sources d'informations : les entretiens psychologiques et infirmiers individuels, les impressions professionnelles du déroulement des séances de groupes, les échanges de mails avec les personnes prises en charge, ou encore les échanges avec l'entourage et les familles. Ces réunions, qui durent entre 1 h et 1 h 30, prennent généralement la même forme. Après des discussions informelles autour d'un café dans le bureau des infirmières (qui sert de salle de pause et parfois de déjeuner), et à la suite de leurs arrivées progressives qui s'étalent généralement entre 9 h et 9 h 30, les professionnel·les s'installent en cercle dans la salle où se déroulent habituellement les groupes de psychothérapie. Le psychiatre s'installe derrière l'ordinateur. Il ouvre les dossiers en ligne des patientes, et y retranscrit les synthèses des échanges. Un projecteur permet à l'ensemble des personnes de voir l'écran et le contenu des dossiers. Ce sont généralement les psychologues qui mènent les discussions, et qui détaillent leurs impressions cliniques. Dans le cours des discussions, les infirmières, les stagiaires et parfois l'assistant social, ajoutent des détails issus d'observations et des entretiens qu'il ou elles ont menés avec les patientes. Le psychiatre, quant à lui, propose des manières de formuler ou reformuler, dans un registre psychiatrique, les différentes observations cliniques

[717] A. Béliard, « 2. Le travail diagnostique », art cit.

de l'équipe. J'ai assisté à 18 réunions de synthèse à partir desquelles j'ai reconstruit la trajectoire de prise en charge de 24 patient·es réparti·es sur cinq sessions de prise en charge[718] (*Cf. Annexe 3*).

Durant ces réunions, des incertitudes se dévoilent et suscitent des discussions. Elles ouvrent la voie à de potentielles bifurcations diagnostiques concernant les dimensions somatiques et la caractérisation de la vie mentale et de ses troubles. Décrire ces moments de discussion permet de saisir la manière dont la différenciation des entités nosologiques (troubles somatiques, troubles mentaux, troubles de la personnalité) est reproduite concrètement dans les interactions professionnelles de l'HDJ.

1.3.1. Entre soma et psyché

L'optique clinique adoptée par les professionnel·les de l'*HDJ borderline* accorde une attention particulière aux aspects biologiques et aux troubles somatiques. Des indications concernant une hyperthyroïdie, un diabète, des maladies de peau ou des muqueuses, se retrouvent ainsi mêlées à des considérations d'ordre psychologique dans les dossiers des patientes. Cette attention aux dimensions biologiques entraîne des questionnements et un jeu interprétatif sur les causes des souffrances somatiques, et finalement sur leur place dans la symptomatologie psychologique. Durant la dernière réunion de synthèse que j'observe, en juillet 2021, Yannick Martial, l'assistant social du service, évoque le cas d'une nouvelle patiente de 29 ans[719] avec laquelle il vient de faire un entretien. Il décrit un parcours professionnel « *difficile* » et l'explique par une « *peine de cœur* ». Anne-Lise Simon (psychologue) reformule et précise qu'il s'agit d'un « *traumatisme* ». Cette patiente est restée sept ans avec un homme violent. À la suite de cette expérience, elle « *rumine, et rêve qu'elle rend les coups* ». Pour la psychologue, ses problèmes dentaires, ses migraines récurrentes et son endométriose seraient liés à des processus de « *somatisation* »[720].

Cette forme interprétative se retrouve dans les discussions concernant Noémie Jean, une patiente de 47 ans qui a commencé la prise en charge à l'hôpital de jour en mars 2021. Lors de la réunion de synthèse qui suit son arrivée, Julie Blanc, la psychologue, précise que cette patiente a de « *graves problèmes de comorbidité* » et énumère la liste suivante : une

[718] Pour rappel, une session de prise en charge comprend un temps plein et un temps partiel qui sont répartis respectivement sur 8 semaines.
[719] Cette patiente ne figure pas dans mon corpus car elle a seulement été évoquée lors de ma dernière journée d'observation. Je n'ai donc pas pu suivre les discussions sur cette personne tout au long de sa prise en charge.
[720] Par « somatisation », la psychologue entend une forme d'expression physiologique de la souffrance psychique. Journal de terrain, 20 juillet 2021.

bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), un *burn-out*, des problèmes utérins qui ont nécessité une hystérographie[721]. Quelques jours plus tard, les professionnel·les découvrent qu'elle souffrirait de narcolepsie. Elle dit s'endormir régulièrement dans les transports, et les infirmières et psychologues ont remarqué plusieurs endormissements pendant les séances de psychothérapie de groupe. Pour Philippe Ebert, le psychiatre : « *c'est neurologique* ». Les psychologues, quant à elles, demandent si ce ne serait pas un « *mécanisme de défense* ».

> ANNE-LISE SIMON : La première fois qu'elle a fait ça, c'est quand elle a failli se faire violer par un ami de son père.
>
> JULIE BLANC : C'est pour ça qu'au début je disais qu'elle avait une méga dissociation. [..] Est-ce que c'est un mécanisme de défense ou est-ce que c'est neurologique ?
>
> PHILIPPE EBERT : Il faut faire un bilan de sommeil[722].

Ces discussions font donc émerger une opposition entre des processus de somatisation, où des difficultés psychiques entraînent des troubles somatiques, et des pathologies somatiques perçues comme autonomes et dissociées des troubles psychiques.

Cependant, cette opposition n'est jamais totalement claire, que ce soit pour les professionnel·les de l'*HDJ borderline* ou les psychiatres qui adressent les personnes vers cet hôpital de jour. Lors de mon premier jour d'observation, Julie Blanc évoque ainsi une patiente adressée à l'hôpital de jour par son psychiatre. Ce dernier lui a expliqué que les crises d'épilepsie dont elle souffre sont liées à son trouble. Durant la prise en charge, la patiente avait donc davantage d'attentes sur l'épilepsie que sur le trouble *borderline*. Julie Blanc me raconte, avec un sourire et un ton qui laissaient entendre un léger agacement, que : « *Chaque jour elle demandait : "C'est quand le module épilepsie ?". Sauf que, bah, il y en a pas !* »[723].

Les crises d'épilepsie se retrouvent au centre de certaines discussions sur la définition du diagnostic, au sein desquelles la question de leur véracité se pose. Cette vérité de la crise d'épilepsie s'opposerait alors à une origine psychologique.

> Il est question d'une patiente qui fait des crises d'épilepsie. Philippe Ebert demande si ce sont des « vraies », en souriant. Puis dit qu'il peut y avoir des « pseudo-crises d'épilepsie ». Il parle d'une patiente qui avait passé deux ans en fauteuil roulant, et qui en groupe faisait des « crises ». Lorsqu'elle a été plaquée contre le mur par les infirmières, qui avaient une expression de peur sur leurs visages, elle a dit : « J'en ferais plus ». Philippe Ebert sourit en disant qu'elle a été « guérie » par les infirmières. Puis dit que c'est de l'hystérie, bien documentée par la littérature[724].

[721] Journal de terrain, 9 mars 2021.
[722] Journal de terrain, 13 avril 2021.
[723] Journal de terrain, 23 septembre 2020.
[724] Journal de terrain, 20 juillet 2021.

Ce qui est identifié par les patientes comme relevant des crises d'épilepsie peut donc, pour les professionnel·les, faire partie des symptômes de « *l'hystérie* ». Cette catégorie, mobilisée dans les discussions sur les dimensions somatiques, s'articule alors à plusieurs autres termes, comme les « *épisodes conversifs* » ou les « *troubles neurofonctionnels*[725] », deux expressions qui renvoient à des symptômes neurologiques sans que des atteintes ou dommages organiques ne soient identifiés.

La dimension somatique constitue un premier point de bifurcation dans le travail diagnostique réalisé à l'hôpital de jour. Se révèle ici une forme de pensée dichotomique, entre des troubles somatiques issus d'un processus de somatisation, et des troubles somatiques issus d'une pathologie autonome et distincte des problématiques psychiques relevant de la psychothérapie. Cela met en lumière un premier schème de perception professionnel qui engendre une forme interprétative selon laquelle une perturbation psychique peut rejaillir sur le corps et son fonctionnement. Seulement, ce mécanisme est distinct d'une « *véritable* » pathologie somatique, dont l'origine biologique est objectivée, et qui devrait alors être prise en charge dans un service de médecine somatique – ce que la phrase prononcée de manière mi-amusée et mi-agacée par Julie Blanc sur la demande du « *module épilepsie* » permet de saisir. L'effet de la *psyché* sur le *soma* est donc ici, et de manière classique au sein de la clinique anatomo-pathologique[726], perçu au prisme de l'alternative entre vérité et non-vérité des troubles. Ce jugement détermine la signification diagnostique de ces expressions physiologiques, qui peuvent alors soit nourrir l'épaisseur d'une forme spécifique du trouble *borderline* à travers l'identification de potentielles somatisations, soit être rejetées en dehors du champ d'intervention psychothérapeutique, et donc hors de la définition du diagnostic. Ce registre de la vérité révèle ainsi une dimension morale, jugeant la moindre gravité d'une origine psychogénétique, mettant alors en forme une distinction entre authenticité et simulation, entre maladie et théâtre.

[725] L'expression « troubles neurofonctionnels » a remplacé dans les classifications médicales celle de « troubles de conversion », toutes deux nomment des symptômes physiques dont la cause organique n'est pas identifiée.

[726] « L'anatomie pathologique est une science qui a pour but la connaissance des altérations visibles que l'état de maladie produit sur les organes du corps humain. L'ouverture des cadavres est le moyen d'acquérir cette connaissance ; mais pour qu'elle devienne d'une utilité directe... il faut y joindre l'observation des symptômes ou des altérations de fonctions qui coïncident avec chaque espèce d'altérations d'organes » René Laënnec, « Anatomie pathologique » dans *Dictionnaire des sciences médicales. Tome II*, Paris, Crapart, 1812, p. 47 ; cité par Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 2007, p. 137.

1.3.2. Expressions singulières du trouble, comorbidités et bifurcations diagnostiques

Le rapprochement explicité par Philippe Ebert entre « *pseudo-crise d'épilepsie* » et « *hystérie* » éclaire un autre aspect du travail diagnostique : l'identification des « *traits de personnalité* » qui relèvent plus ou moins du trouble *borderline*. Cette expression s'inscrit comme on l'a vu dans une compréhension dimensionnelle des troubles psychiques. Dans cette conception, c'est la présence et l'intensité de traits de personnalité définis comme pathologiques qui forge alors une véritable personnalité troublée. À l'inverse, un faible nombre de traits dont l'expression serait peu intense ne constituera pas réellement un trouble de la personnalité[727].

Au sein des discussions professionnelles, les catégories mobilisées proviennent du DSM-5, et les traits de personnalité renvoient aux troubles de la personnalité qui y sont listés. Les principaux troubles mobilisés dans ces discussions sont les troubles de la personnalité histrionique, dépendante, schizoïde et narcissique (*Cf. Annexe 7*). Cette perspective dimensionnelle est également adoptée pour les pathologies psychiatriques davantage stabilisées, notamment pour les traits psychotiques associés à la schizophrénie ou au trouble schizo-affectif ; perspective qui ancre les pratiques cliniques de l'*HDJ borderline* dans la « théorie de la double réduction » évoquée par Steeve Demazeux[728]. Le déchiffrement de la vie mentale des patientes passe ainsi par des discussions où des hypothèses diagnostiques s'enchaînent et il entraîne parfois l'exclusion du trouble *borderline* de la définition du diagnostic. Plus généralement, ces hypothèses viennent soit complexifier la caractérisation de l'expression singulière de ce trouble, soit caractériser des formes de comorbidités.

Tout comme dans les services d'urgences psychiatriques, des tensions diagnostiques se retrouvent à l'*HDJ borderline* principalement autour de l'hystérie et du trouble bipolaire. La présence de « *traits hystériques* », équivalents pour les professionnel·les aux traits « *histrioniques* », est effectivement régulièrement identifiée lors du déchiffrement de la vie mentale des patientes. C'est notamment le cas lors des discussions concernant Constant Henon, un patient de 18 ans qui est arrivé à l'hôpital de jour en mars 2021. Ayant réalisé un coming

[727] C'est ce que présentait la psychologue Daria Karaklic dans l'extrait cité au sein du chapitre précédent.
[728] Steeves Demazeux, « Les Troubles de la personnalité dans le DSM : les raisons d'une crise nosologique », *Topique*, 2013, vol. 123, nº 2, p. 49 ; Cf. Chapitre 1. 2.1.2. "Une crise nosologique qui éclaire les reconfigurations du rapport normal-pathologique".

out trans'[729] FtoM[730] durant la prise en charge, ce patient a été admis sous le prénom de Constance et les professionnel·les continueront à le genrer au féminin et à l'appeler par ce prénom. Je choisis néanmoins ici de masculiniser son prénom et de le genrer au masculin tout en laissant, dans les extraits de journal de terrain, l'usage du féminin afin de rendre compte des propos et des interprétations professionnelles. Durant une réunion de synthèse, qui fait suite à son *coming out*, les discussions se centrent sur un « *diagnostic différentiel* » entre hystérie et *borderline*. Selon les professionnel·les, et du fait de cette annonce de transition qui les perturbe grandement[731], ce patient est jugé extrêmement susceptible sur les questions de genre : d'après Carole Cambre, l'infirmière, *« tout ce qui est dit, c'est de la transphobie !* » Julie Blanc, qui réalise les entretiens individuels, lui a expliqué que l'hôpital de jour s'occupe de la personnalité *borderline* et non de la question du genre. Anne-Lise Simon ajoute : « *Nous ici, on va pas aller là-dedans, il faut l'orienter, il y a plein d'associations LGBT. Moi je reconnais mes limites.* » À la suite de cette discussion, Philippe Ebert interprète ces demandes vis-à-vis du genre et de la transition comme une forme de manipulation (« *donc elle manipule un peu* »), ce à quoi Anne-Lise Simon répond qu'« *elle sait s'adapter à son interlocuteur, c'est sûr* ». Patricia Prigent, l'infirmière qui réalise les entretiens infirmiers en individuel, relève un thème récurrent et systématiquement mis en avant : les agressions sexuelles. Anne-Lise Simon prend alors la parole pour faire part de son scepticisme.

> ANNE-LISE SIMON : C'est trop mis en avant, trop revendiqué… C'est le type de fille qui va dire directement à son copain qu'elle a été violée.
>
> PHILIPPE EBERT : Ça fait hystérique, mais c'est pathologique… Pourquoi elle a besoin de mettre ça en avant ?
>
> ANNE-LISE SIMON : C'est une quête identitaire pour moi.
>
> PHILIPPE EBERT : Ça fait très théâtral, elle est déguisée quand elle vient ici, on se croirait au carnaval… On voit pas la souffrance, il y a un manque d'authenticité.

Philippe Ebert finit donc par considérer qu'il s'agit d'un trouble de la personnalité *borderline* avec une dimension hystérique, et cite un article qui évoque les dimensions majeures et mineures des troubles de la personnalité.

> PHILIPPE EBERT : Je pense qu'elle souffre, les hystériques souffrent énormément.

[729] Dans la continuité du travail d'Emmanuel Beaubatie, j'utilise le suffixe « trans' » « afin de me situer en dehors des controverses qui opposent professionnel·les et profanes, « transsexuel » étant d'origine médicale et « transgenre » d'origine militante, voir Emmanuel Beaubatie, *Transfuges de sexe. Passer les frontières de genre*, Paris, La Découverte, 2021, p.7.
[730] FtoM, ou Femal to Male, indique une transition de femme à homme.
[731] Cf. Chapitre 5. 2.2.2. Un embarras vis-à-vis des transitions de genre.

> ANNE-LISE SIMON [*pour qui il s'agit avant tout d'un « trouble identitaire »*] : il peut y avoir deux dimensions. Du côté hystérique c'est fantasmatique, du côté borderline c'est le vide qui prédomine. Du coup, la question c'est de savoir si c'est le vide, et elle va prendre des identités [*de victime d'abus sexuels, de transidentité*] pour combler ce vide, ou est-ce que c'est fantasmatique ?
>
> Philippe Ebert remonte dans le dossier, jusqu'aux critères DSM qui servent à l'admission.
>
> ANNE-LISE SIMON : elle a dit oui à tout.
>
> PHILIPPE EBERT : oui, forcément ![732]

Les discussions concernant Constant Henon, qui ont lieu lors de la réunion de synthèse qui clôt le temps plein de la prise en charge, sont à peu près du même ordre et se finissent sur un jugement d'une trop grande jeunesse qui rendrait difficile la prise en charge.

> PHILIPPE EBERT : Elle a bien un trouble de la personnalité, parce qu'elle s'entend bien avec la psychiatre avec qui elle ne s'entendait pas au début.
>
> ANNE-LISE SIMON [*qui reste sur son impression première*] : […] C'est une recherche identitaire…
>
> PHILIPPE EBERT : Très immature…
>
> ANNE-LISE SIMON : C'est vide derrière.
>
> JULIE BLANC : C'est très hystérique.
>
> ANNE-LISE SIMON : Elle est trop jeune. Elle est trop jeune pour être ici. Ce type de patientes sont encore des ados.
>
> PHILIPPE EBERT : Oui, certains médecins se précipitent pour les envoyer ici ![733]

Dans ces discussions, plusieurs registres s'entremêlent. La distinction entre trouble de la personnalité *borderline* et trouble de la personnalité histrionique, ici nommée « *hystérie* », est à la fois établie, mais mobilisée de manière poreuse. Dans ce cas, et selon Philippe Ebert, l'hystérie vient colorer le trouble *borderline*. Les explications de la psychologue concernant les « *deux dimensions* » renvoient quant à elles aux théorisations psychanalytiques de l'hystérie qui serait avant tout marquée par le fantasme, la performance (théâtralité), mais rarement par un véritable passage à l'acte[734]. Finalement, la définition diagnostique reste en suspens et cette incertitude est justifiée par le jeune âge du patient.

---

[732] Journal de terrain, 27 avril 2021.
[733] Journal de terrain, 4 mai 2021.
[734] Ces différenciations entre hystérie et personnalité borderline sont notamment développées par Otto Kernberg. Otto F. Kernberg, *Les Troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat, 1989.

À l'*HDJ borderline*, plusieurs patientes ont également reçu un diagnostic de bipolarité et s'y identifient. Ce trouble est considéré comme un trouble de l'humeur et se différencie du trouble *borderline,* qui est quant à lui perçu comme un trouble des émotions. Pour les professionnel·les, cela ne pose pas véritablement de problème. Ils et elles considèrent possible le fait que les patientes puissent souffrir à la fois d'un trouble *borderline* et d'un trouble bipolaire – ce dernier constitue alors une comorbidité fréquente. Cependant, il ne faut pas que la compréhension des troubles passe exclusivement par le prisme de la seule bipolarité, ce qu'exemplifie cette discussion à propos de Laurie Delpierre, une patiente âgée de 34 ans qui a un traitement thymorégulateur (régulateur de l'humeur).

> La discussion commence par aborder l'enjeu de la différence entre *borderline* et bipolarité. La patiente donne sens à ce qu'elle vit et fait à partir de la lecture de son « humeur ». Philippe Ebert, Anne-Lise Simon et Julie Blanc ne sont pas d'accord avec ça. Pour elles et lui, il faut faire la différence. Julie Blanc appelle donc à faire de la psychoéducation sur cet aspect : la différence entre trouble borderline et bipolarité. « […], mais bon, ils se confronteront toujours aux collègues à l'extérieur pour qui ce n'est pas forcément ça », précise-t-elle[735].

Se révèle ici, et malgré la possibilité de comorbidités, la nécessité de spécifier le trouble *borderline*, et donc en creux de caractériser la spécificité de l'activité professionnelle réalisée à l'*HDJ borderline*.

Tandis que dans les exemples précédents, les traits « hystériques » ou le trouble bipolaire n'ont jamais totalement fermé la voie diagnostique du trouble *borderline*, la situation de Pauline Schmitt, rapidement évoquée précédemment, entraîne quant à elle une bifurcation diagnostique plus franche. Cette patiente de 30 ans a commencé la prise en charge à l'*HDJ borderline* en mars 2021. Dès la première réunion de synthèse qui suit le début de la prise en charge de Pauline Schmitt, le diagnostic de trouble *borderline* est effectivement mis en doute, et une possible schizophrénie est abordée.

> « Elle se demande si elle est vraiment *borderline* », dit Carole Cambre (infirmière) pour introduire la discussion. Selon elle, la patiente a un « problème d'identification [*de ses symptômes*] ». Elle serait à « la frontière avec le psychotique ». C'est justement ce que Julie Blanc s'était demandé. Anne-Lise Simon pense qu'elle est très « dissociée », qu'elle a « une sensation de vide très très marquée ». Julie Blanc dit qu'il y a des « traces de fusions, avec un trouble identitaire majeur ». Elle explique qu'il y a eu beaucoup de harcèlement scolaire (on l'appelait « virus ») et de déménagements dans son enfance. […] Carole Cambre, l'infirmière, explique que la patiente a beaucoup de difficultés au travail, qu'elle a du mal à s'adapter et à faire les tâches qu'on lui demande. Philippe Ebert demande s'il y a quelque chose sur le « niveau intellectuel ». Anne-Lise Simon répond que c'est plutôt de la « dissociation » qu'un

[735] Journal de terrain, 2 février 2021.

> problème de niveau intellectuel. Elle poursuit en expliquant que la patiente a des « émotions intenses ». Pour le psychiatre, « ça fait *borderline* ça ». Pour Julie Blanc : « ce qui fait moins *borderline*, c'est qu'il n'y a pas de changement de mode ». Une discussion s'amorce, durant laquelle les professionnel·les se demandent si la patiente ne serait pas plutôt du côté de la schizophrénie. Julie Blanc dit qu'elle a plusieurs traits qui pourraient faire penser à cette pathologie. Philippe Ebert parcourt le dossier, et dit que dans le cas de la schizophrénie « les scarifications c'est plus rare ». Julie Blanc acquiesce, et le psychiatre ajoute : « mais c'est vrai qu'il y a un côté psychotique ». La question du traitement est ensuite abordée : est-ce qu'il serait intéressant de lui donner des neuroleptiques ? Puis la discussion se recentre sur l'identification de potentiels éléments psychotiques. Julie Blanc dit qu'en général ça met du temps pour le découvrir. Elle prend deux exemples de patientes, l'une s'est avérée être schizo-affective, et l'autre est Mélissa Thomas [*une patiente hospitalisée à la session précédente, et qui recommence cette nouvelle session*][736].

Le doute est donc présent d'emblée et est formulé explicitement : est-ce qu'il s'agit d'une pathologie relevant d'un trouble mental (trouble schizo-affectif[737], schizophrénie), ou est-ce qu'il s'agit de symptômes psychotiques qui s'inscrivent dans un trouble de la personnalité ? Le retour de Mélissa Thomas indique effectivement que son hospitalisation, justifiée par des symptômes d'ordre « *psychotique* », n'a pas totalement invalidé le diagnostic de trouble *borderline*. Quelques semaines plus tard, la question de la schizophrénie a été écartée, et les catégories mobilisées dans la discussion concernant Pauline Schmitt sont alors plutôt le « *trouble de la personnalité schizoïde* » et le « *trouble anxiodépressif* ». La voie diagnostique du trouble *borderline* semble alors être encore envisagée :

> La patiente n'est pas venue hier parce qu'elle avait un entretien d'embauche.
>
> PHILIPPE EBERT : C'est bien si elle s'intéresse au travail, mais faut pas qu'elle retombe dans le passif-agressif.
>
> La suite de la discussion tourne autour d'une possible « tendance schizoïde ».
>
> PHILIPPE EBERT : C'est possible… Elle a des difficultés à faire les choses. Elle dit qu'elle va faire les choses, et finalement elle ne les fait pas.
>
> ANNE-LISE SIMON : Elle a un manque d'*insight*[738], mais c'est lié à quoi ?
>
> PHILIPPE EBERT : Je me demande si c'est anxiodépressif ou si c'est un trouble de la personnalité.

[736] Journal de terrain, 9 mars 2021.
[737] Le trouble schizo-affectif est considéré comme un trouble mental (et non un trouble de la personnalité) qui mêle des symptômes d'un trouble bipolaire (notamment des épisodes dépressifs réguliers ou une alternance d'épisodes dépressifs et d'épisodes maniaques) et des symptômes d'une schizophrénie.
[738] Le terme *Insight* nomme en psychologie et en psychiatrie la capacité d'une personne à avoir conscience de son trouble, et plus globalement à identifier et comprendre son fonctionnement psychique.

CAROLE CAMBRE : Elle est très très angoissée… Ce qui s'active c'est une angoisse d'abandon.

ANNE-LISE SIMON : Elle n'a pas été hospitalisée longtemps quand elle était petite ?

Philippe Ebert cherche dans ses antécédents médicaux : il n'y a pas d'hospitalisation longue dans l'enfance, et les premières difficultés datent du début d'adolescence.

PHILIPPE EBERT : Il y a un fond anxiodépressif, puis il y a eu des évènements qui ont créé des crises réactionnelles. […] Je suis entre les deux, fond anxiodépressif, même s'il y a un trouble de la personnalité, mais lequel ? Parce qu'elle se retrouve pas dedans [*trouble borderline*].

ANNE-LISE SIMON : Maintenant, mais avant elle a pu avoir des choses qui collent.

L'indice qui fait dire à Philippe Ebert qu'elle est « *borderline* », c'est qu'elle se scarifie. Selon lui, c'est un élément qui est très peu présent parmi les autres pathologies. Et même lorsqu'il y a des scarifications, ce n'est pas sous la même forme.

ANNE-LISE SIMON : Les scarifications des schizophrènes c'est plus gore.

PHILIPPE EBERT : Les schizophrènes s'entaillent beaucoup plus profondément. Dans les scarifications des *borderline*, c'est plus contrôlé, c'est ritualisé, on ne va pas jusqu'aux tendons.

CAROLE CAMBRE : Elle a un vide, mais est-ce que ça la dérange ?

PHILIPPE EBERT : Oui elle est état-limite, avec peut-être une dimension schizoïde… Est-ce qu'elle en souffre ou pas ?

CAROLE CAMBRE [*sur la sensation de vide*] : Pas trop.

ANNE-LISE SIMON : Ça fait schizoïde du coup…

La discussion s'achève sur l'idée qu'il y aurait une décompensation anxieuse réactionnelle en lien avec le relationnel, ce qui « fait *borderline* »[739].

Durant cette réunion de synthèse, qui marque environ la moitié du premier temps de prise en charge (le temps plein[740]), la définition diagnostique est donc encore loin d'être stabilisée. La présence d'un fond anxiodépressif est cependant actée. Pour le reste, l'expression de ses troubles « *fait borderline* », avec néanmoins des doutes concernant des possibles « *tendances schizoïdes* ». À la fin du premier temps de la prise en charge (le temps plein), et dans les discussions qui précèdent le passage au second temps (le temps partiel), le diagnostic de trouble *borderline* semble s'écarter définitivement au profit d'une incertitude diagnostique globale, avec pourtant quelques éléments qui orienteraient la définition diagnostique vers un « *trouble de la personnalité dépendante* ».

[739] Journal de terrain, 27 avril 2021.
[740] Pour rappel, la prise en charge à l'*HDJ borderline* comprend deux moments : un temps plein et un temps partiel.

> JULIE BLANC [*en évoquant l'impression à la suite de son dernier entretien, depuis lequel la patiente n'est pas revenue à cause de sa fatigue*] : Elle n'avait pas l'air de vouloir revenir, elle était sur le départ je trouvais […] Il y a pas de conscience d'elle-même, pas d'intérêt pour ce qu'elle est, elle est très dans le portage…
>
> PHILIPPE EBERT : Elle est dans le tout ou rien[741] quand même… Mais il y a aussi un aspect psychotique avec une dysthymie[742], sur fond dépressif…
>
> ANNE-LISE SIMON : Est-ce qu'elle viendra au temps partiel ?
>
> PHILIPPE EBERT : On la prend à bout de bras.
>
> JULIE BLANC : Si on prend la grille de lecture personnalité dépendante, elle a quand même une volonté d'être indépendante… Je suis un peu perdue avec elle… Ça fait presque anaclitique[743].
>
> PHILIPPE EBERT : Oui… anaclitique… ça fait presque névrotique pour prendre un ancien terme.
>
> ANNE-LISE SIMON : Est-ce qu'il y a quelque chose dans le transfert ?
>
> JULIE BLANC : Non
>
> ANNE-LISE SIMON : […] Quand elle arrive, il se passe rien [*contrairement aux autres patients où les psychologues, et l'équipe ressentent des choses*].
>
> JULIE BLANC : Il n'y a pas eu de transfert dans l'équipe.
>
> PHILIPPE EBERT : Mais il y a bien un trouble de la personnalité…
>
> JULIE BLANC [*après une discussion sur le type de trouble de la personnalité que la patiente pourrait avoir*] : Il n'y a pas de truc spécifique.[744]

Les discussions concernant Pauline Schmitt révèlent, de manière particulièrement explicite, des situations d'incertitude diagnostique qui peuvent se présenter dans le travail clinique de l'*HDJ borderline.* D'un point de vue ethnographique, il apparaît ici clairement et sans que cela soit très surprenant, que la définition de ce qui n'est pas du *borderline* repose avant tout sur une déviance vis-à-vis des attentes des professionnel·les de l'HDJ : Pauline Schmitt, qui ne se reconnait pas dans le trouble *borderline*, ne change pas vraiment de « *modes* » – c'est-à-dire

[741] Cette pensée en « tout ou rien » est une des caractéristiques du trouble *borderline*.
[742] La « dysthymie » correspond à une forme chronique de dépression dont l'expression est moins intense qu'une dépression majeure ou sévère.
[743] Le terme « anaclitique » est issu de la traduction anglaise du terme freudien *Anlehnungs*, traduit en français par « étayage », voir Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967. Le sens de ce terme peut cependant varier, et s'élargir afin de nommer les effets d'un manque d'étayage, notamment à travers ce que le psychanalyste anglais René Spitz a nommé la « dépression anaclitique ». Ce type de dépression serait causée par une forme de carence affective engendrée par une séparation brutale avec la mère durant la prime enfance. Cette conception s'articule souvent, et comme c'est le cas dans le travail de l'HDJ borderline, avec un cadrage théorique issu des travaux de John Bowlby concernant l'attachement. John Bowlby, *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*, Londres, Psychology Press, 1988.
[744] Journal de terrain, 4 mai 2021.

que ses comportements et son état émotionnel restent relativement stables –, et elle n'est pas assez impliquée dans la prise en charge (« *on la porte à bout de bras* »), et surtout elle n'a pas suscité de « *transfert* ». Cette situation est néanmoins assez rare. Le travail diagnostique réalisé dans cet hôpital de jour infirme rarement de manière aussi radicale le diagnostic de trouble *borderline*. Ce travail vient généralement ouvrir des voies diagnostiques parallèles, sous la forme de possibles comorbidités, ou alors complexifier le diagnostic à partir de la mise en récit d'une expression singulière d'un trouble *borderline*.

Ces différents développements, et notamment la présentation des incertitudes diagnostiques, permettent de saisir une facette de la sélection des personnes par les professionnel·les de l'hôpital de jour. Les éléments qui s'éloignent des attentes professionnelles entraînent un processus de tri, notamment diagnostique, mais aussi parfois en amont de la prise en charge afin d'éviter de recevoir des profils qui ne correspondent pas à la prise en charge.

> Philippe Ebert entre dans la salle, il était au téléphone. La secrétaire du service lui parle d'une patiente qui veut être prise en charge dans l'HDJ. Elle travaille au service informatique d'un autre hôpital, et connaît une personne qui travaille au service informatique de l'Hôpital des Vignes. Elle a accès à son dossier. Elle est venue avec le formulaire rempli. Philippe Ebert dit que c'est sûrement elle qui l'a rempli. La secrétaire dit qu'elle l'a énervée : elle est entrée dans son bureau, comme si elle était chez elle, comme si tout lui était dû, avec un chantage au suicide. Philippe Ebert dit qu'elle a sûrement un trouble de la personnalité, mais pas *borderline*, plutôt « hystérique, hystéro-narcissique ». Quand il prononce ces mots, tout le monde dans la salle fait un « oooh ». « C'est un coup à planter un groupe », dit Anne-Lise Simon. Philippe Ebert : « pour elle c'est magique ici, c'est sûr que ça va mal se passer, c'est pas ici que tout va se régler »[745].

Ici, le fait d'avoir une proximité avec les professionnel·les de l'hôpital, d'avoir accès à son dossier, et que la personne ait prérempli le formulaire elle-même, entraîne un jugement négatif. Cet extrait de journal de terrain permet ainsi de montrer la manière dont la transgression des normes et attentes professionnelles de l'*HDJ borderline* est recodée sous un vocable psychologique immédiatement compréhensible par le reste de l'équipe : l'hystérie associée au narcissisme. Alors que les traits hystériques peuvent venir teinter l'expression d'un trouble *borderline*, l'identification d'une hystérie seule, et *a fortiori* associée au narcissisme, est à la source d'une exclusion du diagnostic de trouble *borderline* et donc d'une prise en charge dans cet hôpital de jour.

Les différents exemples qui viennent d'être dépliés montrent que les interactions professionnelles quotidiennes de l'*HDJ borderline* reproduisent les différenciations entre

[745] Journal de terrain, 27 avril 2021.

entités nosologiques. Tout d'abord, le travail diagnostique reproduit une partition classique dans le modèle anatomoclinique entre *soma* et *psyché*. Ensuite, l'optique dimensionnelle de la « double réduction » adoptée par ces professionnel·les et la latitude laissée aux possibles comorbidités n'empêchent pas pour autant la reproduction des frontières entre dimensions de personnalité (hystérie, dépendant, schizoïde, narcissique…), ainsi qu'entre les troubles de la personnalité et les troubles mentaux (schizophrénie, trouble anxiodépressif…). Ces distinctions ne collent néanmoins pas totalement à la classification du DSM-5, en ce sens que leur reproduction convoque des registres explicatifs psychanalytiques ainsi que des jugements normatifs qui révèlent en creux les attentes professionnelles vis-à-vis d'un comportement qui doit « *faire borderline* » pour pouvoir être pris en charge dans ce lieu de soins.

II. Comment les attentes professionnelles façonnent-elles la population de l'*HDJ borderline* ?

Que signifie l'expression « *faire borderline* » ? Il s'agit désormais de décrire la manière dont les attentes professionnelles participent à façonner la population de l'*HDJ borderline*, et donc *in fine* à construire le prototype de la personne *borderline*. Les caractéristiques sociales des personnes qui se retrouvent dans cet hôpital de jour, et *a fortiori* de celles qui expérimentent des souffrances et des types de comportements considérés comme étant situés dans le périmètre du trouble *borderline*, ne se répartissent pas au hasard. Les extraits de journal de terrain et de dossiers précédemment cités laissent effectivement apercevoir l'écrasante majorité de femmes au sein des personnes prises en charge dans cet hôpital de jour. Sur les 82 personnes que comprend mon corpus, six sont identifiées comme hommes par les professionnel·les : quatre sur les 58 dossiers et deux sur les 24 personnes suivies durant l'ethnographie. Le genre n'est pas la seule variable à prendre en compte pour éclairer la composition des groupes de psychothérapie. En effet, la population de l'*HDJ borderline* est également structurée par l'âge et de la classe sociale. Ces dimensions relèvent en grande partie des attentes professionnelles vis-à-vis de ce qui relève de leur mandat, mais aussi des prérequis nécessaires, mais non pensés comme tels, pour suivre la psychothérapie proposée dans ce lieu de soin. Plus globalement, il s'agit d'une forme de féminité socialement située qui est appréhendée et construite comme relevant du trouble *borderline*.

2.1. Une étape dans des trajectoires de soins psychiatriques déjà engagées

À l'issue de la première journée d'observation, durant le débrief des séances de psychothérapie, Julie Blanc m'explique que « *souvent, les patientes ont eu un parcours chaotique avant de venir ici et avant d'avoir eu le diagnostic. Il y a peu de psys qui annoncent le diagnostic*[746] ». Les personnes qui se retrouvent à l'HDJ ont effectivement connu plusieurs prises en charge psychothérapeutiques et psychiatriques. Les informations consignées dans les dossiers permettent de saisir ces parcours et leurs formes. En plus de l'impératif selon lequel la prise en charge à l'HDJ doit se faire à distance de la période perçue comme relevant de l'adolescence, l'éclairage succinct de ces trajectoires de soins permet de comprendre la structuration selon l'âge de la population de cet hôpital de jour et donc d'éclairer la position des personnes prises en charge à l'*HDJ borderline* au sein des trajectoires psychiatriques.

2.1.1. La structuration de la population de l'HDJ selon l'âge

Les discussions concernant Constant Henon retranscrites précédemment ont fait émerger des enjeux liés à l'âge. Les personnes prises en charge à l'*HDJ borderline* ne doivent pas être trop jeunes, car cela rendrait difficile la différenciation entre un trouble de la personnalité et les effets de l'adolescence – période durant laquelle la personnalité se construit, selon les professionnel·les. En creux, cet impératif éclaire la définition du trouble *borderline* : son expression relève de caractéristiques associées à l'adolescence qui se prolongeraient durant la vie adulte. Les patientes sont ainsi régulièrement qualifiées de personnes « *immatures* » ou « *encore adolescentes* », comme dans cet extrait de journal de terrain.

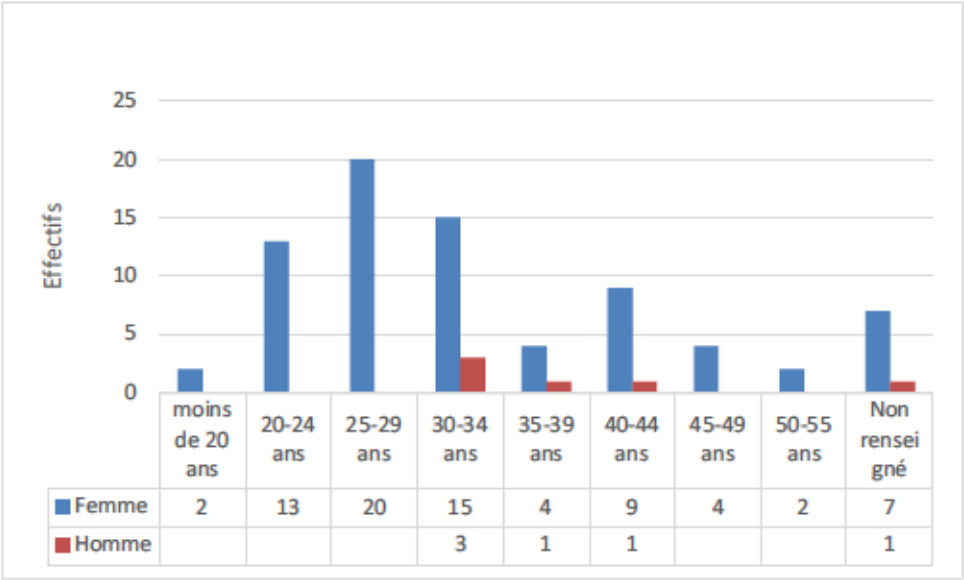
> Emma Launay [patiente de 29 ans] a demandé un entretien avec Carole Cambre, l'infirmière. Après cet entretien, cette dernière m'explique la situation. La patiente ne dort pas depuis une semaine parce qu'« une chose la travaille ». Elle n'a pas encore dit à son copain, avec lequel elle vient de commencer une relation, qu'elle est « *borderline* » et qu'elle est en thérapie. Souvent à l'étranger à cause de son travail, il est en France pour quelques semaines et lui a proposé de partir en vacances la semaine suivante. Elle ne sait pas quoi faire et est tiraillée : elle tient à la thérapie de l'HDJ, mais veut également passer du temps avec lui. Elle en a parlé avec son psychiatre référent [*celui qui l'a adressée à l'HDJ*] qui lui a dit de « mentir à l'HDJ » : « Vous leur dites que vous avez le Covid et voilà ! ». Elle n'osait pas le dire à Philippe Ebert, parce qu'elle pense qu'il ne l'aime pas, et ne voulait pas en parler à Julie Blanc, par peur de la décevoir. Pour Carole Cambre, cette alternative « j'aime/j'aime pas », « c'est typiquement un fonctionnement de *borderline* ». L'infirmière lui a répondu qu'ici, les professionnel·les n'étaient pas là pour aimer ou ne pas aimer les patientes. Quelques minutes plus tard, lorsque Carole Cambre raconte cette situation à Philippe

[746] Journal de terrain, 28 septembre 2020.

> Ebert, ce dernier se tourne vers moi et me dit : « On a des patients immatures ici Ivan »[747].

Ces jugements d'immaturité ne sont pas fondés sur une proximité temporelle immédiate avec la période définie comme relevant de l'adolescence – qui semble déborder légèrement sur la majorité civile pour les professionnel·les – mais se fondent sur une proximité comportementale avec ce qui relèverait de l'adolescence, un âge de la vie apparu et naturalisé dans nos sociétés[748]. En ce sens, il n'est donc pas étonnant de constater que parmi les 82 personnes qui constituent mon corpus, seulement deux personnes sont âgées de moins de 20 ans (toutes deux avaient 18 ans au moment de leur prise en charge à l'HDJ). Les patientes de l'hôpital de jour sont ainsi majoritairement âgées de 20 à 35 ans, avec une surreprésentation relativement nette des 25-29 ans. Il est également intéressant de noter que les patients identifiés comme hommes sont tendanciellement plus âgés que le reste des patientes. Le plus jeune était effectivement âgé de 31 ans au moment de son passage à l'HDJ[749] (*Cf. Graphique n° 2*).

Graphique n° 2 : Âge et sexe des 82 patient·es de l'*HDJ borderline* (dossiers + ethnographie)



	moins de 20 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-55 ans	Non renseigné
Femme	2	13	20	15	4	9	4	2	7
Homme				3	1	1			1

L'infantilisation, ou plutôt l'adolescentisation des patientes ne relève donc pas de l'identification de comportements intrinsèquement immatures et propres à l'adolescence. Elle s'inscrit dans la perception et la qualification de comportements jugés déviants qu'il faudrait changer. Ce lexique qui s'inscrit pleinement dans le rapport social d'âge, lié aux processus de

[747] Journal de terrain, 30 septembre 2020.
[748] Victoire Patouillard, « L'invention de l'adolescence. Entretien avec Agnès Thiercé », *Vacarme*, 2005, vol. 33, n° 4, p. 39-42.
[749] Il s'agit d'Alan Pujol, Cf. Annexe 3.

domination adulte[750], vient effectivement mettre en forme le jugement de professionnel·les qui disent la déviance et surtout visent à la résorber[751]. Ainsi, et comme le note Juliette Rennes en paraphrasant Joan Scott[752], « le langage de l'écart d'âge est une manière de signifier d'autres rapports de pouvoir[753] ».

2.1.2. Position d'âge et trajectoire psychiatrique

Cet impératif de mise à distance de la période temporellement identifiée comme relevant de l'adolescence ne permet cependant pas à lui seul de comprendre la structuration par âge de la population de l'*HDJ borderline*. Celle-ci est également liée, comme l'évoquait Julie Blanc, au fait que les personnes n'accèdent à l'HDJ qu'après avoir amorcé une trajectoire de soins psychiatriques. En ce sens, il apparaît que l'arrivée à l'*HDJ borderline* est grandement déterminée par une position dans les étapes qui constituent une trajectoire de soins psychiatriques et psychothérapeutiques, et en ce sens d'une position d'âge[754] relative à cette trajectoire. La principale modalité de recours à cet espace de soin non sectorisé repose effectivement, et comme on l'a vu, sur l'adressage par des psychiatres. Il faut donc qu'une personne soit déjà suivie en psychiatrie pour qu'elle puisse accéder à l'*HDJ borderline*.

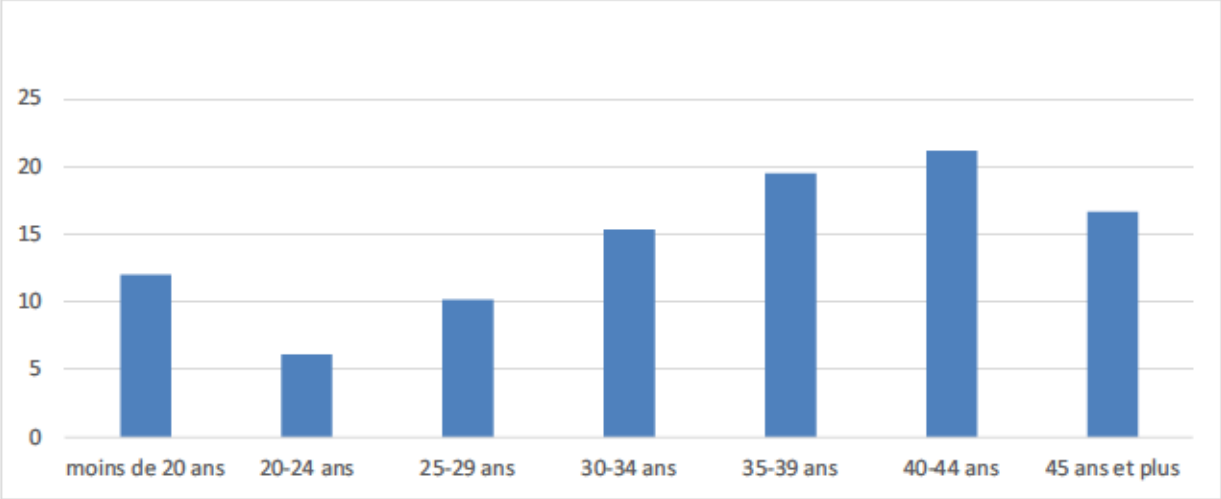
À partir des informations disponibles dans les dossiers, la moyenne d'âge lors du début des soins psychiatriques est de 18 ans et demi et la médiane est de 16 ans. Lorsqu'on entre dans le détail, les suivis débutent majoritairement entre 14 et 25 ans, avec un pic entre de 14 et 16 ans. Quand le début du suivi est identifié durant l'enfance, il s'agit principalement de diagnostic de trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), de consultations liées des problèmes de surpoids ou encore de difficultés de sommeil. La prise en charge à l'hôpital de jour survient alors quelques années après l'officialisation de l'identification des troubles que représente le début d'un suivi psychiatrique[755]. En effet, la moyenne du nombre d'années d'écart entre le début de suivi et la prise en charge à l'*HDJ borderline* est de 13 ans et demi, et la médiane de

---

[750] Juliette Rennes et al., « Éditorial. Interroger la domination adulte », *Mouvements*, 2023, vol. 115, nº 3, p. 7-11.
[751] Je développe l'analyse de ce travail psychothérapeutique et de ses effets dans le chapitre suivant.
[752] Joan Scott, « Genre : Une catégorie utile d'analyse historique », *Les cahiers du GRIF*, traduit par Eleni Varikas, 1988, vol. 37, nº 1, p. 125-153.
[753] Juliette Rennes, « Âge biologique versus âge social : une distinction problématique », *Genèses*, 2019, vol. 117, nº 4, p. 112.
[754] Cette expression permet d'éviter les ambiguïtés de l'expression « âge social ». En effet, Juliette Rennes précise : « L'emploi du syntagme "âge social" pour se référer à la position perçue des individus dans la succession des étapes normatives d'une trajectoire – ou pour désigner ces étapes elles-mêmes en tant qu'elles varient d'une époque et d'une société à l'autre apparaît donc en grande partie fondé, et je l'ai moi aussi antérieurement utilisé dans ces deux sens. Néanmoins, cette expression est également source de confusion et lui préférer, selon les contextes, des notions comme celles d'étape d'âge, de statut d'âge, d'âge statutaire ou de position d'âge me semble désormais plus adéquat ». *Ibid.*, p. 113.
[755] Robert M. Emerson et Sheldon L. Messinger, « The Micro-Politics of Trouble », *Social Problems*, 1977, vol. 25, nº 2, p. 121-134.

11 ans. Lorsqu'on regarde par tranche d'âge (*Cf. Graphique n° 3*), l'écart entre le début du suivi et la prise en charge à l'hôpital de jour augmente progressivement, à l'exception de la seule personne âgée de moins de 20 ans qui était suivi depuis l'âge de 6 ans et qui avait 18 ans au moment de la prise en charge.

Graphique n° 3 : Moyenne du nombre d'années entre le début du suivi psy et la prise en charge à l'HDJ selon les tranches d'âge



Il est ainsi intéressant de souligner que la seule personne âgée de moins de 20 ans a un suivi psychiatrique depuis plus de 10 ans. Cela semble alors confirmer, en creux, que l'arrivée dans cet hôpital de jour suppose un suivi déjà engagé depuis plusieurs années. On peut également faire l'hypothèse que ce type de suivi psychiatrique vient compenser les réticences des professionnel·les de l'*HDJ borderline* à prendre en charge les personnes de moins de 20 ans. D'autre part, lorsque l'on pondère ces données avec les effectifs selon les tranches d'âge, les écarts de plus de 15 ans sont marginaux. La structuration selon l'âge de la population de l'HDJ est donc tout d'abord liée à un positionnement dans la trajectoire de soin psychiatrique, qui doit être déjà engagée avant qu'une orientation et qu'une admission dans cet hôpital de jour soit possible.

Un processus de sélection s'opère donc par rapport au nombre d'années de suivi psychiatrique. Une personne qui s'inscrit dans une trajectoire psychiatrique naissante aura tendanciellement moins de chance d'arriver dans cet espace de soins. Inversement, comme le montre le faible nombre de personnes âgées de plus de 35 ans, une trajectoire psychiatrique longue réduit également les chances d'admission dans cet hôpital de jour. Lorsque c'est le cas, l'admission d'une personne qui s'inscrit dans une trajectoire de soins psychiatriques longue dépend en grande partie de sa forme : il s'agit, dans ce cas de figure, de personnes principalement suivies en psychiatrie libérale et hors secteur qui bénéficient d'un

accompagnement psychothérapeutique. Tout ceci permet de montrer, d'une part, que diagnostic et rapports sociaux d'âge s'intriquent (le trouble *borderline* étant majoritairement associé à de jeunes adultes) et, d'autre part, que derrière la structuration par âge se révèle un type de profil de suivi (psychiatrique *et* psychothérapeutique) qui rend également possible le diagnostic trouble *borderline*.

2.2. Des attentes scolaires

Comme on l'a vu, la distinction entre le service « *tout venant* » de l'étage inférieur de l'Hôpital de Vignes et l'*HDJ borderline* repose en grande partie selon Julie Blanc (psychologue) sur une différence de « *niveau intellectuel* ». Ce discours, qui semble indiquer une différenciation en termes de position et d'origines sociales, amène à formuler la question suivante : comment cette différenciation est-elle produite concrètement dans l'hôpital de jour ? Pour y répondre, je déplierai les attentes que suppose la psychothérapie de l'*HDJ borderline* ainsi que les discours des psychologues. J'éclairerai ces éléments ethnographiques par la description des origines et des positions sociales des patientes de l'hôpital de jour.

2.2.1. La forme scolaire de la thérapie

L'arrivée à l'hôpital de jour s'apparente à une rentrée des classes. Les patientes se voient remettre un emploi du temps qui comporte les horaires des séances et leurs thèmes (comme s'il s'agissait de « matières »). À l'image de cette première étape de la prise en charge, l'organisation de la thérapie à l'*HDJ borderline* prend une forme explicitement scolaire. Cette forme présuppose des aspects spatio-temporels, certaines règles, et façonne des relations sociales qui visent l'apprentissage[756]. Dans cette forme de relation pédagogique, on retrouve un rapport distancié aux pratiques et situations sociales ordinaires auxquelles il s'agit de s'entraîner ou de se préparer, ainsi que la mobilisation d'une forme « scripturale-scolaire » où les exercices et l'écriture prennent une place centrale. Ce cadre engendre une autonomisation de la relation pédagogique vis-à-vis d'autres situations sociales, dans le sens où les exercices réalisés n'ont, au moment de leur réalisation, aucune « autre fonction que d'apprendre et d'apprendre selon les règles ou, autrement dit [ont] pour fin leur propre fin[757] ». L'espace que constitue l'hôpital de jour, et notamment les séances de psychothérapie, est structuré par cette

[756] Bernard Lahire, Daniel Thin et Guy Vincent, « Sur l'histoire et la théorie de la forme scolaire » dans Guy Vincent (dir.), *L'Éducation prisonnière de la forme scolaire ? Scolarisation et socialisation dans les sociétés industrielles*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1994, p. 11-48, en ligne.
[757] *Ibid.* §70.

forme de relation pédagogique où les professionnel·les ont pour objectif de faire changer des comportements par l'apprentissage d'un travail sur soi.

Les psychologues visent en premier lieu à susciter une prise de conscience des troubles. Les premiers jours d'une session de prise en charge sont ainsi consacrés à des séances de « *psychoéducation* ». La psychoéducation, initialement développée au Québec dans les années 1950, consiste en « une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face[758] ». Anne-Lise Simon introduit cette première séance avec quelques précisions.

> « C'est le premier groupe de travail de soin psychothérapeutique… Ça s'appelle la psychoéducation ». Elle explique que ça s'inscrit dans la philosophie des soins selon laquelle les patientes doivent avoir connaissance de leur pathologie et doivent être actrices de leurs soins. Elle prend l'exemple du diabète et des problèmes cardiaques pour expliquer qu'il est préférable que les patientes aient connaissance de ce qui leur arrive pour pouvoir mieux comprendre et donc s'occuper elles-mêmes des traitements, de repérer les signes d'aggravation, etc. Pour Anne-Lise, cette philosophie est ensuite arrivée en psychiatrie, et cela est venu remettre en cause une vieille idée selon laquelle « les patients ne doivent pas savoir »[759].

Les psychologues animent ces premières séances à l'aide d'un PowerPoint. Après avoir demandé aux patientes de décrire leurs difficultés et souffrances ainsi que leurs attentes envers la thérapie, les psychologues déploient des explications du trouble de la personnalité *borderline* et de la psychothérapie. Elles décrivent les techniques thérapeutiques mobilisées durant la prise en charge ainsi que leur conception de la construction du cerveau, les prédispositions génétiques à l'hypersensibilité, les enjeux liés à l'attachement, les symptômes du trouble de la personnalité *borderline* ou encore les fonctionnements psychiques qui sont en jeu. Durant les séances de psychoéducation, les psychologues apportent des éléments de compréhension sur le diagnostic, transmettent les fondements théoriques de la thérapie ainsi que le langage des modes et des schémas.

À la suite de ces séances de psychoéducation, la thérapie se met en marche. Les séances se centrent sur des thèmes précis : les relations interpersonnelles, les différents modes ou encore la gestion des émotions. Durant ces séances, les explications des mécanismes psychiques s'entremêlent à des exercices à réaliser, que ce soit durant ou avant les séances. On retrouve ici un des principaux éléments de la forme scolaire : la mise à distance des pratiques et situations

[758] Charles Bonsack, Shyhrete Rexhaj et Jérôme Favrod, « Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2015, vol. 173, nº 1, p. 80.
[759] Journal de terrain, 5 mai 2021.

sociales ordinaires au profit de leur reproduction par des exercices. Au-delà de cette organisation par exercice dans un cadre spatio-temporel spécifique, qui sépare le travail thérapeutique des situations ordinaires, l'organisation matérielle de la salle où se déroulent les séances rappelle également la salle de classe. Mise à part la répartition en cercle – qui peut également être mobilisée dans certaines configurations scolaires –, la distinction entre les personnes qui enseignent et celles à qui l'enseignement est destiné est marquée par une répartition spatiale et matérielle où les patient·es, assis·es, écoutent et sont guidé·es par les psychologues, souvent debout, qui font défiler les diapos d'un PowerPoint ou qui écrivent sur le tableau blanc accroché sur un des murs de la salle.

La forme scolaire de la psychothérapie se révèle d'ailleurs explicitement lors des discussions concernant le manque d'entrain des patientes vis-à-vis des séances de « *convivialité* », animées par le psychiatre les mercredis matin, et des séances de « *relaxation* » du vendredi après-midi animées par les infirmières. Les patientes considèrent ces séances comme étant moins importantes que celles animées par les psychologues. Ces deux types de séances prennent place dans des salles différentes de celle où se déroulent les séances de psychothérapie de groupe. Les séances de relaxation consistent, comme je l'ai évoqué dans le chapitre précédent, en une forme de méditation guidée par les infirmières sur un fond musical apaisant. Les séances de convivialité sont quant à elles organisées dans une petite salle. Chaque personne s'installe autour d'une table, et le psychiatre anime des jeux de société. Durant l'une des séances de convivialité, le jeu consistait en un « petit bac[760] » avec comme catégories les légumes, les fruits, les plats de fête, les plats légers, le sport, le dessert, le goûter-petit déjeuner-encas. Pour Philippe Ebert, ce jeu permet d'aborder les troubles du comportement alimentaire (TCA)[761]. L'aspect ludique est d'ailleurs revendiqué par les professionnel·les de l'HDJ, car il constitue un levier de travail sur la « *groupalité* » et les relations aux autres. Cependant, les patientes ont du mal à prendre au sérieux ces séances ludiques. C'est d'ailleurs ce que déplore Philippe Ebert lors d'une discussion avec les infirmières qui précède ce jeu du « petit bac ».

> Philippe Ebert explique que les patientes ne prennent pas au sérieux les séances de convivialité : « Les séances où il y a un côté intellectuel, ça marche mieux. ». Un patient, Alexandre Bennani, parle d'ailleurs de ces séances intellectuelles comme de « cours », alors qu'il ne voit aucune utilité au groupe convivialité. Idem pour Laurie Delpierre. Philippe Ebert conclut en disant : « J'insiste pour qu'ils ne parlent pas de cours. C'est une thérapie, ce n'est pas pareil ! »[762].

[760] Ce jeu, aussi nommé « jeu du baccalauréat » ou « jeu du bac », consiste à trouver par écrit et dans un temps limité plusieurs mots correspondant à une catégorie et commençant par la même lettre.
[761] Journal de terrain, 30 septembre 2020.
[762] *Idem*.

Comme l'évoque Philippe Ebert à propos de Alexandre Bennani, le rapport scolaire à la thérapie est souvent explicité par les personnes prises en charge. Au début d'une séance sur la gestion des émotions, alors que la psychologue faisait un tour de parole pour savoir « *comment ça va ?* », Laurie Delpierre prend la parole :

> Elle explique que son mode « parent punitif » est activé et le ressent comme un échec. Elle voit la thérapie sur le mode scolaire : « Il faut tout réussir, comme un exercice ». Selon elle, il faut bien travailler, bien faire les exercices, comme s'il fallait avoir un 15/20. Anne-Lise Simon répond sur le ton de la blague : « c'est tout ? »[763].

Les professionnel·les visent ainsi à resocialiser les personnes dites *borderline* à partir d'un mode scolaire de socialisation, via des exercices et l'apprentissage d'un nouveau travail sur soi. Au-delà de cette forme d'organisation des relations thérapeutiques, la psychothérapie est également vécue comme relevant d'une expérience scolaire, où il s'agit de réussir ses exercices, et surtout de réussir à *bien* travailler sur soi. La blague formulée par la psychologue est d'ailleurs signifiante sur ce point. Se plaçant pleinement dans une position d'enseignante, Anne-Lise Simon juge tout naturellement, et sous couvert d'humour qu'un 15/20 n'est pas un résultat si difficile à atteindre, et qu'il ne faut pas s'en contenter.

2.2.2. Violence symbolique et ethnocentrisme de classe

Les effets de cette organisation formelle de la thérapie se sont dévoilés de manière particulièrement explicite durant une situation conflictuelle entre deux patient·es, Delphine Ali, une patiente de 37 ans conductrice de transports publics et Alexandre Bennani, un patient de 34 ans diplômé d'une école d'ingénieur, qui suscite finalement l'arrêt de la thérapie de la première. Cette situation, retranscrite extensivement dans l'extrait de journal de terrain suivant, prend place lors d'une séance de Thérapie des schémas animée par les deux psychologues, Anne-Lise Simon et Julie Blanc, ainsi que par Carole Cambre, l'infirmière. Sont également présentent Géraldine Martin, une patiente de 55 ans documentaliste dans l'éducation nationale, ainsi que Catherine Faivre, une patiente de 26 ans auxiliaire de puériculture qui ne prend pas part à ces échanges.

> Anne-Lise Simon annonce l'exercice du jour qui porte sur le « parent punitif », « parce qu'il est coriace », dit-elle. « La semaine dernière on avait vu les phrases redondantes de ce parent[764]. » Elle distribue une feuille, qui comporte un tableau à remplir et qui sert de support à l'exercice intitulé « Comprendre les réponses problématiques en Thérapie des schémas ». Il consiste à penser à une situation, la décrire brièvement,

[763] Journal de terrain, 29 septembre 2020.
[764] Ces phrases correspondent à une autocritique intérieure qui commence généralement par « tu » : « tu n'es pas à la hauteur », « tu es nul·le », etc.

décrire la réaction problématique, identifier le ou les modes qui ont été activés, identifier les besoins qui n'ont pas été comblés[765], puis identifier le ou les schémas qui ont déclenché ces modes, et enfin décrire brièvement un souvenir d'enfance ou de jeunesse associé et qui se trouve au fondement de ces schémas et modes. Delphine Ali pose une question de précision sur le parent punitif. Julie Blanc (psychologue) précise que le parent punitif, « c'est quand une situation enclenche la critique intérieure… il faut que ça se retourne contre soi ». Quelques instants plus tard, alors que Géraldine Martin et Alexandre Bennani écrivent sur leurs feuilles, Delphine Ali dit : « J'ai du mal avec ces choses, c'est trop scolaire ». Julie lui demande : « Est-ce que ça joue sur votre culpabilité ? » – « Bah quand j'étais à l'école c'était bien, mais comme j'ai arrêté tôt, c'est pas très évolué », répond Delphine Ali. Julie Blanc arrête le moment d'écriture quelques minutes plus tard et dit à Delphine Ali d'écouter les autres présenter leurs exercices en précisant que cela lui permettra peut-être de se débloquer. Alexandre Bennani commence à décrire sa situation. Il raconte qu'un soir il a oublié de fermer la fenêtre de la cuisine. Le lendemain matin, lorsqu'il est entré dans la cuisine et qu'il s'est rendu compte que la fenêtre était ouverte, il s'est énervé et s'est mis une « auto-gifle ». Il explique que le souvenir associé à cette situation correspond aux moments où ses parents lui demandaient de ranger sa chambre. Lorsqu'il ne le faisait pas immédiatement, il recevait une gifle. Ensuite, une discussion agitée commence, durant laquelle Delphine Ali dit ne pas comprendre la réaction d'Alexandre Bennani. Ce dernier lui répond que c'est plus fort que lui, c'est une réaction spontanée. Avant même de réfléchir, il s'est déjà mis une gifle. « Biologiquement, ça s'explique », dit Alexandre Bennani. Il décrit ensuite les mécanismes neuronaux responsables des comportements réflexes. Il parle alors de « la non-arbitration du système de cognition… Comme c'est impulsif, je n'ai pas le temps de réfléchir », dit-il. Delphine Ali répond, « mais le cerveau doit se changer ! » Elle ne comprend pas qu'une fois le problème identifié, il ne puisse pas changer. « C'est pour ça que ce sont des schémas dysfonctionnels… tu peux dire à ton cerveau que c'est bête, mais ça empêche pas la réaction », répond Alexandre Bennani. Julie Blanc dit alors, sur un ton admiratif, « c'est beau de comprendre le fonctionnement neurobiologique ». Anne-Lise Simon ajoute que « les troubles de la personnalité ne sont pas de la folie… l'important, c'est la prise de conscience ». La discussion dérive sur le rapport de Alexandre Bennani à l'alcool, que Delphine Ali ne comprend pas également. Anne-Lise prend la parole, en s'adressant à Delphine Ali : « Pour vous, c'est l'adulte sain qui ne comprend pas. Mais pour lui, ça le soulage… mais il y a encore une partie [qui dit :] tu l'as mérité. » – « C'est de l'immaturité » selon Delphine Ali. Anne-Lise acquiesce en précisant que « c'est un enfant qui remonte, oui ». Puis elle précise qu'« il peut y avoir différents Moi, avec un grand M, qui peuvent se développer parallèlement ». Julie Blanc ajoute que « chacun de nous, on a un enfant vulnérable. Carole [infirmière], Anne-Lise, Ivan… Il n'est pas mauvais, pas mal en soi. » Géraldine Martin, qui prend la parole pour la première fois dans cet échange, dit que « ça nous rend humains ». Anne-Lise Simon acquiesce et Julie Blanc demande à Delphine Ali de décrire sa relation avec son enfant vulnérable. « Je l'ai choyé, il est devenu un sumo », explique Delphine Ali. À cet instant, Alexandre Bennani sort son téléphone, regarde Anne-Lise Simon et lui fait signe qu'il doit sortir pour répondre. « C'est urgent », dit-il. La psychologue lui adresse un signe de tête approbateur et

[765] Lors de cette explication, Anne-Lise distribue des petites feuilles qui récapitulent les besoins : « sécurité de l'attachement aux autres » ; « autonomie et compétences » ; « limites et autocontrôle » ; « liberté d'exprimer ses besoins et ses émotions » : « reconnaître ses émotions, en tenir compte et les exprimer » ; « la spontanéité et le jeu » : « jouer, s'amuser et bénéficier de moments de spontanéité ».

Alexandre Bennani sort de la salle. Géraldine Martin expose ensuite sa situation, qui porte sur l'irritation qu'elle a ressentie lors d'une séance d'orthophoniste. Alexandre Bennani reste hors de la salle une bonne partie de la présentation de Géraldine Martin, puis se réinstalle. Julie Blanc demande alors : « Pour finir, qu'est-ce qu'un bon parent ? Qu'est-ce que le parent intérieur peut dire ? » Alexandre Bennani répond « la bienveillance » et Géraldine Martin répond qu'il faut « prendre les choses telles qu'elles sont ». Anne-Lise Simon dit que c'est le principe de la méditation, puis précise que « ce qu'on vous apprend ici, c'est une nouvelle langue, c'est comme du chinois… ». « Quelle est la graine à semer pour avoir de la bienveillance envers nous-mêmes ? », demande Alexandre Bennani. « La patience… Les mécanismes psychiques n'ont rien à voir avec le temps, ça a une temporalité particulière », répond Anne-Lise Simon. Après une dernière discussion qui porte sur l'acceptation de soi et la méditation, Julie Blanc annonce la fin de la séance. Delphine Ali, qui était silencieuse depuis une dizaine de minutes, prend la parole : « Alors ça, je trouve ça insupportable », dit-elle. Les psychologues ne comprennent pas. « Je fais l'effort de venir, et je n'ai même pas le droit à la parole », ajoute Delphine Ali. Julie Blanc lui répond, confuse, que face à ses difficultés en début de séance, elle pensait qu'elle n'avait rien à dire. Delphine Ali montre sa feuille. Elle a fait l'exercice entre temps. Julie s'excuse en disant qu'elle n'avait pas vu son exercice réalisé. Delphine Ali explique qu'elle trouve inadmissible de ne pas avoir eu la parole, tandis que Alexandre Bennani a monopolisé une grande partie du temps de parole. Il est sorti pendant vingt minutes, puis quand il est entré, et alors que Géraldine Martin parlait, il était sur son téléphone, précise Delphine Ali (Anne-Lise Simon lui avait effectivement fait une remarque en disant « restez avec nous » alors qu'il était penché sur son téléphone). Pour elle, lors de la dernière demi-heure, la parole lui revenait de droit. Au lieu de ça, Alexandre Bennani a encore eu la parole. Ce dernier intervient, et dit qu'il s'était aussi senti frustré à la fin d'une séance durant laquelle il n'avait pas eu la parole. « C'est quand tu étais arrivé une demi-heure en retard ?! » répond Delphine Ali. « Comment ? » demande Alexandre Bennani. Il ne comprend pas et précise qu'il essaie d'être bienveillant avec elle. Le ton monte. Julie arrête la discussion. « Ce n'est pas ici qu'on va régler nos problèmes », dit-elle, puis précise que la semaine prochaine, la séance débutera par la situation de Delphine Ali. Anne-Lise Simon demande à Alexandre Bennani de la suivre dans son bureau. Delphine Ali reste dans la salle avec Julie Blanc et Carole Cambre tandis que Géraldine Martin et Catherine Faivre sortent. Je reste dans la salle et assiste à la discussion. Delphine Ali est très énervée. Elle trouve Alexandre Bennani insupportable. Il arrive toujours en retard, s'excuse envers les soignant·e·s, mais jamais envers les patientes. « Pour lui, on est de la merde », dit-elle. Il n'arrête pas de souffler, part en pleine séance, est sur son téléphone, explique Delphine Ali. « Il est mal éduqué, c'est qui qui l'a éduqué comme ça ? » finit-elle par dire[766].

[*Extrait du journal de terrain écrit le lendemain*] J'apprends ce matin que Delphine Ali arrête la psychothérapie et ne reviendra pas à l'HDJ. Je suis assis dans le bureau des infirmières quand Carole Cambre, l'infirmière, décroche le téléphone qui vient de sonner. C'est Delphine Ali qui lui annonce sa décision d'arrêter. Au téléphone, l'infirmière lui dit alors que « c'est dommage, c'est vrai que c'est difficile pour vous, mais du coup vous ne pouvez pas profiter de la thérapie… C'est vrai que vous étiez

[766] Journal de terrain, 1er octobre 2020.

> assidue… Vous vous excluez toute seule, et c'est un programme qui pourrait vous aider… C'est dommage… Vous allez voir votre psychiatre… Et du coup, qu'est-ce que vous avez prévu ce week-end ?... C'est important de se décentrer. » L'appel a duré une dizaine de minutes[767].

Ce dernier extrait de journal de terrain montre la sollicitude et la volonté de bien faire des professionnel·les de l'HDJ. Cependant, les outils à leur disposition et les impensés concernant la manière dont est cadrée la thérapie, notamment concernant sa forme qui présuppose un certain capital scolaire, entraîne des interprétations psychologiques qui individualisent et psychopathologise les raisons de cet arrêt. Il ne s'agit cependant pas de responsabiliser ou de juger négativement les professionnel·les de cet espace de soins, mais de rendre compte de la manière dont le cadrage théorique et organisationnel de l'*HDJ borderline* entraîne nécessairement un impensé concernant les effets des rapports sociaux sur les interactions qui se nouent au sein de l'HDJ.

En effet, à la suite de cette séance, les psychologues et les infirmières interprètent la réaction de Delphine Ali comme faisant partie de sa psychopathologie. Cela serait le résultat, selon elles, d'une tendance interprétative et sensitive. Ce fonctionnement psychique engendrerait un rapport aux autres sous la forme de « *bons* » et de « *mauvais* » objets : tout le monde serait « *mauvais* » à l'exception de l'infirmière, Carole Cambre.

> À la suite de l'appel téléphonique, Carole Cambre juge que Delphine Ali est « interprétative » et « sensitive » puis ajoute : « je suis le bon objet, et tout le reste, ça ne va pas ». Carole Cambre m'explique que Delphine Ali ne veut pas voir Philippe Ebert à la suite d'un entretien qui s'est mal passé et qu'elle a gardé en travers de la gorge. Elle ne veut pas non plus voir Julie Blanc. Lundi dernier, comme elle était la seule à être venue, la psychologue lui a demandé si elle voulait rentrer chez elle. Delphine Ali n'a pas compris cette proposition et s'est vexée. Pourquoi sa présence serait-elle fonction des autres ? Si elle a fait l'effort de venir pourquoi ne pas la prendre ? Elle a également été heurtée lorsque Julie Blanc est revenue sur « l'incident » avec le vigile de l'hôpital, en disant qu'il y avait une inadéquation entre ce qu'elle disait et ce qu'il s'était passé. En effet, au moment d'un tour de parole sur la « température émotionnelle » au début d'une séance, Delphine Ali avait annoncé les degrés 2-3, une température émotionnelle basse, tout en expliquant qu'elle a été énervée par le vigile de l'hôpital qui ne voulait pas la laisser entrer. La psychologue lui a alors dit qu'elle « sous-évaluait sa température émotionnelle »[768].
>
> Pour Anne-Lise Simon, ce qu'il s'est passé le jeudi précédent [*situation décrite précédemment*] illustre « l'extrême sensitivité » de Delphine Ali. Elle s'en veut d'être passée à côté durant les séances et les entretiens individuels. Elle n'a pas vu à quel point elle était « interprétative » : « Elle a une façade d'adulte sain, mais finalement, elle est très interprétative ». Pour la psychologue, Delphine Ali a un problème avec l'implicite, « elle est à côté dans les relations, elle n'a pas le sous-texte, et elle comble

[767] Journal de terrain, 2 octobre 2020.
[768] Journal de terrain, 2 octobre 2020.

> un vide en interprétant ». Julie Blanc pense qu'elle ne va pas revenir, et dit que sa psychiatre n'est pas surprise. Philippe Ebert dit qu'il y a eu l'idée, à un moment, d'une prescription d'Abilify[769]. Mais ça n'a pas tenu, parce qu'elle n'a pas conscience de ses troubles, et notamment de sa grande rigidité. Pour Anne-Lise Simon : « c'est tellement lié à son histoire… mais elle le nie » [*l'histoire de Delphine Ali est marquée, comme la quasi-totalité des patientes, par des expériences de violences de genre ainsi que par des abus sexuels lors de son enfance*]. La psychologue rapporte les paroles de la patiente qui aurait dit : « j'aime pas mon histoire… jusqu'à 30 ans, ça allait ». Pour Anne-Lise Simon, elle a complètement reconstruit son histoire, puis souligne qu'elle a répété plusieurs fois qu'elle se sentait « lésée » et conclue en disant que « c'est toute son histoire d'être lésée »[770].

Dans le langage des psychologues, la sensitivité et l'interprétation s'inscrivent dans une symptomatologie paranoïaque. Cela renvoie à une tendance à interpréter des actions d'autrui, pourtant anodines et qui ne sont pas directement dirigées vers la personne, comme relevant d'une forme d'attaque délibérée ou d'une forme de machination. À travers l'analyse en termes de « bon » et de « mauvais » objet, qui s'inspire des travaux psychanalytiques de Mélanie Klein, les professionnel·les présupposent également un mécanisme projectif à l'œuvre chez cette patiente. Ce mécanisme est le résultat d'une forme de clivage du Moi. Ici, c'est une partie « mauvaise » du Moi de Delphine Ali qui serait inconsciemment attribuée (projetée) à autrui, en l'occurrence Alexandre Bennani ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe mis à part Carole Cambre. En d'autres termes, ces jugements psychologiques présupposent donc l'absence de la réalité de la situation qui a énervé Delphine Ali, et face à cette absence de réalité, la source de sa colère proviendrait donc de sa propre intériorité psychique, perçue par les professionnel·les comme troublée et clivée.

Un regard sociologique peut cependant identifier certains éléments liés à l'inégale distribution de capital culturel, notamment sous sa forme scolaire, parmi les acteurs et actrices en présence. Cette grille de lecture de la situation permet alors de révéler les effets de domination, et donc les formes de violence symbolique qui traversent cet espace de soin. En effet, dès le départ, Delphine Ali explicite son manque de capital scolaire. Elle énonce sa difficulté à réaliser l'exercice, elle qui n'a pas le bac et qui précise avoir arrêté l'école très tôt. Cet exercice consistant à identifier une situation problématique, puis de la prendre pour objet à l'écrit pour y trouver une résolution de manière abstraite, permet d'exemplifier l'emprise de la forme scolaire sur la psychothérapie. Ensuite, lors de l'échange concernant la situation d'Alexandre Bennani, Delphine Ali fait face à l'aisance à l'oral de ce dernier ainsi qu'à son

[769] Un neuroleptique atypique de dernière génération. Cette idée de prescription est fortement signifiante quant à la catégorisation de cette patiente. Voir. Infra. 2.3.1. Le trouble *borderline*, une version universitaire de l'hystérie.
[770] Journal de terrain, 6 octobre 2020.

usage de termes spécifiques, comme lorsqu'il évoque le système de cognition. Alexandre Bennani, diplômé d'une école d'ingénieur en biologie, manie aisément des concepts neuroscientifiques, ce qui suscite l'admiration et l'enthousiasme des psychologues. Alexandre Bennani se situe, à cet instant, de leur côté dans la relation d'apprentissage. S'ajoute enfin l'annonce de la fin de séance sans qu'un tour de parole ne soit proposé à Delphine Ali, qui avait pourtant fini son exercice. Cette scène ethnographique met ainsi en lumière les attentes implicites de cette psychothérapie, notamment l'évidence du rapport réflexif à sa propre expérience et de la capacité à l'écrire. Cet impensé relève d'une forme d'ethnocentrisme de classe, qui est d'ailleurs souvent exemplifié par le choix des anecdotes mobilisées par les professionnel·les durant les séances. Pendant le jeu du « petit bac » animé par Philippe Ebert, ce dernier exemplifie le risque qu'il y a de ne pas prévoir ses repas avant d'avoir faim avec une anecdote issue de ses dernières vacances au ski, une pratique qui réunit moins de 10 % des Français[771]. Il raconte qu'il ne peut pas préparer des sandwichs le matin, car il ne mange jamais au petit déjeuner et que cela le « *dégoute* ». Durant ses vacances, il a donc systématiquement mangé au restaurant d'altitude le midi, ce qui constitue selon lui des repas peu équilibrés[772].

Il apparaît que l'organisation formelle de la thérapie ainsi que les présupposés théoriques de l'explication des comportements contribuent à orienter les commentaires des professionnel·les. Ces commentaires n'ont pourtant pas été reconnus comme légitimes par Delphine Ali, qui y a vu des attaques. Ainsi, là où une analyse sociologique attentive à la stratification sociale et aux effets des rapports sociaux peut voir un désajustement entre des attentes professionnelles socialement situées et la manière d'agir et de percevoir des patientes, les professionnel·les de l'HDJ font résider le problème dans la seule intériorité psychologique, et cela même si l'« histoire » personnelle de Delphine Ali a été évoquée. En effet, au sein de ce modèle explicatif, cette « histoire » ne peut être convoquée que comme une manière de structurer (ou de déstructurer) une intériorité psychologique qui seule serait à la source des comportements et des émotions (mécanismes sensitif, interprétatif et projectif). On retombe ici sur la discussion de Norbert Elias concernant les rapports entre psychiatrie et sociologie[773] ; là où la perspective psychiatrique explique le comportement humain au prisme de l'individu en pensant un environnement social flou et peu structuré qui viendrait façonner à la marge et dans

[771] Sandra Hoibian, *Moins d'un Français sur dix part aux vacances d'hiver*, Paris, Crédoc, 2024.
[772] Journal de terrain, 30 septembre 2020.
[773] Norbert Elias, « II. Sociologie et psychiatrie (1969-1972) » dans *Au-delà de Freud. Sociologie, psychologie, psychanalyse*, Paris, La Découverte, 2010, p. 47-79.

un second temps des individualités, la perspective sociologique considère avant tout des configurations sociales fortement structurées qui engendrent des individus[774].

2.2.3. Une situation de mépris de classe

Les effets des rapports sociaux de classe au sein de la thérapie se révèlent également dans certains jugements des psychologues concernant le type de profil social qu'elles perçoivent chez les patient·es. C'est ce qu'illustre une admission de dernière minute au début de la session de prise en charge de mai 2021. Un patient, prévu pour cette nouvelle session s'est désisté au dernier moment. Durant une réunion de synthèse, et à la suite d'une proposition du psychiatre, il a été décidé d'inclure une nouvelle patiente, Jessica Moretti, suivie initialement au Centre médico-psychologique (CMP) qui dépend du pôle psychiatrique de l'Hôpital des Vignes. J'assiste à la discussion entre Anne-Lise Simon et Julie Blanc qui venait de réaliser l'entretien psychologique d'admission :

> Julie Blanc était en entretien d'admission avec la nouvelle patiente. En rentrant dans le bureau, la psychologue dit qu'elle ne comprend pas pourquoi elle se retrouve là. Elle vient du CMP, ça a été décidé « à la va vite », et « c'est une *wesh*, tout droit sortie des *Marseillais*[775] ! » dit Julie Blanc. Anne-Lise Simon lui dit qu'elle a vu la même chose : « C'est vraiment les *Marseillais*… Mais bon, on va mettre les préjugés de côté, hein ! »[776].

Une dizaine de jours plus tard, Anne-Lise Simon nous fait part d'une découverte concernant le niveau d'étude de Jessica Moretti :

> « Elle a fait un master, sous ses airs-là, elle est allée jusqu'au master ! Nos patients sont incroyables ![777] »

Ces différents jugements et étonnements vis-à-vis de Jessica Moretti relèvent d'un mécanisme de « mépris de classe[778] ». Cette expression, qui circule principalement dans l'espace public et qui constitue initialement un jugement moral, a été appropriée et travaillée dans une perspective sociologique. Dans ce cadre, faire une sociologie du mépris de classe permet de saisir dans le creux des interactions les plus ordinaires et quotidiennes des mécanismes de domination beaucoup plus profonds et structurants.

---

[774] Wilfried Lignier, *La société est en nous. Comment le monde social engendre des individus*, Paris, Seuil, 2023.
[775] En référence à l'émission de téléréalité mettant en scène des Marseillais, associée à une forme typiquement populaire de divertissement, et qui regroupe des personnes érigées comme représentantes du style de vie des classes populaire.
[776] Journal de terrain, 7 mai 2021.
[777] Journal de terrain, 18 mai 2021.
[778] Nicolas Renahy et Pierre-Emmanuel Sorignet, « Introduction. Pour une sociologie du mépris de classe. L'économie des affects au cœur de la domination », *Sociétés contemporaines*, 2020, vol. 119, nº 3, p. 5-32.

> « C'est dans l'interaction [que le mépris de classe] s'observe, dans les entretiens approfondis qu'il s'énonce, dans l'analyse des représentations charriées au quotidien qu'il se perçoit. Il engage les affects liés aux positions, dispositions et aspirations de chacun. Faire la sociologie des manifestations concrètes et multiples du mépris de classe offre alors l'occasion de focaliser l'attention sur ce que charrient d'émotions, de malaises, de refoulements ou de quête de dignité les rapports concrets de domination. Et de prendre pour objet la dimension morale que revêtent inévitablement ces manifestations : faire la sociologie du mépris de classe, ce n'est pas renvoyer à des responsabilités individuelles, se faire le procureur d'un groupe social ou le chevalier blanc d'un autre, mais révéler des distances et des appartenances collectives afin de contribuer à mettre au jour un ordre social et un état donné d'une économie des émotions de classe dans laquelle tous les agents sont pris à des degrés divers.[779] »

Ce mépris est d'ailleurs identifié par Anne-Lise Simon qui essaie de « *mettre* [s]*es préjugés de côté* » avant d'aller animer le groupe qui suit cette discussion. Ces préjugés prennent leur source dans une certaine perception d'un style de féminité qui est socialement distant de celui des psychologues. Les manières de parler, de s'habiller, de se maquiller, de se teindre les cheveux, et surtout de porter de longs faux ongles, sont autant d'éléments qui font dire aux psychologues que Jessica Moretti performe un style de féminité archétypale des classes populaires (« *c'est une wesh* ») ; style représenté, dans leur esprit, par les candidates des émissions de téléréalité comme les *Marseillais*. Il s'agit donc bien ici d'émotions suscitées par un rapport de domination. Les psychologues sont d'abord étonnées négativement de la présence de cette patiente, si éloignée d'elles et des attentes présupposées par le cadre de la thérapie, puis l'étonnement se fait positif lorsque, malgré sa perception première, Anne-Lise Simon apprend que Jessica Moretti a réalisé un master.

L'incompréhension initiale des psychologues repose également sur le processus d'admission de cette patiente qui vient du CMP. Elle n'a pas été adressée par un psychiatre exerçant en libéral ou en dehors du secteur, mais fait partie des personnes qui franchissent la frontière symbolique entre l'étage du bas, qui représente la psychiatrie sectorisée dont dépendent les CMP, et l'étage du haut qui relève d'une prise en charge non sectorisée et sélective. Ce franchissement de la barrière symbolique entre psychiatrie sectorisée et psychiatrie non sectorisée peut être rendu possible, comme on l'a vu, par un profil de suivi « psy », qui articule suivi psychiatrique et psychothérapeutique. Cependant, et en plus de l'hexis corporelle située par les psychologues du côté des classes populaires, Jessica Moretti n'a pas de suivi psychothérapeutique. Dans les dossiers des patientes qui ont traversé cette frontière symbolique de l'Hôpital des Vignes, il apparaît également que le regard psychologique se fait

[779] *Ibid.*, p. 6-7.

plus affuté. Se donne effectivement à voir une recherche fine d'autres éléments ou d'autres types de troubles qui permettrait d'expliquer les difficultés et les souffrances.

La norme concernant le recours aux soins proposé par cet hôpital de jour correspond donc bien à un adressage issu d'un suivi psychiatrique en libéral ou hors secteur, et toute trajectoire qui dévie est interrogée et scrutée avec attention. Au-delà de ce premier filtre, l'*HDJ borderline* est également un lieu à partir duquel se définit la trajectoire de soins future. Selon Julie Blanc, la psychothérapie de l'*HDJ borderline* est un « *booster de thérapie* ». Il s'agit donc de « *booster* » un travail sur soi qui doit être accompagné d'un suivi psychothérapeutique en libéral. Cependant, certains profils ne relèveraient pas de ce schéma de prise en charge et nécessiteraient plutôt la psychiatrie générale, sectorisée et publique.

C'est ce que permettent de montrer les discussions concernant Mounia Belkhir, une patiente de 24 ans originaire d'Algérie dont la « *problématique* » principale, selon les professionnel·les, consiste en une phobie sociale liée à un sentiment de persécution infondé (forme de paranoïa). Durant ces discussions les professionnel·les se demandent si la patiente relève d'une déficience intellectuelle ou d'une forme d'immaturité.

> La discussion tourne autour de l'âge Mounia Belkhir, et sur le fait qu'elle semble immature. Catherine dit : « c'est comme si elle découvrait tout ». Elle prend pour exemple la fois où Mathilde Dumont [*une autre patiente*] dit qu'elle aimait les filles. Mounia Belkhir lui dit : « tu as dit une fille ?! », de manière étonnée. Idem lorsque Constant Henon a parlé de la transidentité. Pour la psychologue « elle est plus immature que déficiente ». Quelques minutes avant, Philippe Ebert avait dit qu'en hospitalisation la question avait été posée sur une possible déficience intellectuelle[780].

Ces jugements en immaturité s'articulent à un constat selon lequel cette patiente, ainsi que l'ensemble de sa famille (parents et frère) « *ne font pas dans la psychologie* ». Autrement dit, se formule ici le fait que cette patiente n'aurait pas les prérequis nécessaires pour suivre une psychothérapie d'orientation cognitivo-comportementale en libéral ; ce qui transparaît dans les échanges qui suivent.

> Pour Philippe Ebert, c'est « encore une patiente qui veut échapper au secteur, en allant partout ». Dans son dossier se trouve une lettre du psychiatre exerçant dans l'hôpital public de secteur où Mounia Belkhir a été hospitalisée et qui demande un « suivi TCC » [*ce qui sous-entend un suivi psychothérapeutique en libéral*]. Cependant, après la lecture du dossier, la discussion tourne autour du fait que cette patiente n'a pas le profil pour ce type de suivi et doit être orientée vers le secteur psychiatrique.
>
> PHILIPPE EBERT : Bon je pense que c'est le secteur

[780] Journal de terrain, 27 avril 2021.

> ANNE-LISE SIMON : Pour connaître la TCC, c'est pas ce dont elle a besoin. Le thérapeute va se casser les dents, avec le truc protocolisé et tout…
>
> PHILIPPE EBERT : C'est une prise en charge au CMP, classique qu'il lui faut.
>
> ANNE-LISE SIMON : Elle est en demande de prise en charge globale, aujourd'hui c'est la phobie sociale, mais ça peut être autre chose demain.
>
> IG : Pourquoi la TCC n'est pas adaptée pour elle ?
>
> ANNE-LISE SIMON : Parce qu'elle est limite, elle est quand même convaincue [*du fait d'être prise pour cible de moquerie et d'insultes dans la rue*], sa phobie sociale c'est plus qu'une névrose, là il lui faut quelque chose de plus profond[781].

On retrouve ici, comme fondement du jugement professionnel, une perception du fonctionnement psychique rattaché à une psychose qui ne serait donc pas en adéquation avec un suivi spécialisé et en libéral, et qui nécessiterait donc plutôt un suivi en psychiatrie de secteur ; et cela même si cette patiente ne souhaite pas être suivie au CMP. S'illustre ici l'arrangement entre professionnalité psychothérapeutique et psychiatrique. Au-delà des l'identification de symptômes psychiatriques, on peut faire l'hypothèse que ces jugements reposent également sur la perception d'une inadéquation entre dispositions, du moins perçues par les professionnel·les, et ce qui est attendu dans le cadre d'un suivi psychothérapeutique en libéral et spécialisé. Se joueraient ainsi des enjeux de rapport de classe articulés, dans cette situation, aux effets du rapport social de race[782]. Ce rapport était d'ailleurs également certainement en jeu dans la situation confrontant Delphine Ali et Alexandre Bennani. La perception réciproque des origines ainsi que les socialisations certainement marquées par ce rapport social de ces deux patient·es issu·es de couples mixtes[783] ont très certainement joué un rôle dans l'interaction retranscrite précédemment. Cependant, je ne suis armé ni théoriquement ni empiriquement (n'ayant pas porté mon regard sur cette dimension durant l'ethnographie), pour analyser pleinement et de manière satisfaisante les effets du rapport social de race dans le cadre de la prise en charge du trouble *borderline*, dont l'analyse nécessiterait donc d'être réalisée. Toujours est-il qu'à travers ces différents exemples, s'éclairent les mécanismes de sélection ainsi que de différenciation concernant la population prise en charge dans l'hôpital de jour. Se révèle ainsi le fait que certains prérequis – en termes de capital scolaire, mais aussi en termes de positions sociales de classe et certainement de race – conditionnent à la fois l'accès

[781] *Idem*
[782] Solène Brun et Claire Cosquer, *Sociologie de la race*, Malakoff, Armand Colin, 2022.
[783] Solène Brun, *Derrière le mythe métis. Enquête sur les couples mixtes et leurs descendants en France*, Paris, La Découverte, 2024.

à l'*HDJ borderline* et la continuation d'une trajectoire au sein de l'offre de soins psychothérapeutiques privée et spécialisée.

Les cas développés dans cette sous-partie exemplifient des moments où se révèlent les mécanismes de domination et de violence symbolique dans l'*HDJ borderline*. Les descriptions précédentes permettent ainsi de documenter l'ethnocentrisme de classe présent dans cet espace de soin. Cet ethnocentrisme est tout d'abord le fruit de la forme scolaire donnée à la psychothérapie, au sein de laquelle les attentes sociales des professionnelles, dont la définition dépend de leur position et dispositions, sont naturalisées et érigées comme une évidence non-interrogée. Dans ce cadre, les situations qui mettent en péril la naturalité des ressorts de la thérapie que sont les dispositions réflexives et scolaires sont comprises au prisme d'une lecture et d'un langage qui fait de l'intériorité psychologique la seule source des actions et des émotions. Ces situations permettent également de rendre visible la frontière symbolique entre personnes adressées par des psychiatres en libéral et personnes initialement suivies dans un CMP. Cette frontière est également reproduite durant les discussions professionnel·les et les décisions concernant les trajectoires de soins futures.

2.2.4. Positions sociales, origines sociales et capital culturel des patientes de l'*HDJ borderline*

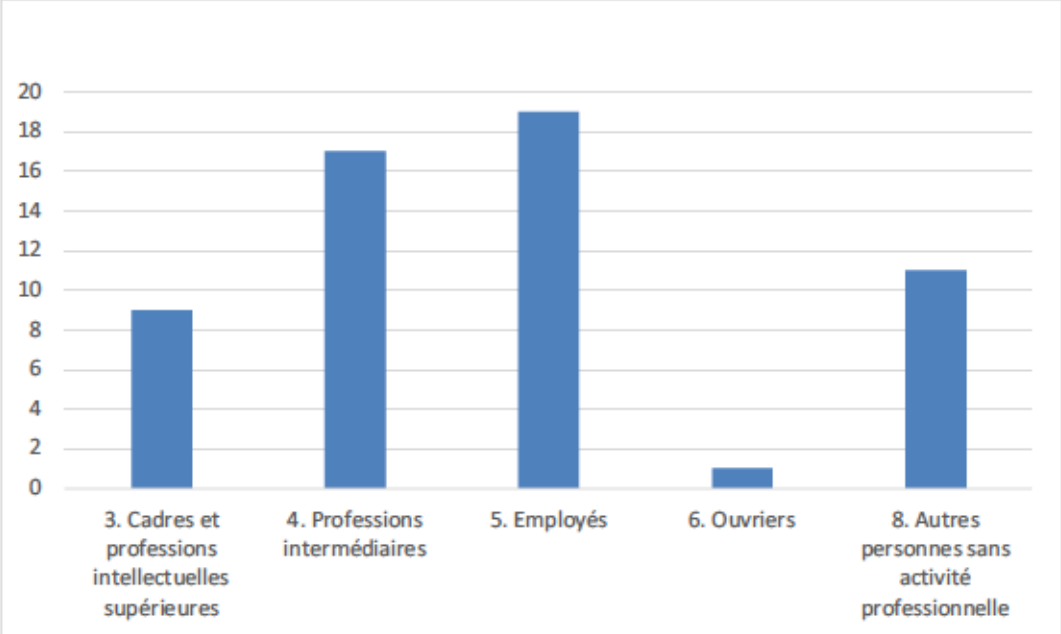
Afin de mettre en perspective les situations que je viens de présenter, je me centre désormais sur les variations et la répartition des origines sociales ainsi que des positions sociales des personnes prises en charge à l'*HDJ borderline*. Pour ce faire, je mobilise la classification des professions et catégories socio-professionnelles (PCS). Cette opération de classement qui vise à situer les patient·es selon les classes sociales est bien sûr réductrice, car comme le rappelle Bernard Lahire, « les classes sociales ne sont […] pas des boîtes bien formées et distinctes dans lesquelles on pourrait aisément ranger les différents membres d'une société pour expliquer mécaniquement leurs comportements[784] ». Ce n'est donc pas le classement qui importe, mais ce qu'il permet comme interprétation d'une certaine réalité sociale, en ce sens que « la question du classement devient secondaire si l'objectif n'est pas de classer pour classer, mais pour provisoirement faciliter l'interprétation[785] ».

Les trois graphiques suivants représentent respectivement la distribution des patient·es par PCS, la distribution des pères des patient·es par PCS, ainsi que la distribution des mères par

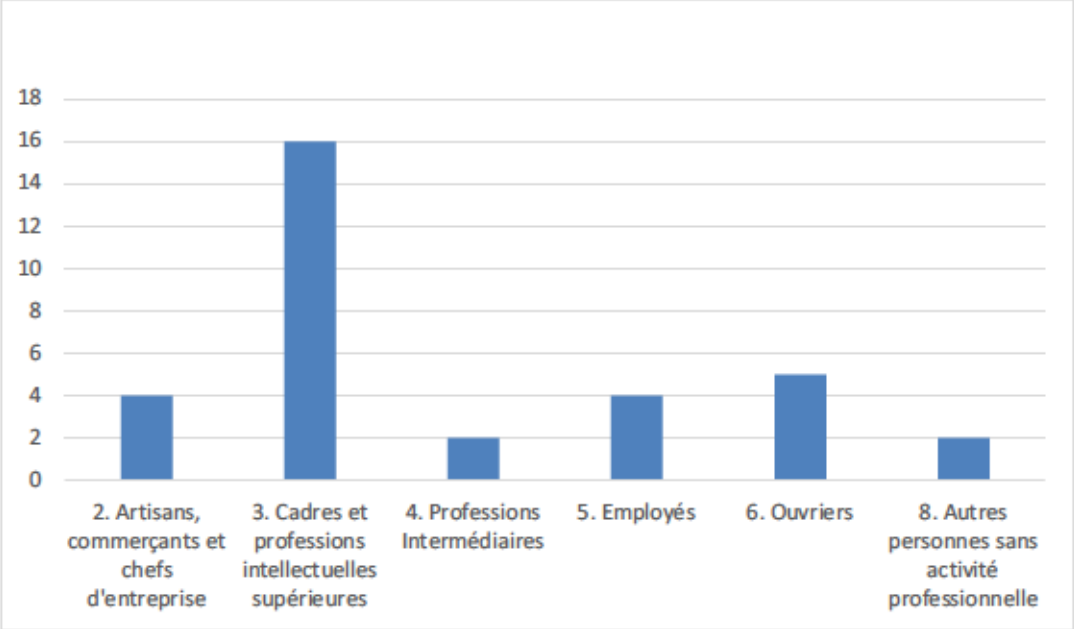
[784] Bernard Lahire, « Introduction de la deuxième partie. Classer, écrire » dans Bernard Lahire (dir.), *Enfances de classe*, Seuil., Paris, 2019, p. 91.
[785] *Ibid.*, p. 92.

PCS. Quelques précisions sont néanmoins nécessaires. Parmi les 82 cas analysés durant mon enquête de terrain à l'hôpital de jour (58 dossiers et 24 patient·es), j'ai recueilli des informations concernant la profession de 58 d'entre eux. Ces manques d'informations s'expliquent par un discours psychologique centré, lorsque la situation familiale paraît très problématique aux yeux des psychologues, sur les difficultés et la définition d'un environnement familial « *dysfonctionnel* ». Afin de rendre davantage lisible le graphique, j'ai choisi de mettre de côté les 24 cas où ces informations étaient indisponibles. Concernant les origines sociales (distribution des mères et des pères par PCS), la méthode ethnographique n'est pas la plus adaptée pour rendre compte des origines sociales et de leur répartition au sein d'une population donnée. J'ai effectivement recueilli davantage d'éléments sur la position sociale des patient·es que sur celle de leurs parents. Je mobilise donc les informations issues des dossiers récupérés durant l'enquête afin de faire ressortir les origines sociales des personnes prises en charge. Ici encore, les données sont lacunaires. Sur les 58 dossiers, les informations concernant la profession des pères sont présentes dans 33 dossiers et celles concernant la profession des mères dans 29 dossiers. J'ai donc également choisi, dans un souci de lisibilité, de ne pas représenter la colonne représentant le nombre de cas pour lesquels les données sont indisponibles.

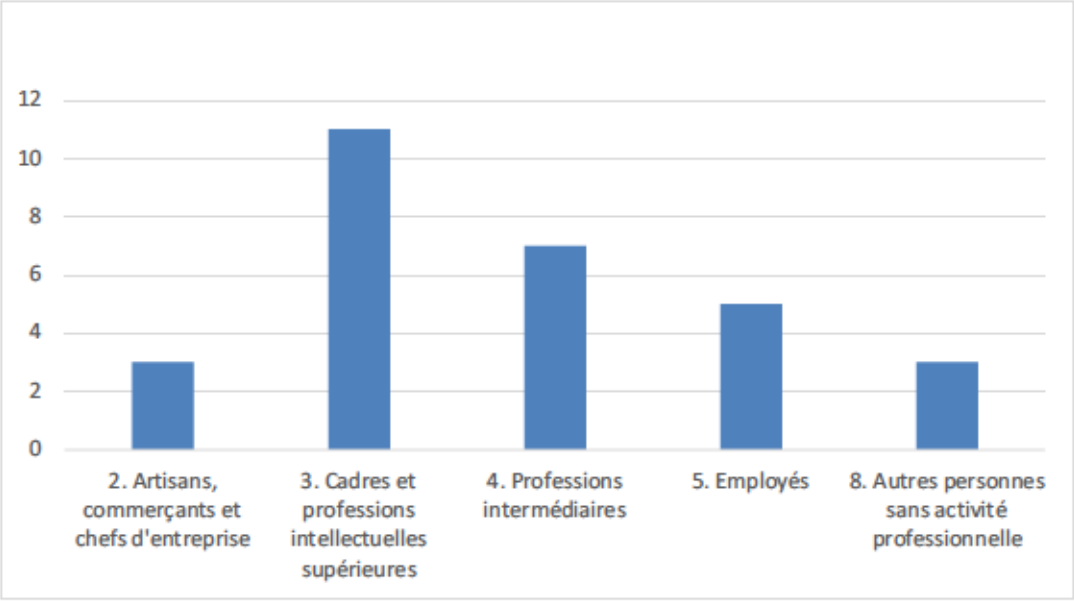
Graphique n° 4 : Distribution des patient·es de l'HDJ par PCS – dossiers et ethnographie (données disponibles ; n=57)



Graphique n° 5 : Distribution des pères des patientes par PCS dans les dossiers (données disponibles ; n=33)



Graphique n° 6 : Distribution des mères des patientes par PCS dans les dossiers (données disponibles ; n=29)



Ces classements, qui pourraient être affinés, sont provisoires et ont pour but de contextualiser les positions et origines sociales des personnes prises en charge à *l'HDJ borderline*. On retrouve tout d'abord une surreprésentation d'employé·es (n=19) et de professions intermédiaires (n=19) chez les patient·es, ainsi qu'une grande marginalité des ouvriers (la seule représentante de cette catégorie rencontrée durant mon enquête était Delphine Ali). Une part non négligeable des patient·es n'ont pas d'activité professionnelle (n=11). Dans

ce cas de figure, les patient·es réalisent des études (n=6), viennent de finir leurs études et, selon une expression mobilisée par Anne-Lise Simon, « *se cherchent encore* » (n=3), ou sont au chômage (n=2). Enfin, la catégorie des cadres et des professions intellectuelles supérieures est relativement secondaire (n=9). La distribution des patient·es selon les PCS diffère de celle des pères et des mères, où cette dernière catégorie arrive en tête, à la fois chez les pères (n=16) et chez les mères (n=11). Ces deux distributions varient néanmoins : les professions intermédiaires sont davantage représentées chez la mère que chez les pères, tandis que la catégorie des ouvriers est présente chez les seconds et non les premières. Cela montre certainement un effet de genre dans le type d'emploi occupé[786]. À partir de ces trois graphiques, on peut émettre l'hypothèse que les patient·es de l'*HDJ borderline* connaissent une tendance au déclassement par rapport à la position sociale de leurs parents[787].

Cette tendance au déclassement s'opère néanmoins dans une fraction relativement restreinte de l'espace social. En effet, lorsqu'on regarde le détail des professions des parents situés dans la catégorie des cadres et des professions intellectuelles supérieures, ces dernières correspondent à des métiers que l'on peut principalement situer au sein des classes moyennes, comme par exemple les professeur·es du secondaire ou encore les experts-comptables[788]. Ces métiers correspondent ainsi principalement à des positions intermédiaires de l'espace social, que ce soit dans la fonction publique ou dans le salariat, où ces professions correspondent de manière littérale à des activités d'intermédiation entre des groupes sociaux ou entre des services et un public[789]. Ainsi, ces déclassements s'opèreraient tendanciellement des classes moyennes supérieures aux petites classes moyennes et, dans certains cas, aux classes populaires stabilisées.

L'une des principales caractéristiques des positions sociales intermédiaires réside, comme l'avait noté Pierre Bourdieu, dans une « bonne volonté culturelle » marquée par une déférence vis-à-vis de la culture légitime et une forme de « rigorisme ascétique » ayant pour objectif l'ascension sociale[790]. C'est effectivement ce que l'on constate dans les précisions

[786] On peut souligner le fait que dix couples parentaux sont socialement mixtes à partir de l'indicateur de la catégorie socio-professionnelle, quatre d'entre eux sont en faveur de la mère et six en faveur du père.
[787] Ce constat nécessiterait davantage d'étayage empirique et une enquête spécifique sur ce point, mes données lacunaires ne me permettent que de dessiner des lignes d'hypothèses.
[788] Cédric Hugrée, Etienne Penissat et Alexis Spire, *Les classes sociales en Europe. Tableau des nouvelles inégalités sur le vieux continent*, 1er édition., Marseille, Agone, 2017. Je m'appuie sur l'annexe 3 de ce livre qui représente la nomenclature Eseg et les classes sociales.
[789] Serge Bosc, *Sociologie des classes moyennes*, Paris, La Découverte, 2022.
[790] « Cette bonne volonté culturelle pure et vide, tout entière définie par les impératifs de l'ascension, a son équivalent sur le plan de la morale : […] le rigorisme ascétique des fractions en ascension qui s'associe souvent à un progressisme prudent en politique est avant tout le principe d'une discipline que l'on s'impose, à soi-même et

concernant les attentes parentales vis-à-vis de la scolarité, et plus globalement de la réussite sociale décrite de manière abstraite dans les dossiers.

> Avec ses parents, quelques colères. Mère : avait une forme d'exigence. Ambitions de ses proches, y compris sa mère et sa tante maternelle – recherche d'approbation. Relation très proche, mentor, bienveillante mais exigeante. « Elle voulait que je réussisse », sinon forme de déception[791].
>
> La patiente décrit des exigences élevées de la part des 2 parents : « il faut que tu aies minimum 15 », « j'attends que tu fasses des efforts », avec une peur de la punition. Avait tendance à être très sage. Avec le temps, ressent une forte pression et une insatisfaction permanente de ses choix[792].
>
> Le père exerce une pression scolaire sur elle jusqu'à ses 25 ans, il lui renvoie une image d'échec. La patiente ne travaille que dans un climat de peur[793].
>
> La mère est décrite comme quelqu'un d'exigeante, « elle est très dure » – par rapport à l'école : « si tu n'as pas le bac on ne te garde pas à la maison ». La patiente ne ressent pas d'aide, avait besoin d'un soutien affectif[794].

Ces attentes parentales portées sur la réussite sociale via les résultats scolaires, se retrouvent dans les descriptions de la scolarité au sein des dossiers.

> Bonne à l'école, dans la tête de classe – des facilités (jusqu'au Bac) – était laissée à faire ses apprentissages seule – « je n'avais pas le choix de l'échec »[795].
>
> Bonne élève : 1ère de sa région à l'école (lors du décès de son père). Investissement important pour acquérir son indépendance.[796]
>
> Collège : excellente élève avec de bons contacts sociaux. A toujours eu de bonnes notes, travaille beaucoup, peur de l'échec[797].
>
> Scolarité « brillante » : « j'étais une tueuse »[798].

---

aux siens, et qui est totalement subordonnée à l'ascension sociale […] » P. Bourdieu, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1979, p. 406.

[791] Dossier n°21, 2021, patiente de 43 ans, bibliothécaire. Père : gérant de station d'essence. Mère : Non consigné.

[792] Dossier n°9, 2019, patiente de 20 ans, étudiante en Licence dans la culture et l'informatique. Père : Ingénieur. Mère : Ingénieure.

[793] Dossier n°16, 2018, patiente de 41 ans, cadre dans un commerce. Père : propriétaire d'un commerce. Mère : institutrice puis employée dans le commerce de son mari.

[794] Dossier n°50, 2017, patiente de 25 ans, pas d'indications sur sa position sociale. Père : Non renseigné. Mère : Au chômage après une rupture conventionnelle.

[795] Dossier n°1, 2018, patiente de 33 ans, Assistante sociale. Père : Retraité, ancien chargé d'étude. Mère : Gestionnaire comptable

[796] Dossier n°6, 2018, patiente de 30 ans, Étudiante, auparavant inspectrice des impôts en Algérie. Père : médecin. Mère : non consigné.

[797] Dossier n°43, 2020, patiente de 29 ans, études et profession non consignés. Pas d'indication concernant la profession des parents.

[798] Dossier n°58, 2018, patiente de 28 ans, sans emploi, Père : Sans diplôme, actuellement en situation précaire. Mère : Consultante à son compte.

Le groupe de personnes identifiées comme *borderline* dans cet hôpital de jour est ainsi principalement constitué de personnes qui ont connu une socialisation à la scolarité marquée par la bonne volonté culturelle de leurs parents, ce qui engendre une adéquation entre les attentes implicites de la psychothérapie et les dispositions des patientes. La présence de ces propriétés sociales, en grande partie produite par les attentes professionnelles en termes de suivi « psy » et de capital culturel, informe alors le type de féminité auquel correspond le trouble *borderline*, qu'il s'agit désormais d'éclairer plus avant.

2.3. Le genre du trouble *borderline*

On l'aura compris, le trouble *borderline* est une catégorie éminemment genrée, de sa définition à sa construction pratique par les psychologues de l'hôpital de jour. Il est quasi systématiquement associé à une forme de féminité, dont les contours et la forme ont été éclairés par les développements précédents. Dans les discours cliniques, une forte proximité avec l'hystérie se dégage, que ce soit aux urgences psychiatriques où les termes d'« *hystero* » et de « *border* » sont régulièrement accolés, mais aussi dans l'hôpital de jour où la catégorisation d'hystérie peut servir à spécifier un type d'expression du trouble *borderline*. Il convient d'étayer ce constat de proximité, en dialogue avec le travail de Julia Legrand concernant l'usage de la catégorie d'hystérie au sein de la psychiatrie de secteur[799]. Julia Legrand prend comme entrée de son analyse l'usage de la prescription médicale et montre comment elle participe des catégorisations psychiatriques et donc de la construction de profil de patient·es[800]. Je déplierai ainsi les informations recueillies lors de mon enquête concernant les traitements médicamenteux, ainsi que les motifs d'hospitalisation, afin de spécifier le profil psychiatrique des patientes dites *borderline*. Cependant, et là où Julia Legrand n'a rencontré aucun patient catégorisé hystérique[801], j'ai rencontré durant mon enquête une minorité d'hommes cisgenres catégorisés *borderline*. J'éclairerai donc également ces logiques de catégorisation extrêmement minoritaire (2 cas durant mon ethnographie).

[799] Julia Legrand, « Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », *Sociétés contemporaines*, 2023, vol. 130, nº 2, p. 5-38.
[800] J. Legrand, *L'incertitude psychiatrique. Une sociologie de la prescription de psychotropes en psychiatrie publique*, *op. cit.*
[801] Elle souligne effectivement que « Si aucun homme n'a été catégorisé hystérique lors de mes enquêtes de terrains, les patientes ainsi qualifiées étaient en revanche perçues de manière univoque ». J. Legrand, « Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », art cit, p. 25.

2.3.1. Le trouble *borderline,* la version universitaire de l'hystérie

Comme on l'a vu, les personnes prises en charge à l'*HDJ borderline* s'inscrivent dans une trajectoire psychiatrique commencée plusieurs années auparavant. La majorité de ces trajectoires est marquée par des hospitalisations, le plus souvent répétées. En effet, 19 dossiers indiquent 1 à 3 hospitalisations, 16 indiquent 4 à 6 hospitalisations, 7 dossiers indiquent explicitement qu'aucune hospitalisation n'est connue et 12 dossiers ne comportent aucun renseignement sur les hospitalisations. Sur les 58 dossiers, 25 n'indiquent aucun motif d'hospitalisation, que ce soit parce qu'aucune hospitalisation n'est rapportée ou que, malgré l'indication d'une hospitalisation, le motif n'apparaît pas (n=2). À partir du comptage de la fréquence des mots qui se retrouvent dans les motifs d'hospitalisation des 33 autres dossiers, les principales raisons qui justifient les hospitalisations correspondent aux tentatives de suicide, principalement par « *Intoxication Médicamenteuse Volontaire* » (IMV) associées à des pratiques d'automutilation, ainsi qu'aux idées suicidaires dans le cadre de phases dépressives résultant le plus souvent de « *ruptures affectives* »[802]. Vient ensuite la consommation de « *toxiques* », c'est-à-dire une consommation jugée excessive d'alcool, de cannabis, de cocaïne ou de MDMA (ecstasy)[803], ainsi que celle de médicaments qui peuvent être impliqués dans les IMV[804]. On retrouve enfin les « *troubles de la conduite alimentaire* », des comportements agressifs[805], et de manière plus marginale, des « *hallucinations* », des « *idées délirantes* », ou encore des « *épisodes conversifs* »[806]. Malgré le caractère lacunaire des renseignements au sein des dossiers, ces motifs sont similaires aux problématiques associées aux *borderline* que j'ai pu identifier lors des observations ethnographiques aux urgences psychiatriques, ainsi que lors des réunions de synthèse de l'équipe de l'HDJ : les personnes dites *borderline* sont décrites comme suicidaires, automutilatrices et consommatrices de « *toxiques* ». Le grand nombre d'occurrences du mot « *dépression* » se comprend d'ailleurs à l'aune de ce que j'ai développé dans le chapitre 2 consacré aux urgences psychiatriques : la nécessité d'hospitaliser une personne perçue comme *borderline* est souvent liée à l'identification d'une dépression.

Ces trajectoires de soins psychiatriques s'éclairent également à travers les traitements médicamenteux indiqués dans les dossiers. La quasi-totalité des personnes prises en charge à

[802] On retrouve effectivement 22 occurrences du mot « *suicide* » et 8 occurrences du mot « *suicidaire* », 20 occurrences du mot « *tentative* », 17 occurrences du mots « *dépression* », et 12 occurrences du mots « *IMV* ».
[803] 6 occurrences du mot « *sevrage* », 6 occurrences du mot « *alcool* », 3 occurrences du mot « *cocaïne* », 2 occurrences de « *MDMA* », 1 occurrence de « *cannabis* »
[804] 2 occurrences du terme « *benzodiazépine* »
[805] L'ensemble « *agressions* », « *agressive* », « *agressivité* » ainsi que l'ensemble « *boulimie* », « *boulimique* », « *alimentaire* », cumulent respectivement 3 occurrences.
[806] Ces termes ne comptent qu'une seule occurrence chacun.

l'*HDJ borderline* a des prescriptions de médicaments psychotropes – lors de mes observations ethnographiques, la majorité des personnes avait ce type de prescriptions avant d'arriver à l'*HDJ borderline*. Le traitement médicamenteux est d'ailleurs érigé comme norme par le psychiatre de l'HDJ. En effet, selon Philippe Ebert, qui adopte une posture typique de médecin dont le pouvoir repose avant tout sur la prescription[807], il est important que les patients et patientes aient des traitements : « *Il faut le dire, ils ne peuvent pas s'en sortir seuls ou bien faire la thérapie sans la béquille des médicaments*[808] », dit-il. Les médicaments psychotropes sont habituellement distingués en six principales classes[809] :

> « Anxiolytiques (ou tranquillisants) : Médicaments destinés à réduire l'anxiété. Il peut s'agir de benzodiazépines qui ont également un effet sédatif et myorelaxant.
>
> Hypnotiques (ou somnifères) : Médicaments destinés à lutter contre les troubles du sommeil. Il peut s'agir de benzodiazépines qui ont également un effet anxiolytique
>
> Antidépresseurs : Médicaments destinés à réduire l'effet des épisodes dépressifs. Certains d'entre eux peuvent également diminuer l'intensité des troubles anxieux.
>
> Thymorégulateurs : Médicaments destinés à réguler l'humeur, en particulier pour des pathologies comme les psychoses maniaco-dépressives ou les troubles bipolaires. Il s'agit principalement du lithium et des sels de lithium.
>
> Neuroleptiques (ou antipsychotiques) : Médicaments destinés à réduire ou atténuer les psychoses, notamment la schizophrénie. Leur action est diversifiée (antidélirante, antihallucinatoire, anti-confusionnelle, désinhibitrice, sédative, etc.).
>
> Les psychostimulants. À l'instar du méthylphénidate, ils stimulent certaines régions du cerveau et luttent contre l'endormissement. Ils sont utilisés pour traiter la narcolepsie qui provoque des accès de sommeil incontrôlables. Mais, leur usage le plus fréquent aujourd'hui concerne le traitement du déficit de l'attention, associé en particulier à l'hyperactivité[810]. »

Il faut également garder à l'esprit quelques éléments : la prescription ne correspond pas forcément à la consommation[811], et les classes précédemment définies ne déterminent jamais totalement les usages concrets, qui sont en réalité marqués par une « fluidité prescriptive[812] ». Cela étant dit, il apparaît que les six classes de médicaments psychotropes se retrouvent dans

---

[807] Joséphine Eberhart et Julia Legrand, « La prescription médicale comme enjeu de pouvoir », *Genèses*, 2022, vol. 127, nº 2, p. 3-9.
[808] Journal de terrain, 25 mai 2021.
[809] Inserm, *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances*, Paris, Inserm, 2012.
[810] Philippe Lemoigne, « Une médecine de l'intégration ? La consommation des médicaments psychotropes » dans Isabelle Coutant et Simeng Wang (dir.), *Santé mentale & souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, CNRS Éditions, Paris, 2018, p. 363.
[811] Philippe Le Moigne, « Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours aux médicaments psychotropes », *Revue suisse de sociologie*, 2000, vol. 26, nº 1, p. 71-109.
[812] J. Legrand, *L'incertitude psychiatrique. Une sociologie de la prescription de psychotropes en psychiatrie publique*, *op. cit.*

les dossiers (*Cf. Tableau n° 4*). La classe la plus représentée est celle des antidépresseurs, avec 29 occurrences de nom de médicaments ; nombre qui passe à 33 si l'on prend les médicaments antiépileptiques utilisés pour leurs effets antidépresseurs dans le cadre des troubles de l'humeur. Viennent ensuite les neuroleptiques, avec 20 occurrences et dont le médicament le plus cité est l'Abilify, ainsi que les anxiolytiques avec 15 occurrences. Les hypnotiques, les régulateurs de l'humeur et les psychostimulants sont quant à eux nettement moins représentés. Cette dernière classe est d'ailleurs avant tout évoquée dans les antécédents de prises en charge, lorsqu'un TDA/H a été diagnostiqué durant l'enfance ou l'adolescence. La sous-représentation de ces dernières classes de médicaments se comprend par la marginalité, dans ces dossiers, d'une comorbidité qui prendrait le dessus sur le trouble *borderline*. En effet, bien souvent, le profil catégoriel en psychiatrie est associé à un profil de prescriptions, et les personnes dites *borderline* sont justement réputées comme pouvant « *se déprimer* », ressentir de l'angoisse. Les neuroleptiques, à faible dose, sont quant à eux souvent utilisés pour leurs effets thymorégulateurs permettant alors de fonctionner comme « *anti-impulsif* ».

Tableau n° 4 : Fréquences des noms de médicaments psychotropes dans les dossiers

Type	Nom	Fréquence	Total fréquence
Antidépresseurs	Prozac	6	29
	Deroxat	4	
	Seroplex	4	
	Mirtazapine	3	
	Effexor	2	
	Séropram	2	
	Non précisé	2	
	Laroxyl	1	
	Setraline	1	
	Seroplex	1	
	Venlafaxine	1	
	Zoloft	1	
	Mianserine	1	
Neuroleptiques	Abilify	6	20
	Tercian	4	
	Xeroquel	4	
	Loxapac	2	
	Largactil	1	
	Maintena	1	
	Solient	1	
	Zyprexa	1	
Anxiolytiques	Benzodiazépines (sans précisions)	3	15
	Atarax	2	
	Xanax	2	
	Lexomil	2	
	Diazépam	1	
	Prazepam	1	
	Séresta	1	
	Temesta	1	
	Tranxène	1	
	Valium	1	
Hypnotiques	Théralène	2	5
	Donormyl	1	
	Havlane	1	
	Imovane	1	
Antiépileptiques *Utilisés pour leurs effets antidépresseurs*	Lamotrigine	3	4
	Lamictal	1	
Régulateurs d'humeur	Depakote	2	4
	Téralithe	2	
Psychostimulants	Ritaline	2	4
	Concerta	1	
	Quasym	1	

Dans le septième et dernier chapitre de sa thèse de sociologie consacrée à la prescription de psychotropes en psychiatrie de secteur, Julia Legrand se focalise sur la catégorie d'hystérie et la prescription d'Abilify, notamment sous sa nouvelle forme injectable (Abilify Maintena)[813]. Ces deux exemples lui permettent de montrer la fluidité catégorielle et prescriptive dans le travail quotidien de la psychiatrie de secteur. L'hystérie, catégorie systématiquement attribuée à des femmes sur ses terrains, est mobilisée par les psychiatres pour décrire un trouble considéré comme « léger », où le statut de malade est parfois mis en suspens au profit d'une responsabilisation des comportements déviants. Les hystériques auraient ainsi un comportement manipulateur et provocateur : « ces patientes ne sont pas seulement victimes de leurs troubles, mais sauraient "jouer" de ceux-ci[814] ». Cependant, et malgré ce caractère *a priori* « léger » de l'hystérie, les psychiatres utilisent l'Abilify, un neuroleptique atypique de dernière génération, pour prendre en charge ces personnes. Cette molécule est paradoxalement perçue comme devant être maniée avec une grande prudence par les psychiatres rencontrés par Julia Legrand. Ainsi, cette dernière note que « Le Dr Pialat considère que, même à petites doses, ce produit n'est "pas simple à manier parce qu'il peut être responsable d'états maniaques atypiques"[815] ».

J'ai également pu entendre ce discours durant mes observations ethnographiques aux urgences psychiatriques. Les psychiatres considéraient l'Abilify comme une molécule puissante et potentiellement dangereuse. La fluidité prescriptive se révèle alors dans l'usage de cette molécule, qui est *a priori* à destination d'un spectre de troubles allant de la schizophrénie aux épisodes maniaques liés à un trouble de l'humeur. En pratique, elle est également mobilisée à faible dose pour les patientes définies comme hystériques, qui pourtant relèveraient d'une forme atténuée de troubles psychiques[816]. Dans le service étudié par Julia Legrand, l'hystérie correspond grandement à la définition du trouble *borderline*. On retrouve effectivement au premier plan l'exaspération professionnelle suscitée par ce type de patiente, dont le chapitre 2 de cette thèse a également rendu compte pour le trouble *borderline*.

> « Pour la psychiatre, ce qui cristallise l'unicité de la catégorie d'hystérie se situe donc du côté des soignants, dans ce qu'elle appelle "contre-transfert" […] ces émotions suscitées par les patients "hystériques" chez les psychiatres se caractériseraient par leur négativité.[817] »

[813] « Chapitre 7. Deux cas exemplaires : l'hysterie et l'abilify maintena » *Ibid.*, p. 401-446.
[814] *Ibid.*, p. 416.
[815] *Ibid.*, p. 425.
[816] Il convient de souligné que Philippe Ebert a évoqué l'idée d'une prescription d'Abilify pour Delphine Ali.
[817] J. Legrand, *L'incertitude psychiatrique. Une sociologie de la prescription de psychotropes en psychiatrie publique*, *op. cit.*, p. 409.

Le traitement indiqué dans le service étudié par Julia Legrand correspond également à la prise en charge recommandée pour les *borderline*, à savoir la priorité donnée à la psychothérapie qui peut être associée à des « béquilles » médicamenteuses.

> « Selon la psychiatre, les "recommandations" psychopathologiques en termes de traitement de l'hystérie sont aujourd'hui de prescrire une psychothérapie en association avec un antidépresseur et éventuellement du Valium (une benzodiazépine agissant comme anxiolytique, hypnotique et myorelaxant, qui détend notamment les crispations musculaires). […] Si elles sont traitées par chimiothérapie, l'enquête de terrain montre que les psychiatres choisissent parfois comme traitement un neuroleptique atypique administré à petite dose, l'Abilify […][818]. »

Une très grande proximité se dégage donc bien entre la catégorie d'hystérie mobilisée dans la psychiatrie de secteur observée par Julia Legrand, et la catégorie de *borderline* que je retrouve dans les services universitaires.

On peut faire l'hypothèse que l'absence de la catégorie de *borderline* en psychiatrie de secteur[819], du moins dans les services observés par cette sociologue, vient de la distance critique vis-à-vis de la classification américaine du DSM. À l'inverse, au sein des services d'urgences et à l'hôpital de jour où j'ai réalisé des observations, la catégorie *borderline* est couramment employée et régulièrement articulée avec celle d'hystérie comme on l'a vu ; catégorie qui vient parfois caractériser une certaine forme d'expression du trouble *borderline*. Cependant, et lorsque l'hystérie est identifiée de manière autonome, ou lorsqu'elle est associée au narcissisme, les professionnel·les n'admettent pas ces personnes à l'hôpital de jour, comme dans le cas de la personne présentée par Philippe Ebert comme « hystéro-narcissique ». Ces usages entremêlés montrent que les services universitaires, qui adoptent principalement une approche psychométrique et cognitivo-comportementale, n'abandonnent pas totalement le cadrage historique de la psychiatrie française[820].

La dimension de genre soulignée par Julia Legrand à propos de l'hystérie, qui participe de la psychologisation et de la psychiatrisation des déviances féminines, et les processus de dépolitisation que cela engendre, se retrouve également dans la catégorisation en termes de trouble *borderline* – je développerai plus avant leurs ressorts dans le prochain chapitre. Les profils psychiatriques des personnes dites *borderline* que l'on peut reconstruire à partir des prescriptions de psychotropes correspondent ainsi donc aux profils des personnes dites hystériques dans l'ethnographie de Julia Legrand en psychiatrie de secteur.

---

[818] *Ibid.*, p. 409-411.
[819] Julia Legrand m'a confirmé l'absence de la catégorisation de trouble *borderline* sur ses terrains.
[820] En effet, l'hystérie est issue d'une longue tradition française, notamment marquée par Jean-Martin Charcot puis par les travaux psychanalytiques.

Au-delà de la similarité des profils de prescription, une similarité en termes de positionnement social émerge également. Il s'agit, dans les deux cas, de personnes en demande d'autres thérapies que médicamenteuses, et qui sont donc disposées à un suivi psychothérapeutique. La stigmatisation dans les services de psychiatrie du trouble *borderline* révèle ainsi bien des mêmes limites de la psychiatrie publique que les personnes dites hystériques : la psychiatrie publique ne propose effectivement bien souvent pas d'autres traitements que les médicaments et l'enfermement faute de moyens[821].

Une différence émerge cependant : là où les personnes catégorisées hystériques dans les services psychiatriques de secteur sont confrontées à l'absence d'alternative thérapeutique, les personnes catégorisées *borderline* prises en charge à l'*HDJ borderline* accèdent quant à elles à cette alternative. Cette différence pourrait alors s'expliquer à l'aune des positions sociales : là où les personnes rencontrées par Julia Legrand sont principalement issues et positionnées au sein des classes populaires, les personnes prises en charge par les thérapies s'inscrivent davantage au sein des positions intermédiaires de l'espace social. Ces différences de positionnement recoupent alors des différences en termes de capital culturel et social, qui constituent des conditions pour que ces personnes soient orientées et admises dans les espaces de soins spécialisés[822] ainsi que pour qu'elles puissent suivre sans difficulté ce type de psychothérapie[823]. Le trouble *borderline* est donc un équivalent, dans la psychiatrie universitaire et privée, de l'hystérie de la psychiatrie de secteur, mais un équivalent qui serait traitable et correspondrait aux attentes d'un suivi psychothérapeutique. Cette différence de catégorisation suscite effectivement des possibilités de prise en charge extra-psychiatriques, via l'entrée dans le territoire psychologique de la médecine des émotions[824].

2.3.2. Le trouble *borderline* au masculin

Tout comme les personnes qui franchissent la frontière symbolique entre la psychiatrie de secteur et l'*HDJ borderline* qui sont scrutées par le regard professionnel de manière particulièrement attentive, les hommes pris en charge dans cet hôpital de jour font également l'objet d'un travail diagnostique plus serré. Dans les quelques dossiers de patients, on retrouve le test de personnalité *borderline* (*Diagnostic interview for borderlines – revised* (DIB-R)),

[821] J. Legrand, « Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », art cit, p. 29.
[822] Cf. supra. 1.2. En amont de la prise en charge.
[823] Cf. supra. 2.2. Des attentes scolaires.
[824] Cf. Chapitre 3. Se spécialiser dans le soin des émotions. Le territoire psychologique d'une thérapeutique émotionnelle.

comme si leur position masculine rendait nécessaire une plus grande investigation diagnostique concernant ce trouble.

Cette spécificité du regard des professionnel·les vis-à-vis des patients hommes de l'hôpital de jour indique ainsi l'éloignement de ce type de profil par rapport au prototype de la personne dite *borderline*. En effet, le constat souligné dans les publications médico-psychologiques d'une surreprésentation des femmes concernant le trouble *borderline* se retrouve dans ce lieu de soin de manière particulièrement explicite. Quatre dossiers sur les 58 concernent des hommes cisgenres, et lors de ma période d'observation à l'*HDJ borderline*, qui s'étale sur près de dix mois, seulement deux ont été pris en charge.

Pour rendre compte de cette dissymétrie, les explications professionnelles reposent sur deux principales hypothèses déjà évoquées dans l'introduction de la thèse. La première postule un biais de sélection : il y aurait plus de femmes diagnostiquées *borderline* parce que ces dernières consulteraient davantage auprès des professionnel·les de la santé mentale que les hommes. La seconde hypothèse, qui s'articule à la première, postule également la différence d'expression du trouble *borderline* en fonction du genre. Ainsi, tandis que les femmes exprimeraient le trouble de manière internalisée, retournant leur souffrance psychique contre elles-mêmes (blessure auto-infligée, sentiments de culpabilité, etc.), les hommes l'exprimeraient de manière externalisée, en ayant des comportements agressifs envers les autres. Cela correspond au sens commun des spécialistes du trouble *borderline*, que l'on retrouve souligné dans le *Manuel du borderline* :

> « Une explication possible [à la surreprésentation des femmes chez les *borderline*] est que les femmes consultent plus et sont donc plus souvent recrutées dans les études, ce qui participerait au biais. Il se peut aussi que les symptômes borderlines s'expriment différemment chez les hommes et chez les femmes, les hommes exprimant plus leur colère vers l'extérieur alors que les femmes l'exprimeraient plus contre elles-mêmes. Ceci mènerait les hommes à plus d'altercations avec autrui et, dans les cas extrêmes, à des comportements de type agressif et antisocial[825]. »

Dans le DSM, le trouble antisocial a comme on l'a vu remplacé la catégorie de psychopathie[826], et cela même si le terme de psychopathe reste encore en usage dans les interactions quotidiennes des services psychiatriques.

C'est ce que j'ai retrouvé à l'hôpital de jour, comme lorsque Julie Blanc me parle du profil des hommes *borderline*.

---

[825] Martin Desseilles, Bernadette Grosjean et Nader Perroud, *Manuel du borderline*, Paris, Eyrolles, 2014, p. 48.
[826] Martyn Pickersgill, « Standardising antisocial personality disorder: the social shaping of a psychiatric technology », *Sociology of Health & Illness*, 2012, vol. 34, nº 4, p. 544-559.

> Julie Blanc aborde la question du genre du trouble : elle me dit que c'est une question de profil. Que les hommes *borderline* sont plutôt « psychopathiques » et un « profil addicto ». C'est aussi dans leur construction, s'il y a plus de narcissisme, ils auront une demande de soins immédiats, et ne voudront pas de ce long processus qu'est la prise en charge à l'HDJ[827].

Ainsi, dans les représentations et discours professionnels, le trouble *borderline* au masculin est renvoyé du côté de la psychopathie et du narcissisme. Ici, et tout comme dans les services d'urgences psychiatriques, une association est faite entre psychopathie et prison. Durant notre entretien, Philippe Ebert m'explique que « *9 patients sur 10 sont des femmes, parce que les hommes eux sont en prison* ». Il réitère cette idée lors d'une discussion qui a eu lieu durant une réunion de synthèse durant laquelle la secrétaire de l'hôpital de jour évoque un homme qui n'est pas venu à la consultation de pré-admission réalisée par Philippe Ebert :

> SECRETAIRE : Les messieurs, ils sont terribles. Ils viennent pas en consult de pré-ad… Ils veulent venir et ne viennent pas.
>
> ANNE-LISE SIMON : Il y en a pas beaucoup.
>
> PHILIPE EBERT : Ils sont en prison.
>
> ANNE-LISE SIMON : Toxicos…
>
> JULIE BLANC : Ou pas soignés, et ils rendent impossible la vie de tout le monde.

Ces différentes hypothèses reposent sur la perspective classiquement positiviste de la médecine selon laquelle les entités pathologiques existeraient indépendamment des propriétés et des contextes sociaux, ces derniers éléments constitueraient alors de simples biais. On retombe ici sur l'illusion de l'autonomisation du social que j'ai présentée précédemment[828]. Dans cette perspective, et comme le souligne Stéphanie Pache, « l'universalisme est une condition nécessaire de la médecine scientifique sur laquelle les classifications officielles se fondent[829] ». En ce sens, la quasi-absence d'hommes parmi les personnes prises en charge à l'*HDJ borderline* doit s'inscrire dans une explication qui universalise une entité pathologique sur laquelle viendraient s'ajouter, après coup, des biais et des variations d'expression du trouble.

Ce discours participe à donner du sens et à justifier la prise en charge de certains patients. Ainsi, parmi les deux patients que j'ai vus durant l'ethnographie, l'un d'entre eux, Alexandre Bennani, correspondait à la définition des hommes *borderline* donnée par Julie Blanc. Ce patient, dont la « *problématique* » principale tourne autour de sa consommation

---

[827] Journal de terrain, 28 septembre 2020.
[828] Cf. Introduction générale. L'illusion de l'autonomisation du social.
[829] Stéphanie Pache, « Critique et pratique : l' « emprise du genre » sur la santé mentale » dans *Souffrance psychique et santé mentale. Un objet pour les sciences sociales*, CNRS Éditions., Paris, 2018, p. 131.

excessive de cachets d'opioïde et de sa violence, notamment envers sa conjointe, est effectivement décrit comme particulièrement « *narcissique* ».

> [*Discussion sur Alexandre Bennani durant une réunion de synthèse*] Anne-Lise Simon parle de ses « biais de désirabilité » et elle se pose des questions sur la sincérité de l'usage des outils qu'elle et Julie Blanc lui apportent. Julie Blanc dit : « j'ai l'impression qu'on est un peu à côté de son cachetonnage [*prise de cachet d'opioïde*] ». Elle fait remarquer qu'au début de chaque groupe il prend un cachet avec sa bouteille d'eau. Anne-Lise Simon dit que c'est peut-être des vitamines. Pour Julie Blanc c'est étrange de prendre ça devant tout le monde, pourquoi ne prend-il pas ses cachets chez lui ? Anne-Lise Simon dit qu'il est très démonstratif, mais que si les autres ne s'en rendent pas compte, ça déclenche un « narcissisme agressif »[830].
>
> [*Discussion dans le bureau infirmier qui précède la réunion de synthèse*] Anne-Lise Simon me dit qu'Alexandre Bennani a eu du mal à venir au temps partiel et me redit qu'il est vraiment « hyper narcissique »[831].

Dans le chapitre suivant, je montrerai que le narcissisme, qui caractérise une partie des hommes qui seraient *borderline* et qui qualifie également les hommes de l'entourage des patientes, s'inscrit dans un langage qui participe à la reproduction de la différence des sexes tout en nommant des comportements masculins perçus comme excessifs, sans pour autant interroger le fonctionnement des rapports de genre.

Alan Pujol est quant à lui le second homme pris en charge durant la période d'observation. Ce patient est âgé de 31 ans et est infirmier. Les descriptions professionnelles renvoient son comportement à une forme de féminité, et ce patient se compare lui-même des « *jeunes filles borderline* » lorsqu'il évoque ses relations amoureuses passées.

> Le patient évoque son ex-relation avec son premier copain […]. Le patient parle d'une relation extrêmement fusionnelle et destructrice, source de souffrance et de blocages dans l'ouverture à de nouvelles relations. […] Dans ses relations d'après (qui ne duraient pas plus d'une semaine à chaque fois), il faisait presque systématiquement des menaces au suicide quand quelque chose n'allait pas dans son sens. Il dit alors qu'à cette époque il « ressemblait aux jeunes filles *borderline* » (mots du patient)[832].

Cela fait écho à une petite phrase qu'un interne m'a dite lors de l'ethnographie des urgences psychiatriques. Cet interne m'a expliqué que les seuls hommes « *border* » qu'il a rencontrés durant ses stages en psychiatrie étaient des « *petits mecs gays* ». Cette expression est extrêmement signifiante, dans le sens où le trouble *borderline* au masculin est associé, dans l'esprit de cet interne, à l'homosexualité. Cependant, il ne s'agit pas de l'ensemble des homosexuels, mais de ceux qu'il caractérise comme étant des « *mecs* », « *petits* » et « *gays* ». À

[830] Journal de terrain, 6 octobre 2020.
[831] Journal de terrain, 2 février 2021.
[832] Extrait d'un compte-rendu d'entretien psychologique.

travers cette expression, cet interne décrit avant tout une forme de masculinité. Il s'agit effectivement d'une description de ce qu'il perçoit de la position de ces patients au sein de l'espace social du genre, c'est-à-dire de sa perception d'une « configuration de la pratique du genre[833] », pour reprendre l'expression de la sociologue australienne Raewyn Connell. Cette sociologue a proposé une typologie pour appréhender les rapports entre les différentes masculinités produites par l'ordre du genre occidental. Dans cette approche, la masculinité, tout comme la féminité, n'est donc pas un système ou un donné, mais correspond à un produit d'une structure (le rapport de genre). En ce sens, une position de genre hégémonique ne correspond pas à une personnalité figée, mais à « une position hégémonique dans une structure donnée de rapports de genre, une position toujours sujette à contestation[834] ». Raewyn Connell identifie ainsi quatre positions masculines, ou modèles de masculinités : les masculinités hégémonique, complice, marginalisée et subordonnée. La masculinité hégémonique correspond à une position au sein de l'ordre du genre, et donc un ensemble de pratiques de genre qui garantissent la domination des hommes et la subordination des femmes. Néanmoins, tous les hommes n'occupent pas une position hégémonique, c'est-à-dire que leurs pratiques concrètes ne correspondent pas totalement à ce qui est défini comme relevant de l'hégémonie masculine. Ils reçoivent cependant des « dividendes du patriarcat, c'est-à-dire des avantages que le groupe des hommes dans son ensemble tire de la subordination des femmes[835] », et s'inscrivent donc au sein d'une masculinité complice vis-à-vis de l'hégémonie. La masculinité marginalisée correspond quant à elle à une forme de masculinité dont l'éloignement vis-à-vis de la masculinité hégémonique s'explique par une position au sein des rapports de classe et/ou de race. Ainsi, dans les contextes post-coloniaux occidentaux, les hommes racisés sont marginalisés et soumis à l'autorité des hommes blancs – forme d'autorité qui s'articule parfois avec une autorité et une domination en termes de classe sociale. Avec la notion de masculinité subordonnée, Raewyn Connell permet de penser une autre forme de domination de genre au sein du groupe des hommes. Ici, la situation la plus courante et visible dans les sociétés occidentales est celles de la domination des hommes hétérosexuels et la subordination des hommes homosexuels. Les masculinités homosexuelles sont effectivement situées et perçues

[833] Raewyn Connell, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris, Editions Amsterdam, 2022, p. 74.
[834] *Ibid.*, p. 81.
[835] *Ibid.*, p. 85.

« au bas de la hiérarchie de genre », en ce sens qu'il s'agit d'une forme de féminisation de la masculinité[836].

> « Ainsi, du point de vue de la masculinité hégémonique, l'identité gay est aisément assimilable à la féminité. D'où, selon certains théoriciens gays, la férocité des attaques homophobes[837]. »

La description des hommes *borderline* cités précédemment, en termes de « *petits mecs gays* », correspond à une masculinité féminisée, et donc particulièrement subordonnée (vis-à-vis d'une norme de genre hégémonique où il s'agit, pour un homme, d'être ni petit ni, *a fortiori,* homosexuel[838]).

Ainsi, deux cas de figure semblent se dégager concernant la question du trouble *borderline* au masculin. Tout d'abord, une situation qui ne remettrait pas en cause le genre de cette catégorie, en ce sens que les comportements des patients seraient assimilés à une forme de féminité. Ensuite, les explications professionnel·les concernant la surreprésentation des femmes parmi les *borderline* pourraient expliquer la présence de certains hommes caractérisés comme particulièrement narcissiques. Le nombre particulièrement réduit d'hommes pris en charge à l'hôpital de jour appelle cependant à la prudence quant à la montée en généralité de ces quelques lignes d'analyse. En ressort néanmoins le risque d'irréalisme des discours professionnels qui projetterait dans certaines situations un trouble qui serait universel.

III. Cartographie des personnes catégorisées *borderline* rencontrées durant l'enquête

Ce dernier point, qui concerne le risque d'irréalisme véhiculé par les discours professionnels, est étayé par le second volet de mon enquête : la série d'entretiens biographiques réalisés avec des personnes qui ont répondu à l'appel à participation diffusé sur les réseaux sociaux et dans l'hôpital de jour, ainsi que des personnes rencontrées dans le cadre d'une formation de médiation de santé paire. Sur les 30 personnes rencontrées, 25 d'entre elles étaient des femmes, 5 des hommes, dont 3 hommes trans' diagnostiqués *borderline* avant leur transition de genre. Cela permet de souligner le fait qu'au-delà de l'explication professionnelle

[836] Cette féminisation de la masculinité n'est bien sûr pas automatiquement liée à la sexualité. Raewyn Connell précise effectivement que même si le cas de la masculinité homosexuelle est l'exemple le plus visible, certains hommes hétérosexuels peuvent également être exclus de la position hégémonique ou complice.
[837] R. Connell, *Masculinités*, *op. cit.*, p. 84.
[838] Isabelle Clair a effectivement souligné, dans un travail qui montre comment la sexualité participe à produire le genre, qu'il existe deux stigmates vis-à-vis desquels les adolescents et adolescentes doivent se tenir à distance. Tandis que les adolescentes doivent prouver, en permanence, qu'elles ne sont pas des « putes », les adolescents quant à eux doivent éviter de tomber dans le stigmate du « pédé ». Isabelle Clair, « Le pédé, la pute et l'ordre hétérosexuel », *Agora débats/jeunesses*, 2012, N° 60, nº 1, p. 67-78.

qui vise à la symétrisation de la définition du trouble dans une optique universaliste, l'existence concrète de cette catégorie dans l'espace social est elle-même grandement dissymétrique en termes de genre. En cela, les formes de réceptions non-professionnelles du trouble *borderline*, que je développerai dans le chapitre 6, participent de la même dynamique de construction de cette catégorie. La cartographie des principales caractéristiques sociales, des pratiques codées comme déviantes, ainsi que des expériences de violences vécues par les personnes rencontrées durant mon enquête montrent la pertinence de la comparaison de ces matériaux pourtant recueillis dans des contextes distincts.

3.1. Positionnement social et comportements étiquetés déviants parmi les personnes rencontrées

Afin de contextualiser l'ensemble de mon matériau d'enquête, et de rendre compte des conditions dans lesquelles je compare les différents terrains et modes de recueils de matériaux, je présente dans un premier temps la distribution selon l'âge et les PCS des personnes avec lesquelles j'ai réalisé un entretien, ainsi que la distribution des parents selon les PCS. Je décris ensuite, à l'aide de statistiques ethnographiques[839] issues de mon enquête qualitative, la fréquence des principaux comportements déviants associés au trouble *borderline* que sont les automutilations, les troubles alimentaires, les conduites addictives et les tentatives de suicide au sein des dossiers de l'*HDJ borderline* et dans les entretiens.

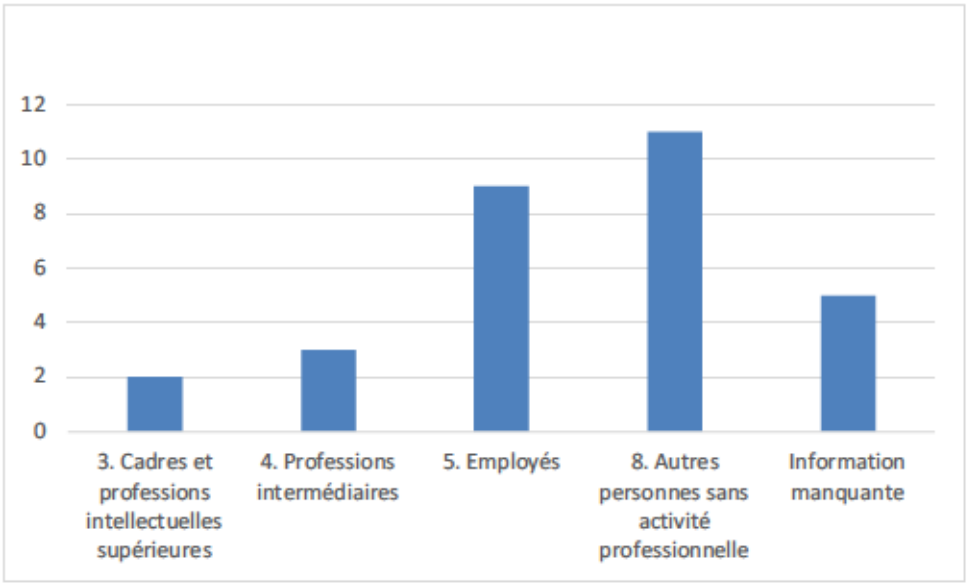
3.1.1. Position sociale et âge des personnes rencontrées en entretien

Lorsqu'elles ont une activité professionnelle, les personnes avec lesquelles j'ai réalisé un entretien se répartissent au sein des mêmes catégories socio-professionnelles que les personnes prises en charge à l'*HDJ borderline*, à l'exception de la catégorie « ouvriers » qui ne comprend qu'une seule personne à l'hôpital de jour (*Cf. Graphiques 4 et 7*). Les catégories de cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que les professions intermédiaires sont proportionnellement plus conséquentes parmi les patient·es de l'hôpital de jour. Cependant leur répartition est similaire, la catégorie des employés est davantage représentée que celle des professions intermédiaires qui est elle-même plus représentée que la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures. La principale différence repose sur la surreprésentation de l'inactivité professionnelle parmi les personnes rencontrées en entretien. Cet élément

[839] Julien Gros, « Quantifier en ethnographe. Sur les enjeux d'une émancipation de la représentativité statistique », *Genèses*, 2017, vol. 108, nº 3, p. 129-147.

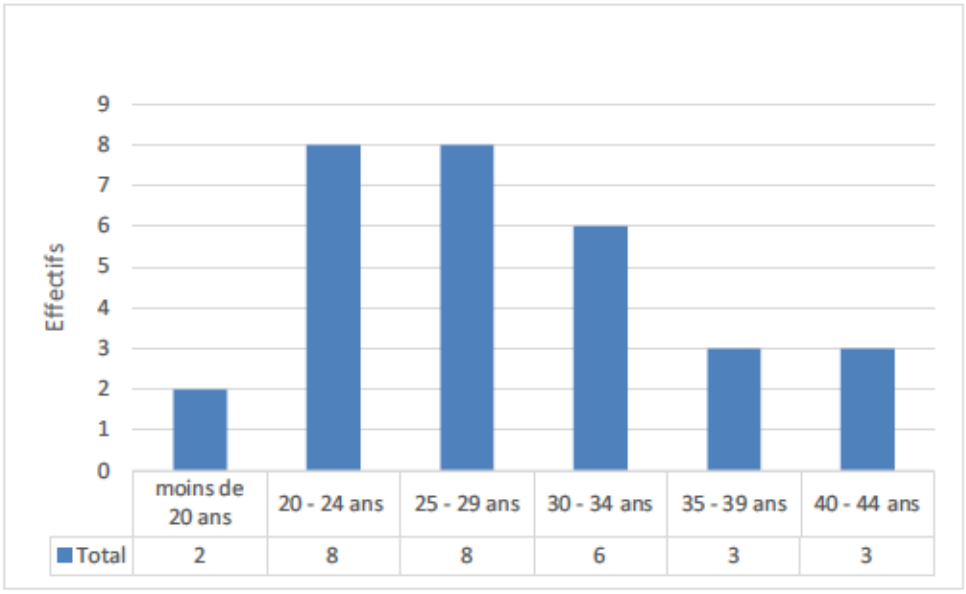
s'explique en grande partie par la différence de répartition selon l'âge des patient·es de l'*HDJ borderline* et des personnes interviewées. Ces dernières sont plus nombreuses à être âgées de 20 à 24 ans[840] (*Cf. Graphique n° 8*). Ainsi, davantage de personnes réalisant des études supérieures se retrouvent au sein de ce volet de l'enquête. Malgré cette différence du nombre de personnes comprises dans cette tranche d'âge, la marginalité des personnes âgées de plus de 35 ans, que j'ai pu observer à l'hôpital de jour, se retrouve également chez les personnes interviewées.

Graphique n° 7 : Distribution des personnes rencontrées en entretien par PCS



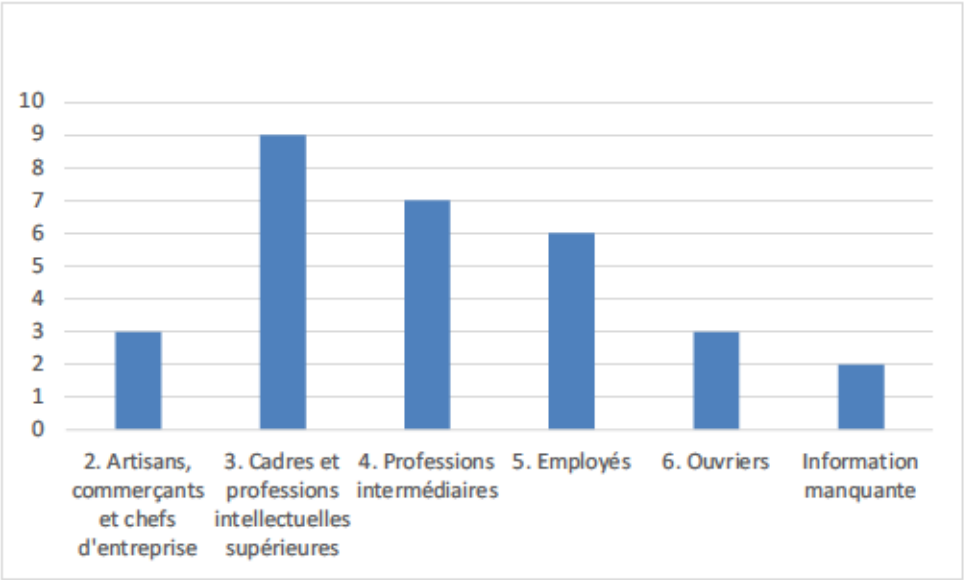
[840] Cela est certainement lié aux modalités de recrutement des enquêté·es dans ce volet de l'enquête, principalement réalisé sur Twitter, et secondairement sur Facebook ainsi que dans d'autres espaces (*HDJ borderline*, formation de pair-aidance).

Graphique n° 8 : Âge au moment de l'entretien



Concernant la distribution des pères par PCS, on retrouve la surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures du côté des pères. Cependant, les professions intermédiaires et les employés sont davantage représentés parmi les pères des personnes interviewées que parmi les pères des patient·es de l'hôpital de jour.

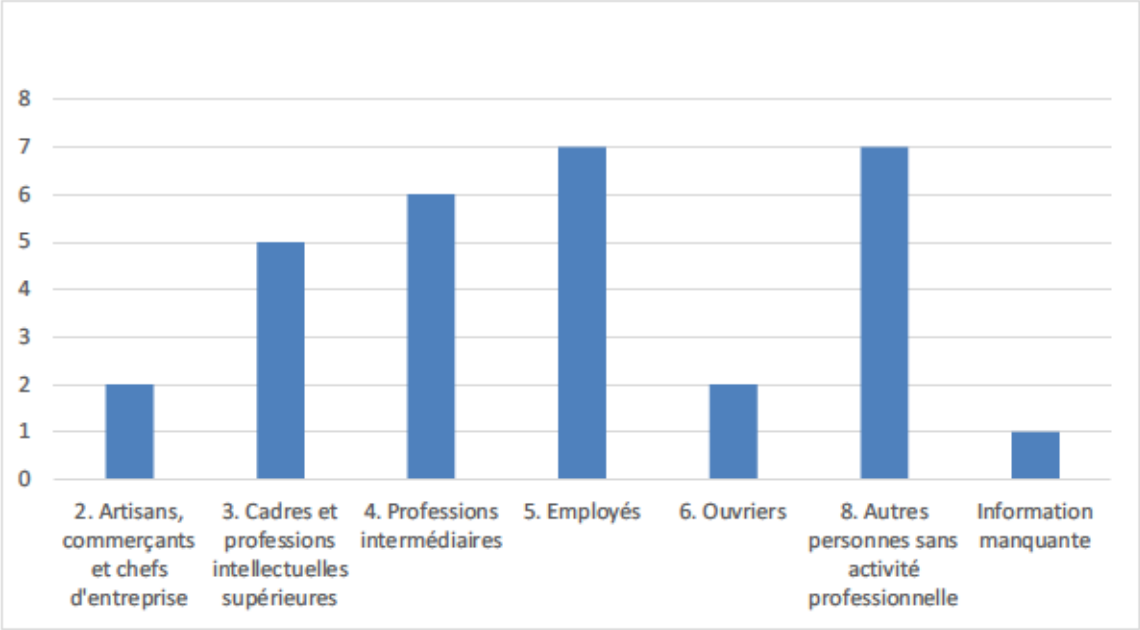
Graphique n° 9 : Distribution des pères des personnes rencontrée en entretien par PCS



Du côté des mères des personnes rencontrées en entretien, la distribution diffère de manière plus nette par rapport à celle des mères des patientes de l'*HDJ borderline*. Ici, la catégorie

ouvrière fait son apparition, et les employés, les professions intermédiaires, ainsi que les situations d'inactivité sont davantage représentés. Cette dernière catégorie renvoie principalement à des mères qui sont « au foyer » (n=6) ainsi qu'à une situation de maladie et de souffrance psychique ayant entraîné l'arrêt d'une activité professionnelle (n=1), situation inexistante du côté des pères.

Graphique n° 10 : Distribution des mères des personnes rencontrées en entretien par PCS



Au-delà de ces variations, les positions sociales des patientes de l'hôpital de jour et des personnes interviewées sont assez similaires, car elles se situent principalement au sein des zones intermédiaires de l'espace social et des petites classes moyennes. Ces dernières connaîtraient également des formes de déclassements, notamment si l'on suppose que l'avenir envisagé était en lien avec une réussite scolaire qui ne s'actualise cependant pas dans une position sociale qu'elles auraient pu prétendre (les personnes ont systématiquement été dans des lycées généraux, et pour beaucoup ont fait ou font des études supérieures). De plus, les origines sociales entre ces deux catégories de personnes rencontrées durant l'enquête se situent principalement parmi les classes moyennes et les petites classes moyennes : fraction des cadres et professions intellectuelles supérieures située dans les classes moyennes supérieures, professions intermédiaires et employés.

3.1.2. Comportements étiquetés déviants dans les dossiers et les entretiens

Dans les discussions entre les professionnel·les de santé mentale, ainsi qu'au sein des dossiers, quatre principaux comportements étiquetés déviants sont associés au trouble

borderline : la pratique de l'automutilation, les troubles du comportement alimentaire, les addictions et les tentatives de suicide. En effet, pour Benjamin Pinaud, interne en pédopsychiatrie dans le Service B, les éléments cliniques qu'il identifie chez Selena Perez et qui pencheraient vers un trouble *borderline* sont la « *labilité émotionnelle,* [un] *sentiment de* [un] *vide chronique,* [et des] *scarifications*[841] ». Ainsi, parmi les six patientes étiquetées « *border* » aux urgences pédopsychiatriques du Service B, quatre d'entre elles se scarifiaient. On retrouve cette association dans les extraits issus des réunions de synthèse, où la pratique de scarification de Pauline Schmitt constitue un indice de la présence d'un trouble *borderline*. Ces scarifications sont expliquées, selon les professionnel·les, par l'impulsivité qui serait caractéristique du trouble *borderline*. C'est ce que disait par exemple une infirmière du service pédopsychiatrique à propos d'une patiente qui présentait, selon elle, « *un bon trouble borderline* », car elle était « *très impulsive : Elle se scarifie, elle aussi elle a des problèmes alimentaires*[842] ». Cette impulsivité serait ainsi également source de troubles du comportement alimentaire, notamment des pratiques de boulimie ou d'hyperphagie, qui permettraient de « *combler le vide* », mais aussi dans certains cas des pratiques anorexiques. Cette tendance à l'impulsivité engendrerait aussi des pratiques addictives, ce que les professionnel·les de la santé mentale nomment la *« prise de toxiques* », entrant également dans la tendance à la mise en danger listée par les critères diagnostiques du DSM. À ces comportements étiquetés déviants s'ajoutent les tentatives de suicide, qui constituent l'un des principaux critères du diagnostic. Marsha Linehan précise effectivement qu'elle a construit la Thérapie comportementale dialectique, qui est spécifiquement dédiée à la prise en charge du trouble *borderline*, afin d'aider « les personnes qui présentent un risque de suicide très élevé[843] ». De la même manière, Firouzeh Mehran, dont il a été question dans le premier chapitre et qui se revendique spécialiste du trouble *borderline*, a co-écrit avec Julien-Daniel Guelfi, également l'un des personnages de l'histoire et de la diffusion de cette catégorie en France, un article sur la gestion cognitivo-comportementale des comportements suicidaires chez les personnes *borderline*[844]. Qu'en est-il parmi les personnes rencontrées durant mon enquête ?

J'ai réalisé un comptage, que j'ai retranscrit dans le tableau ci-dessous (*Cf. Tableau n° 5*), des occurrences de ces comportements étiquetés déviants au sein des 58 dossiers et des

[841] Journal de terrain, 14 décembre 2018.
[842] Journal de terrain, 9 janvier 2019.
[843] Marsha M. Linehan, *Building a Life Worth Living: A Memoir*, New York, Random House, 2020 version électronique.
[844] F. Mehran et J. -D. Guelfi, « Les stratégies cognitivo-comportementales pour les comportements suicidaires et parasuicidaires chez la personnalité « borderline » », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2004, vol. 14, nº 2, p. 71-76.

30 entretiens[845]. Ainsi, 50 % des personnes rencontrées rapportent des automutilations, 35 % des comportements addictifs, 40 % des troubles du comportement alimentaire et 56 % des conduites suicidaires. Lorsque l'on regarde selon le type de matériau, les pourcentages respectifs sont systématiquement supérieurs parmi les personnes interviewées que parmi les dossiers. Ainsi, et en guise d'exemple, 53 % des personnes interviewées déclarent avoir des conduites addictives alors que 26 % des dossiers de l'*HDJ borderline* indiquent la présence d'addictions, et 63 % des personnes interviewées m'ont dit avoir eu des conduites suicidaires contre 52 % des dossiers qui indiquent des tentatives de suicide. Cette cartographie des comportements étiquetés déviants montre une proximité dans les types de comportements décrits, et permet de contextualiser et de justifier les comparaisons entre ces différents matériaux.

[845] J'ai choisi de ne pas réaliser ce comptage parmi les personnes suivi durant l'ethnographie car les informations recueillies dans ce cadre ne sont pas assez systématiques.

Tableau n° 5 : Comportements étiquetés déviants parmi les dossiers et les entretiens (n=88)

	Effectifs	Pourcentages
Total automutilations	**44**	**50 %**
Dont dossiers	*27*	*47 %*
Dont entretiens	*17*	*57 %*
Total addictions	**31**	**35 %**
Dont dossiers	*15*	*26 %*
Dont entretiens	*16*	*53 %*
Total troubles du comportement alimentaires	**35**	**40 %**
Dont dossiers	*17*	*29 %*
Dont entretiens	*18*	*60 %*
Total tentatives de suicides	**49**	**56 %**
Dont dossiers	*30*	*52 %*
Dont entretiens	*19*	*63 %*

3.2. Les violences vécues

Comme le note Baptiste Brossard dans son travail sur les automutilations, dans les publications et des discours psychiatriques et psychologiques, la question des violences sexuelles suscite un « *discours explicatif total* » qui suppose que « tels évènements [suffiraient] à expliquer *totalement* les affects et conduites sociales stigmatisées d'un individu[846] ». L'explication étiologique du trouble *borderline*, que le prochain chapitre évoquera de manière plus précise, n'échappe pas à ce constat. En effet, pour les psychologues de l'hôpital de jour, qui suivent la littérature psychologique, la dimension traumatique serait l'un des principaux fondements du développement du trouble *borderline*. Ce discours explicatif total se retrouve également parmi les personnes qui s'approprient le diagnostic de trouble *borderline*, ainsi que du côté de la littérature qui critique cette catégorie diagnostique, à l'image de Jessica Eaton

[846] Baptiste Brossard, *Se blesser soi-même. Une jeunesse autocontrôlée*, Paris, Alma éditeur, 2014, p. 301, souligné par l'auteur.

pour qui le trouble *borderline* catégorise des effets « normaux » de traumatismes[847]. Toujours en suivant Baptiste Brossard, et afin de ne pas réduire les personnes « à n'être que des victimes dont on aurait déjà tout compris », il convient de considérer qu'« un abus sexuel est à la fois un évènement corporel effectif, un discours explicatif et un type de relation sexuelle dont les conséquences sont socialement construites comme étant parmi les plus graves sur le plan du psychisme des individus[848] ».

L'expérience traumatique mise en avant par les professionnel·les et les personnes catégorisées *borderline* prend deux principales formes : les violences subies durant l'enfance, à la fois physiques, sexuelles et incestuelles, et les violences physiques et sexuelles subies à l'adolescence et au début de la vie adulte, notamment au sein des relations de couple. Ainsi, et par exemple, la section « *inventaire des évènements de vie potentiellement traumatiques* » du dossier d'une patiente de 30 ans, étudiante au moment de la prise en charge, indique (en plus d'une expérience de témoin d'attaque terroriste et d'une catastrophe naturelle) qu'

> « Aux âges de 16 et 24 ans, la patiente dit avoir été battue par un membre de sa famille. Aux âges de 20, 22 et 24 ans, la patiente dit avoir été victime d'agressions sexuelles et d'une tentative de viol par un inconnu, et d'un viol par un petit ami. À l'âge de 26 ans, la patiente a été agressée physiquement par son oncle schizophrène. À l'âge de 29 ans, elle est témoin de l'assassinat d'un oncle. À l'âge de 30 ans, elle a été attaquée sans arme, mais blessée[849]. »

Dans le dossier d'une patiente de 35 ans et conseillère en dermato-cosmétique, cette même section indique que

> « La patiente a vécu plusieurs évènements pouvant être potentiellement traumatiques. Ils sont cités dans l'ordre chronologique. A subi des violences familiales chroniques de la part de sa mère entre l'enfance et l'âge adulte. A subi une agression sexuelle lorsqu'elle vivait à l'hôtel à l'âge de 16 ans. A vécu une agression par étranglement au travail alors qu'elle avait 18 ans. A vécu un vol par effraction alors qu'elle était présente à l'âge de 31 ans. A subi une agression et craint d'être tuée alors qu'elle avait 31 ans[850]. »

À l'image de ces deux cas, les sources de traumatismes qui présideraient à la souffrance des personnes dites *borderline* sont principalement repérées dans les violences intrafamiliales ainsi que dans les violences de genre. L'expression « violences de genre » désigne, selon Ilaria

---

[847] Jessica Eaton, *Le trouble de la personnalité limite (ou « borderline ») est une foutaise misogyne.*, https://tradfem.wordpress.com/2019/10/03/le-trouble-de-la-personnalite-limite-ou-borderline-est-une-foutaise-misogyne/ , 3 octobre 2019, (consulté le 25 août 2020).

[848] B. Brossard, *Se blesser soi-même*, *op. cit.*, p. 302-303.

[849] Dossier n°6, 2018, patiente de 30 ans. Étudiante, auparavant inspectrice des impôts en Algérie. Mère : non consigné. Père : médecin généraliste.

[850] Dossier n°28, 2018, patiente de 35 ans. Conseillère en dermato-comestique. Mère : assistante de rédaction dans un grand quotidien. Père : employé d'un grand magasin.

Simonetti, « l'ensemble des violences, qu'elles soient verbales, physiques ou psychologiques, interpersonnelles ou institutionnelles, commises par les hommes en tant qu'hommes contre les femmes en tant que femmes, exercées tant dans les sphères publiques que privée[851] ». Cette définition permet ainsi de souligner le caractère structurel de ces violences qui sont liées aux rapports de genre et à la domination masculine[852].

3.2.1. Violences de genre et intrafamiliales

Le comptage des violences subies par les personnes rencontrées durant mon enquête se heurte à plusieurs difficultés. Tout d'abord, et particulièrement pour les violences sexuelles, ce type d'évènement peut entraîner des pertes de mémoire ainsi que des formes de censure de la prise de parole. Durant mes entretiens, la question des traumatismes sexuels a parfois affleuré sans qu'elle soit ensuite développée, comme dans ce passage de l'entretien avec Lucas Martin, un homme trans' de 30 ans, médiateur de santé pair, qui m'explique le rôle de ce type d'expériences dans ses « *pétages de plombs* » lors de rendez-vous psychothérapeutiques et psychiatriques.

> LUCAS MARTIN : Souvent les personnes qui ont un trouble *borderline* ont aussi vécu des violences sexuelles – je veux bien qu'on ne développe pas là-dessus ensuite – et du coup c'est là où à chaque fois j'ai pété un plomb au rendez-vous.

Cette difficulté liée à la prise de parole concernant ces expériences de violences peut en partie être expliquée par ma position de genre, et par son effet certainement inhibiteur durant les entretiens. Cette thématique est cependant difficilement dicible, et cela même en contexte clinique face à des psychologues partageant une position de genre similaire. Certains dossiers portent l'indication explicite de la difficile évocation des violences sexuelles : « *Trauma : très difficile à évoquer, honte et culpabilité énormes*[853] ». Cette difficulté d'évocation et de prise de parole concernant les violences sexuelles fait ainsi parfois l'objet de commentaires de la part des psychologues de l'*HDJ borderline* – difficulté rattachée au lien de confiance qui doit être noué pour dire les choses, comme dans le cas de Sarah Demange.

---

[851] Ilaria Simonetti, « Violence (et genre) » dans *Encyclopédie critique du genre*, Paris, La Découverte, 2021, p. 830.

[852] Bien que les violences commises sur les femmes soient majoritaires, les violences de genre intègrent ainsi également les violences commises sur des hommes « qui vise leur masculinité « défaillante » ou leur statut d'"inférieur" dans la classe des hommes". *Ibid.* Dans mon corpus, les rares hommes rencontrés ont ainsi quasi-systématiquement subi des violences liées à leur position dans l'espace social des masculinités. Je n'évoquerai cependant pas ces cas dans cette section, mais des indices peuvent être saisi dans le chapitre 6, voir notamment le cas d'Anaël Morillon.

[853] Dossier n°22, 2019, patiente de 44 ans. Professeur de SVT. Mère : au foyer puis assistante d'un médecin gynécologue. Père : ingénieur à la retraite.

> Julie Blanc a vu en entretien individuel Sarah Demange avant le groupe. Elles ont commencé à parler des traumas. Elle nous dit que c'est un peu en mode Weinstein[854] dans le milieu du mannequinat. « On est au tout début là […] on n'a pas encore évoqué New York, et elle m'a dit que c'était corsé ». Anne-Lise Simon lui dit que ça risque d'être dur la séparation [entre la psychologue et la patiente]. Julie Blanc répond : « mais non, j'ai déjà fait ça, il y a pas de soucis ». Anne-Lise Simon revient sur le sujet, en disant que le fait de se dévoiler comme ça pour la patiente présuppose un « lien fort »[855].

Les informations recueillies lors de mon enquête sur cette question sont donc grandement lacunaires, et font ainsi certainement l'objet de mécanismes pluriels d'invisibilisation.

Parmi les 30 personnes rencontrées en entretien, huit d'entre elles ont évoqué des violences sexuelles, dont 7 agressions sexuelles et viols et un cas d'inceste. Dans les 58 dossiers consultés, j'ai retrouvé 42 occurrences de violences de genre, prenant principalement la forme de violences sexuelles et incestuelles (n=31), le reste correspondant à des formes de violences conjugales. Au sein des 42 occurrences de violence de genre dans les dossiers, quatre principales catégories peuvent être identifiées. Tout d'abord, des violences subies durant l'enfance et durant l'adolescence commises par des membres de la famille ou des proches (n=7). Ici se retrouvent des actes commis par des proches (voisins, amis de la famille) comme dans cet exemple où l'agression s'accompagne d'insultes sexistes.

> À l'âge de 11 ans, l'ami d'enfance de son père l'a agressé sexuellement tout en l'insultant : « toutes les femmes sont des salopes ». Pendant l'agression, dit s'endormir soudainement, ce qui l'a « sauvée »[856].

Se retrouvent ensuite des actes d'inceste qui s'articulent parfois à des situations de violences intrafamiliales, comme dans cet exemple.

> Elle relate également des agressions sexuelles et/ou viols. Attouchements avant ses 9 ans. Mère lui faisait faire des photos nues. Mère amenée au foyer menottée[857], la patiente est choquée, ne comprend pas, au poste, se sent culpabilisée, a récemment essayé de retrouver son dossier de police. Suite donnée ? Essaie aussi de retrouver son dossier de la DDASS (lettre, démarche, avait un rendez-vous). Viol d'une personne connue[858].

---

[854] La psychologue fait référence à Harvey Weinstein, producteur de film américain condamné pour plusieurs dizaines d'agressions sexuelles et de viols. Elle rapproche cette situation du récit de Sarah Demange qui a eu une carrière de mannequin.

[855] Journal de terrain, 29 septembre 2020.

[856] Dossier n°10, 2021, patiente de 41 ans. Secrétaire dans une agence immobilière. Mère : céramiste d'art. Père : fraiseur.

[857] La mère de la patiente était détenue et visitait donc le foyer de sa fille avec ses menottes.

[858] Dossier n°51, 2018, patiente de 34 ans. Secrétaire dans un laboratoire de biologie médicale. Pas d'informations sur les parents.

Ensuite, on retrouve un second ensemble de situations de violences qui se déroulent durant la fin de l'adolescence ou au début de la vie adulte. Ces violences, majoritaires en nombre d'occurrences (n=18), sont commises par des conjoints, des amis ou des partenaires occasionnels dans le cadre de relations de couple, amicales ou de rencontres. Cet ensemble de violences se divise en des violences sexuelles (n=12) et des violences conjugales (n=6). Dans le premier sous-ensemble, un grand nombre de commentaires rapporte l'apparition des violences dès les premières relations amoureuses : « *À 21 ans : violences sexuelles répétées par son petit ami*[859] » ; « *1er petit copain la viole dans son sommeil alors qu'ils sont chez ses parents/au milieu de la nuit/il aurait été sous l'emprise de cannabis et d'alcool*[860] ». Ces situations de violences peuvent parfois s'inscrire dans une série de violences, commencée durant l'enfance, comme l'évoque ce dossier :

> La patiente relate 3 viols prétendus : l'un dans sa petite enfance par sa grand-mère paternelle, un autre par un inconnu alors qu'elle a 16-17 ans, et un par un petit ami à l'âge de 18 ans[861].

D'autres dossiers évoquent des agressions et des viols dans des relations plus tardives (« *À 28 ans, son petit ami lui a imposé une relation sexuelle [viol ?]*[862] » ; « *Elle décrit plusieurs relations sexuelles imposées, dont plusieurs viols sur conjoint*[863] »), ainsi que dans des contextes de ruptures amoureuses.

> Agression sexuelle dans un contexte de rupture avec son copain, Mathilda, une amie lui propose de fêter un anniversaire à la campagne. Lors de cette soirée, le meilleur ami de Mathilda lui fait des avances insistantes, elle devait dormir sur le canapé, vers 3-4h du matin il propose qu'elle dorme chez lui, elle dit oui, mais qu'elle veut dormir, se sent bloquée, il va comprendre, j'ai peur qu'il me vire chez lui, je fais les choses par automatismes[864].

Le second sous-ensemble correspond quant à lui à des violences dans le cadre de relations amoureuses qui prennent une forme psychologique et physique.

[859] Dossier n°5, 2019, patiente de 43 ans. Sans emploi. Mère : non consigné. Père : médecine.
[860] Dossier n°21, 2021, patiente de 43 ans. Bibliothécaire. Mère : non consigné. Père : gérant d'un commerce.
[861] Dossier n°50, 2017, patiente de 25 ans. Pas d'information sur ses activités. Mère : chômage. Père : non consigné
[862] Dossier n°31, 2018, patiente de 28 ans. Technicienne chimiste. Pas d'informations sur les parents.
[863] Dossier n°29, 2018, patiente de 33 ans. Monitrice éducatrice. Mère : directrice d'un établissement médico-social. Père : professeur de musique.
[864] Dossier n°36, 2019, patiente de 22 ans. Éducatrice spécialisée. Mère : responsable communication. Père : chef d'entreprise.

> Rencontre à la fac. Décrit des violences psychologiques et physiques (il la dénigre physiquement, n'est pas franc). Mme cherche à excuser ses comportements à cause de son contexte familial compliqué (parents en cours de divorce).[865]
>
> Apparition des premières crises relationnelles avec sentiment de rejet et d'incompréhension : « il ne gère pas, ne contient pas », tendance à retourner le problème contre elle. Premières violences. En fin de relation, elle s'apprête à déposer une main courante, mais se retire au dernier moment pensant que les choses étaient de sa faute[866].

Des situations de violences de genre sont également identifiées dans le milieu professionnel (n=2) : agressions sexuelles et viols dans un cas, harcèlement sexuel dans l'autre. Enfin, 10 occurrences correspondent soit à d'autres types de situations (comme des agressions commises par des personnes inconnues : agression dans les transports en commun, par un exhibitionniste, ou encore par un marabout auquel la famille a fait appel), soit à des situations qui ne sont pas spécifiées de la part des psychologues, à l'image de ce passage : « *À l'âge de 27 ans, la patiente est victime d'un viol. Il semble y avoir encore des manifestations psycho-traumatiques, notamment des flashbacks, mais qui restent difficiles à évoquer*[867] ».

Comme le laissent transparaître certains extraits, ces violences de genre s'articulent dans six des 58 dossiers à des violences intrafamiliales, caractérisées par des maltraitances physiques et psychologiques durant l'enfance. Dans mes entretiens, la question de la violence intrafamiliale a été abordée de manière explicite par Pauline Aubert, qui était au moment de notre entretien âgée de 38 ans et en stage dans une structure psychiatrique dans le cadre de sa formation de pair-aidance. L'un de nos deux entretiens a principalement été consacré au récit de ces violences, qu'elle situe dans un climat incestuel marqué par l'absence d'intimité et où son père était violent contre son frère et elle systématiquement sous la douche ou dans la salle de bains. Les conséquences de la violence intrafamiliale sont soulignées par Carolina Gonzalez, une Youtubeuse qui tient la chaîne *La Carologie* concernant les questions de santé mentale et de politique sur laquelle elle évoque régulièrement le trouble *borderline*, diagnostic qu'elle a reçu et qu'elle s'approprie[868]. Cette forme de violence est également repérée dans la littérature médico-psychologique concernant le trouble *borderline* en tant qu'il serait le produit de traumatismes précoces qui ouvrent la voie à des formes de retraumatisation à l'adolescence (c'est-à-dire une tendance à se mettre en danger ou à rejouer des relations traumatisantes).

---

[865] Dossier n°6, 2018, patiente de 30 ans. Étudiante, auparavant Inspectrice des impôts en Algérie. Mère : Non consigné. Père : Médecin.
[866] Dossier n°45, 2020, patiente de 25 ans. Ancienne mannequin, seveuse. Mère : non consigné. Père : ingénieur.
[867] Dossier n°35, 2018, patiente de 28 ans. Assistante dentaire. Mère : au foyer. Père : cheminot.
[868] La Carologie, *J'ai une théorie.*, https://www.youtube.com/watch?v=GGSgTyeU8Fo , 22 mai 2024, (consulté le 23 mai 2024); Cf. Chapitre 6. Se saisir ou se dessaisir du diagnostic ?

Ainsi, et à l'instar de Marlène Bouvet[869], je retrouve au sein de mon enquête le rôle important de la domination de genre et de la domination adulte[870] dans la souffrance sociale. Dans ces différents récits de violence, deux profils apparaissent. Dans un premier profil, les personnes ont subi des violences sexuelles et des formes particulièrement paroxystiques de maltraitance durant l'enfance. Un second profil correspond quant à lui aux personnes qui ont subi des violences, principalement sexuelles, à partir de l'adolescence et au début de leur vie d'adulte et dans le cadre de leur vie amoureuse. Ces deux profils correspondent à des parcours différents, mais se retrouvent néanmoins ici catégorisés par la même catégorie diagnostique.

3.2.2. Donner une signification à et par la violence vécue

Au-delà de ces deux profils, certaines personnes m'ont dit explicitement ne pas avoir vécu ce type d'expérience de violences. Véronique Legrand s'interroge ainsi sur ses souvenirs, après que son psychiatre lui ait dit que ses symptômes indiqueraient la présence d'un abus sexuel. Elle me précise : « *Mais je n'avais aucune idée. Je ne sais pas* ». De son côté, Romane Barthes a cherché un « *trauma d'enfance* » à la suite d'une interrogation de sa psychiatre.

> ROMANE BARTHES : Je me rappelle, d'ailleurs, que la psychiatre, elle m'avait posé la question à moi, puis ensuite, elle a posé la question à mes parents. Elle avait demandé : est-ce que j'avais subi un traumatisme lorsque j'étais enfant […]. Longtemps, j'ai réfléchi, je me suis creusé, creusé la tête encore et encore. Est-ce que, je sais pas, est-ce que j'avais été violentée ? Est-ce que j'avais pu subir des abus sexuels ? Parce que, du coup, elle me disait, : « oui, ça peut déclencher un trouble de la personnalité *borderline* ». Je dis pas non, enfin… à ma connaissance, j'ai pas eu de traumatisme tel, en fait. Voilà. Donc, on trouvait pas, en fait. Voilà. On trouvait pas.

Cette absence d'identification d'évènement traumatique dans l'enfance de Romane Barthes s'articule paradoxalement dans son récit à la description, qui intervient plus loin dans l'entretien, d'un souvenir qu'elle qualifie pourtant de traumatique : à l'âge de 8 ans, elle se rappelle avoir entendu son père violer sa mère (souvenir qui sera remis en cause par un infirmier du CMP où elle a été suivie quelque temps). Ces interrogations font écho à la culpabilité ressentie par Stéphanie, l'une des personnes rencontrées par Baptiste Brossard durant son

[869] M. Bouvet, *Réenchanter les déprimé.es. Une sociologie de la thérapie en clinique privée*, *op. cit.*, p. 662 « Au-delà de la classe sociale, le rôle de la domination de genre et de la domination parentale dans la souffrance sociale ».
[870] En suivant Tal Piterbraut-Merx, cette domination peut être caractérisé comme étant « inhérente à la structure juridico-symbolique de la relation parents-enfants en particulier, et adulte-enfant en général » où « l'enfant, économiquement et psychiquement dépendant·e, ne peut choisir son lieu de vie et ne peut quitter le domicile familial sans autorisation, [et où] iel ne peut pas non plus se constituer partie civile dans un procès ». Tal Piterbraut-Merx, « Enfance et vulnérabilité. Ce que la politisation de l'enfance fait au concept de vulnérabilité », *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 4 septembre 2020, nº 57, §19-20.

enquête sur les automutilations, qui lui a dit : « J'ai l'impression de me plaindre pour rien… ma famille a de quoi vivre… et je n'ai pas été violée[871] ».

Ces différents éléments montrent que la prise en charge à l'*HDJ borderline* ainsi que la catégorisation en termes de trouble *borderline* donnent du sens à des expériences de violence tout en participant à faire de l'explication par le traumatisme un *topos* de l'explication étiologique de la souffrance psychique catégorisée par la catégorie « trouble de la personnalité *borderline* ». En effet, certaines personnes s'inquiètent ou culpabilisent de ne pas retrouver dans leurs expériences personnelles ce type d'évènements. Cette absence d'évènement traumatique identifiable est cependant prise en compte par Jennifer Reimer dans son texte critique sur les troubles de la personnalité, qui élargit la définition d'abus à « une expérience universelle […] que les femmes subissent en vivant dans la société actuelle[872] ». Cet élargissement de la définition de l'abus, au-delà de l'évènement explicite et identifiable de violence, amène à interroger le contexte social et les effets de la position au sein des rapports de domination dans la production de la souffrance. Cette optique permet également d'interroger, comme le propose Wilfried Lignier, les « reconductions pratiques[873] » des évènements dits traumatiques qui s'articulent toujours avec des formes de socialisations et de pratiques préexistantes qui s'inscrivent dans des relations et des rapports de domination potentiellement source de souffrance. En ce sens, et en suivant ces propositions, on peut considérer la catégorie « trouble de la personnalité *borderline* » comme un outil qui donne une forme et une signification à des souffrances relevant de déviances émotionnelles parfois rattachées à des violences de genre et intrafamiliale, sans que celles-ci en soient la condition nécessaire ni qu'elles en soient une cause mécanique.

Cette dimension s'inscrit donc en faveur d'une approche sociologique du traumatisme qui ne réduit pas l'explication causale à l'évènement, en ce sens que ce terme renverrait aux conséquences pratiques d'évènements biographiques qui s'inscrivent au sein d'une matrice de socialisation déterminée par un positionnement social, et dont les effets peuvent exister avec ou sans identification d'évènements qualifiés de traumatiques. Cette dimension est exemplifiée par Romane Barthes qui, après m'avoir décrit le souvenir concernant le viol de sa mère par son père, me dit : « *Je me demande même : qu'est-ce qui est resté en moi de l'image que je peux avoir des relations de couple, de la masculinité, de la féminité ? Quelle image ça peut renvoyer,*

---

[871] B. Brossard, *Se blesser soi-même*, *op. cit.*, p. 302.
[872] Jennifer L. Reimer, *Elle doit être folle : le discours psychiatrique, les « troubles de la personnalité » et la régulation sociale des femmes subversives*, https://web.archive.org/web/20221221234650/https://data.over-blog-kiwi.com/1/85/65/14/20180315/ob_e98684_elle-doit-etre-folle-pleine-page.pdf, 2009, p. 59.
[873] W. Lignier, *La société est en nous. Comment le monde social engendre des individus*, *op. cit.*, p. 97.

en fait, vis-à-vis de moi sur l'image de la femme ? Enfin, voilà, tout ça. ». Ainsi, et les prochains chapitres le montreront, le trouble *borderline* nomme et donne principalement une signification à des souffrances liées à une position de genre. Cela correspond au constat de Baptiste Brossard qui souligne que l'automutilation, l'une des principales composantes identifiées dans le trouble *borderline*, est une pratique adoptée par des personnes qui se « trouvent dans des situations où leur genre pose problème[874] ».

[874] B. Brossard, *Se blesser soi-même*, *op. cit.*, p. 299.

Conclusion. Nommer et donner du sens à des déviances de genre socialement situées

À partir de mes matériaux d'enquête, ce chapitre a déplié les principaux mécanismes de la construction du trouble *borderline* par les pratiques professionnelles spécialisées. La construction de la population de l'*HDJ borderline* repose sur plusieurs éléments : un adressage qui engendre une pré-sélection, des catégorisations professionnelles durant la prise en charge, et une forme psychothérapeutique marquée par des attentes scolaires. Ces éléments laissent alors apparaître le prototype des personnes *borderline* au sein de cet espace : des femmes âgées de 25 à 35 ans dotées en capital culturel et dont la trajectoire de soins psychiatrique a déjà été engagée depuis plusieurs années. Ils éclairent ainsi le profil de suivi « psy » de ces personnes, en ce sens qu'elles accèdent à des services psychiatriques non sectorisés, ainsi qu'à la psychothérapie libérale. Cela révèle une frontière symbolique, entre psychiatrie de secteur et psychiatrie non-sectorisée associée aux soins privés et en libéral, qui se rejoue et se redéfinit dans les mécanismes de sélection et de catégorisation de l'*HDJ borderline*.

Cette construction de la population de l'hôpital de jour repose sur des attentes professionnelles. Des attentes en termes d'âge tout d'abord, où il s'agit pour les patientes de ne pas avoir une trajectoire de soins trop jeune et d'être suffisamment « *à distance* » de la période cadrée comme relevant de l'adolescence. Le faible nombre de personnes prises en charge après 35 ans montrerait quant à lui le fait qu'une trajectoire de soins psychiatriques longue réduirait les chances d'accéder à cet hôpital de jour, même si elle peut être compensée par un profil de suivi compatible avec la psychothérapie. Des attentes en termes de classe sociale ensuite : les psychologues proposent une pratique psychothérapeutique qui suppose un capital culturel, notamment scolaire, et qui est marquée par un ethnocentrisme de classe et des catégorisations imprégnées par un mépris de classe. Enfin, des attentes en termes de genre qui, malgré un discours qui vise à universaliser le trouble *borderline*, particularisent cette catégorie selon le sexe. Les professionnel·les prennent en charge *de facto* une extrême majorité de femmes et caractérisent les hommes *borderline* comme narcissiques, psychopathes, et qui se retrouveraient en prison. Ce discours qui suppose l'universalité de l'existence du trouble *borderline* suscite néanmoins un risque d'irréalisme quant à la compréhension de l'existence de la catégorie dans l'espace social. La comparaison des propriétés sociales et des comportements codés comme déviants parmi les personnes catégorisées *borderline* au sein de mes deux volets d'enquête (hôpital de jour et entretiens biographiques), et malgré quelques différences, montre une homogénéité, notamment en termes de genre ainsi qu'en termes de

positionnement social et de pratiques étiquetées déviantes (automutilation, addictions, troubles du comportement alimentaire et tentatives de suicide). Le détour par la question des violences vécues et de l'explication par le traumatisme permet enfin de formuler l'hypothèse, que je développerai plus avant dans les pages qui suivent, selon laquelle la souffrance catégorisée en termes de trouble *borderline* relève de déviances genrées et socialement situées.

CHAPITRE 5. LA GESTION PSYCHOTHERAPEUTIQUE DU TROUBLE BORDERLINE. Une fabrique individualisante et biologisante d'un trouble du genre

Le chapitre précédent a éclairé la construction de la population de l'*HDJ borderline*. Les mécanismes d'adressage, de catégorisations professionnelles, ainsi que les attentes professionnelles étayent le constat selon lequel la figure prototypique[875] des personnes *borderline* aux yeux des soignant·es correspond à des jeunes femmes dotées en capital culturel qui s'inscrivent dans une trajectoire de soins psychiatriques compatible avec la psychothérapie. Il s'agit désormais d'approfondir la compréhension des mécanismes d'objectivation du trouble *borderline* qui participe à faire exister cette catégorie en se demandant : comment les problèmes associés au trouble *borderline* sont-ils définis par les patientes et les psychologues ? Et, surtout, quel est le traitement proposé par ces dernières pour les gérer ?

Dans son article sur la fabrique des troubles du genre au sein d'un service de psychiatrie pour adolescent·es (où le diagnostic de *borderline* est uniquement attribué aux filles), Alice Feyeux souligne que

> « Les pathologies [mentales] ont un sexe, historiquement constitué. Elles mettent en jeu des comportements perçus comme féminins ou masculins. Dans le même temps, elles sont construites comme des "maladies du genre" : les diagnostics reposent sur l'identification de déviances de genre et de déviances sexuelles. Les maladies mentales caractérisent à cet égard des milieux sociaux, s'écartant par défaut ou excès, des normes de genre et de sexualité dominantes (Showalter, 1985)[876]. »

Pour étayer ce point, Alice Feyeux cite les travaux d'Elaine Showalter qui montre comment, au XIXe siècle, la psychiatrie alors émergente définit la folie comme relevant principalement de la féminité, avec une mise en avant des enjeux liés à la sexualité[877]. Cette définition s'inscrit dans un contexte médical où règne, selon les termes de l'historien Thomas Laqueur, un « modèle des deux sexes » qui suppose leur incommensurabilité. Dans son essai sur la fabrique du sexe, cet historien identifie effectivement un tournant dans les manières de conceptualiser le sexe au sein de la médecine et des sciences occidentales, où

---

[875] Ian Hacking, *L'âme réécrite : étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998, p. 43 ; Eleanor Rosch, « Principles of categorization » dans Daniel J. Levitin (dir.), *Foundations of cognitive psychology: Core readings*, Cambridge, MIT Press, 2002, p. 251-270.
[876] Alice Feyeux, « La fabrique psychiatrique (des troubles) du genre », *Sociétés contemporaines*, 2021, vol.121, nº 1, p. 112.
[877] Elaine Showalter, *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, London, Virago, 1987.

> « […] l'ancien modèle dans lequel hommes et femmes étaient rangés suivant leur degré de perfection métaphysique, leur chaleur vitale, le long d'un axe dont le télos était mâle, céda la place, à la fin du XVIIIe siècle, à un nouveau modèle de dimorphisme radical, de divergence biologique. Une anatomie et une physiologie de l'incommensurabilité remplacèrent une métaphysique de la hiérarchie dans la représentation de la femme par rapport à l'homme[878] ».

Il convient néanmoins de préciser que pour cet historien, le « modèle du sexe unique » et « le modèle deux sexes » étaient avant cette date tous deux disponibles pour penser la différence sexuelle, et qu'ils le sont encore aujourd'hui. Cette différence, loin d'être un donné déjà-là, est donc toujours en train de se faire.

Les diagnostics « psy » sont ainsi associés à l'un des deux sexes. Ils peuvent néanmoins changer de signification selon les contextes. C'est le cas de la schizophrénie, qui est principalement associée aux déviances féminines dans les années 1920, et qui constituera à partir des années 1950 un diagnostic masculin[879]. Aux États-Unis, alors qu'il était également associé à la féminité de classes moyennes au début du XXe siècle, ce diagnostic deviendra synonyme d'une « psychose de révolte » et sera principalement attribué à des hommes noirs dans un contexte marqué par les mouvements pour les droits civiques[880]. Ainsi, les catégories diagnostiques ne sont pas des objets stabilisés, leur signification peut varier selon les contextes sans que le terme change (et le terme peut changer sans que la signification varie). Comme l'ont classiquement montré les travaux s'inscrivant dans la perspective de l'étiquetage[881], les processus d'objectivation de la déviance ne se contentent donc pas de découvrir ou de nommer un fait de nature, mais participent à le construire comme déviant en le nommant. Cette construction présuppose également une manière de traiter la déviance, ce qui véhicule, dans le cadre des troubles psychiques, une normativité d'un point de vue du genre. En ce sens, les catégories diagnostiques correspondent à des grilles de lectures à partir desquelles se déploient des pratiques psychothérapeutiques ordinaires. Ainsi, il convient d'envisager le trouble *borderline* comme une grille de lecture genrée mobilisée dans l'intervention psychothérapeutique de l'hôpital de jour, faisant ainsi de ce lieu de soin une fabrique d'un trouble de genre.

---

[878] Thomas Laqueur, *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, traduit par Michel Gautier, Paris, Folio Essais, 2013, « Chapitre premier. Du langage et de la chair ». (Version électronique).
[879] Hervé Guillemain, *Schizophrènes au XXème siècle. Des effets secondaires de l'histoire*, Paris, Alma Editeur, 2018.
[880] Jonathan M. Metzl, *Étouffer la révolte: la psychiatrie contre les civil rights, une histoire du contrôle social*, traduit par Antoine Bargel et traduit par Alexandre Pateau, Paris, Éditions Autrement, 2020.
[881] Howard Saul Becker, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié, 1985.

À partir de la description des pratiques psychothérapeutiques des psychologues de l'*HDJ borderline*, issues d'observations de séances qui se situent à deux moments de la prise en charge (*Cf. Encadré n° 4, Tableau n° 6, Planning des observations : semaine 1 & 2*), ce chapitre interroge la mise en œuvre de la normativité de la psychothérapie de l'*HDJ borderline*. Cette psychothérapie suppose effectivement des manières de penser, de voir et d'organiser un monde peuplé d'individualités psychologiques plus ou moins toxiques ou invalidantes qui relèveraient d'un ensemble de traits psychologiques (schémas, modes, mécanismes de défense, comportements automatiques…). Avec cette lecture, les psychologues placent au centre le travail sur soi plutôt que l'identification des potentielles causes structurelles de la souffrance. La fabrique d'un trouble de genre que constitue *l'HDJ borderline* s'articule ici à des processus d'individualisation et d'essentialisation qu'il s'agit d'interroger. Se posent ainsi les questions suivantes : quelles attentes concernant les comportements et émotions des patientes véhicule la psychothérapie ? Et qu'est-ce qui est considéré comme « normal » pour les psychologues et les patientes ? Afin de répondre à ces questions, j'évoquerai dans un premier temps la manière dont les pratiques psychothérapeutiques participent à donner une forme ainsi qu'une signification genrée aux déviances émotionnelles expérimentées par les patientes (I.). Ensuite, une seconde section éclaire les effets des processus d'individualisation et de biologisation véhiculés par cette psychothérapie, ce qui éclaire en creux une conception fixiste des rôles de genre et une représentation qui tend à naturaliser la différence des sexes (II.).

Encadré n° 4 : Description des deux semaines d'observation de la psychothérapie de groupe

Semaine n° 1 : du 28/09/2020 au 2/10/2020 (milieu de la session de prise en charge)

Cette première semaine prend place au milieu du « temps plein » d'une session de prise en charge, et est représentative du programme hebdomadaire de la psychothérapie proposée à l'*HDJ borderline*. Elle s'est néanmoins déroulée pendant la pandémie, entre les deux confinements de 2020. Il n'y avait donc que des personnes prises en charge en « temps plein », et donc personne en « temps partiel ». Cela a permis de dédoubler les groupes : il y avait une séance le matin et une séance l'après-midi en demi-groupe. J'ai donc observé **10 séances** de psychothérapie durant cette première semaine d'observation (voir Planning des observations : semaine 1).

Semaine n° 2 : du 4/05/2021 au 7/05/2021 (première semaine de prise en charge)

Cette seconde semaine correspond au début d'une nouvelle session de prise en charge. Le programme est donc spécifique, et l'observation a permis de saisir le lancement de la prise en charge. Ce début de la prise en charge de « temps plein » coïncide avec le début de la prise en charge en « temps partiel » du groupe précédent. J'ai donc assisté à la séance d'accueil qui lance le « temps plein » et à la première séance de « temps partiel ». J'ai ensuite suivi exclusivement le groupe de « temps plein » le reste de la semaine. Cela m'a permis de lire des documents internes de l'hôpital de jour, et de discuter avec les infirmières. J'ai commencé à consulter des dossiers au cours de cette semaine. J'ai donc observé **5 séances** de psychothérapie durant cette seconde semaine d'observation (voir Planning des observations : semaine 2).

Tableau n° 6 : Composition des groupes observés

Semaine 1	
Groupe « temps plein »	
Alexandre Benanni	34 ans, Ingénieur en biologie au chômage
Delphine Ali	37 ans, Conductrice de transports en commun
Géraldine Martin	55 ans, Bibliothécaire en arrêt longue maladie
Laura Faivre	26 ans, Auxiliaire de puériculture
Laurie Delpierre	34 ans, agente administrative, cat. B
Emma Launay	29 ans, sans emploi après plusieurs études jusqu'au master
Sarah Demange	25 ans, mannequin et serveuse
Semaine 2	
Groupe « temps partiel »	
Melissa Vasseur	26 ans, gestionnaire dans une université
Alan Pujol	31 ans, infirmier
Angélique Cordier	37 ans, informations manquantes
Pauline Schmitt	30 ans, sans emploi
Noémie Jean	47 ans, secrétaire en arrêt maladie de longue durée
Constant Henon	18 ans, licence arts du spectacle
Mounia Belkhir	24 ans, BTS optique, en reprise d'études
Groupe « temps plein »	
Aline Morel	33 ans, au chômage, auparavant employée dans un petit commerce
Chloé Giraudon	31 ans, master en tourisme, au chômage
Agathe Bouillot	29 ans, travailleuse sociale
Amélie Roux	41 ans, conseillère principale d'éducation
Mathilde Dumont	27 ans, au chômage
Vanessa Daval	30 ans, CAP petite enfance, serveuse en CDD
Jessica Moretti (arrivée le 7 mai 2021 – quatre jours après le début de la session)	24 ans, Master en management

Planning des observations : Semaine 1										
	Lundi 28 septembre 2020		**Mardi 29 septembre 2020**		**Mercredi 30 septembre 2020**		**Jeudi 1er octobre 2020**		**Vendredi 2 octobre 2020**	
	Séance « Relations interpersonnelles » (1)		Séance « Gestion des émotions » (3)		Séance « Convivialité » (5)		Séance « Thérapie des schémas » (7)		Séance « Préparation au Week-end » (9)	
Matin	*Animation*	*Patient·es*	*Animation*	*Patient·es*	*Animation*	*Patient·es*	*Animation*	*Patient·es*	*Animation*	*Patient·es*
	Julie Blanc & Carole Cambre	Alexandre Benanni	Anne-Lise Simon & Patricia Prigent	Alexandre Benanni	Philippe Ebert	Alexandre Benanni	Anne-Lise Simon, Julie Blanc & Carole Cambre	Alexandre Benanni	Carole Cambre & Patricia Prigent	Alexandre Benanni
		Delphine Ali		Delphine Ali		Delphine Ali		Delphine Ali		*Départ de Delphine Ali*[882]
		Géraldine Martin		Géraldine Martin		Géraldine Martin		Géraldine Martin		Géraldine Martin
		Laura Faivre		Laura Faivre		Laura Faivre		Laura Faivre		Laura Faivre
Après-midi	Séance « Relations interpersonnelles » (2)		Séance « Gestion des émotions » (4)		Séance « Convivialité » (6)		Séance « Thérapie des schémas » (8)		Séance « Préparation au Week-end » (10)	
	Animation	*Patientes*	*Animation*	*Patientes*	*Animation*	*Patientes*	*Animation*	*Patientes*	*Animation*	*Patientes*
	Julie Blanc & Carole Cambre	Laurie Delpierre	Anne-Lise Simon & Patricia Prigent	Laurie Delpierre	Philippe Ebert	Laurie Delpierre	Anne-Lise Simon, Julie Blanc & Carole Cambre	Laurie Delpierre	Carole Cambre & Patricia Prigent	Laurie Delpierre
		Emma Launay		Emma Launay		Emma Launay		Emma Launay		Emma Launay
		Sarah Demange		Sarah Demange		Sarah Demange		Sarah Demange		Sarah Demange

[882] Cf. Chapitre 4. 2.2.2. Violence symbolique et ethnocentrisme de classe.

Planning des observations : Semaine 2

	Mardi 4 mai 2021		**Mercredi 5 mai 2021**		**Jeudi 6 mai 2021**		**Vendredi 7 mai 2021**	
	Séance d'accueil du « temps partiel » (n° 11)		Première séance de « psychoéducation » (n° 13)		***		***	
Matin	*Animation*	*Patient·es*	*Animation*	*Patient·es*	*Entretiens informels avec les infirmières, anonymisation des dossiers*[883]		*Anonymisation des dossiers*	
	Anne-Lise Simon & Julie Blanc	Melissa Vasseur	Anne-Lise Simon	Aline Morel				
		Alan Pujol		Chloé Giraudon				
		Angélique Cordier		Agathe Bouillot				
		Pauline Schmitt		Amélie Roux				
		Noémie Jean		Mathilde Dumont				
		Constant Henon		Vanessa Daval				
		Mounia Belkhir						
	Séance d'accueil du « temps plein » (n° 12)		Présentation du PSIO, Melomind et Symbioline[884] (n° 14)		Deuxième séance de « psychoéducation » (n° 14)		Séance « Thérapie des schémas » (n° 15)	
Après-midi	*Animation*	*Patientes*	*Animation*	*Patientes*	*Animation*	*Patientes*	*Animation*	*Patientes*
	Anne-Lise Simon, Julie Blanc, Carole Cambre, Patricia Prigent	Aline Morel	Philippe Ebert	Aline Morel	Julie Blanc	Aline Morel	Julie Blanc & Anne-Lise Simon	Aline Morel
		Chloé Giraudon		Chloé Giraudon		Chloé Giraudon		Chloé Giraudon
		Agathe Bouillot		Agathe Bouillot		Agathe Bouillot		Agathe Bouillot
		Amélie Roux		Amélie Roux		Amélie Roux		Amélie Roux
		Mathilde Dumont		Mathilde Dumont		Mathilde Dumont		Mathilde Dumont
		Vanessa Daval		Vanessa Daval		Vanessa Daval		Vanessa Daval
								Arrivée de Jessica Moretti[885]

[883] Cf. Chapitre 4. 1.1. Sélection et écritures des dossiers.
[884] Cf. Chapitre 3. 2.2. Des techniques psychocorporelles.
[885] Cf. Chapitre 4. 2.2.3. Une situation de mépris de classe.

I. Donner une forme et une signification aux déviances émotionnelles

La fabrique des troubles du genre que constitue la psychothérapie de l'*HDJ borderline* repose sur des mécanismes de négociations[886] entre les pratiques psychothérapeutiques des psychologues et les attentes des patientes, tout comme pour le service pédopsychiatrique étudié par Alice Feyeux. Le fonctionnement de cet hôpital de jour suscite néanmoins des attentes spécifiques chez ces patientes. En effet, là où les patient·es se retrouvent souvent contre leur gré dans les services psychiatriques, la thérapie de l'hôpital de jour est sélective et réunit des personnes qui investissent de grandes attentes dans la prise en charge. Elles espèrent effectivement mettre un mot sur leurs maux. Ces maux sont constitués par des déviances qu'elles identifient elles-mêmes. Dans le cadre de la thérapie de l'hôpital de jour, l'objectivation des déviances consiste ainsi à mettre en forme ainsi qu'à donner une signification à des difficultés et des souffrances expérimentées par les patientes.

1.1. Une proposition de mise en forme des échecs du travail émotionnel

Dès les premiers jours de thérapie, les psychologues proposent aux patientes une certaine manière de mettre en forme leurs récits de souffrance à partir du trouble de la personnalité *borderline*. Comment cette mise en forme s'opère-t-elle et selon quelles conditions ? Les descriptions des premiers jours de la psychothérapie permettent de montrer comment les psychologues proposent une mise en forme des échecs du travail émotionnel des patientes sous le vocable du trouble *borderline*.

1.1.1. Le désir d'une « vie normale »

L'après-midi du mardi 4 mai 2021 marque le début de la prise en charge d'un nouveau groupe (n° 12[887]). Je me retrouve dans la salle où se déroule cette séance d'accueil avec une douzaine de personnes : les psychologues, les infirmières, les stagiaires infirmière et psychologue, ainsi que six patientes. Anne-Lise Simon, l'une des psychologues, précise qu'elles sont sur le point de commencer « *8 semaines intensives* » dans un hôpital de jour qui

[886] Anselm L. Strauss, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, l'Harmattan, 1992.

[887] Afin de faciliter la lecture et de situer les extraits de journal de terrain, j'utilise les numéros des séances observées indiqués dans les plannings de mes observations.

propose des activités spécialisées et qui se situe dans un hôpital universitaire – ce qui explique la présence de stagiaires (et même d'un stagiaire sociologue !). Elle prévient les patientes : ces 8 semaines intensives risquent d'être éreintantes. La psychologue précise que la prise en charge engendre beaucoup de fatigue physique et émotionnelle. Ce qui sera important dans ces moments-là, c'est de réaliser un véritable travail sur soi : « *Il faut se concentrer sur soi pendant la prise en charge*. »

Après ces quelques précisions, les deux psychologues proposent un exercice de présentation croisée ; faisant ainsi entrer d'emblée les patientes dans la forme scolaire de cette thérapie. Après l'exposé d'Anne-Lise Simon, Julie Blanc se lève et se dirige vers le tableau. Elle prend un stylo et note les consignes de l'exercice. Les patientes doivent se mettre en binômes. Dans chaque binôme, l'une doit demander à l'autre son nom, son prénom, son âge, ses loisirs et centres d'intérêt, ses attentes et objectifs, ainsi que ses peurs et ses appréhensions pour en faire une présentation à l'ensemble du groupe. Après l'explication de ces consignes, Julie Blanc constitue les binômes. Je remarque alors qu'une des patientes, Mathilde Dumont, a l'air très angoissée. Elle secoue vigoureusement sa jambe, sa main bouge de manière saccadée, et elle manipule nerveusement son stylo Bic. Lorsque Julie Blanc s'approche d'elle pour lui tendre une feuille, elle sursaute et casse le stylo qu'elle avait dans ses mains. Au début de l'exercice, Anne-Lise Simon s'installe donc avec Mathilde Dumont, et finira par prendre sa place auprès de l'autre patiente pour recueillir ses informations.

Après quelques minutes de discussions, les présentations commencent. Aline Morel présente Vanessa Daval, en mobilisant une expression qui constituera le fil rouge des discussions : cette dernière souhaite vivre « *une vie normale* ». Vanessa Daval apporte une précision : « *Je ne sais pas ce que je ressens. Je ne sais pas ce que sont mes émotions… Je ne sais pas…* », puis elle présente Aline Morel qui souhaite également « *vivre normalement* » et qui investit beaucoup d'attentes envers cette prise en charge. Cette dernière, avec qui j'ai réalisé deux entretiens, m'explique que depuis de nombreuses années, elle souhaite être prise en charge parce qu'elle mange « *trop* ». Après avoir été refusée de plusieurs services, car elle ne se faisait pas vomir, elle a découvert le terme d'hyperphagie sur internet. Après le premier confinement de 2020, et alors en pleine « *détresse* », elle trouve un service spécialisé et réalisera trois jours de tests au cours desquels elle découvre le diagnostic. Elle sera ensuite orientée vers l'*HDJ borderline* par le psychiatre de ce service. Elle m'explique ainsi les difficultés vécues pour arriver jusqu'à cet hôpital de jour, notamment en commentant une phrase de Philippe Ebert, le psychiatre de l'hôpital de jour.

> ALINE MOREL : Ça a été un peu difficile d'attendre jusque-là. Parce qu'en plus, de nouveaux confinements, de nouveaux soucis. Et puis… Les remarques de certains… Enfin notamment le docteur Ebert qui me dit : « Il ne faut pas mettre votre vie entre parenthèses. » Il est bien mignon. Mais moi, je n'ai pas de boulot. Je ne vais pas chercher un boulot maintenant, en sachant que je vais entamer ça. Même si je ne suis pas en capacité de chercher un boulot. Donc, si, je dois un peu mettre ma vie entre parenthèses. Et j'ai beaucoup d'attentes concernant cette hospitalisation [de jour].

À la suite de la première présentation croisée entre Vanessa Daval et Aline Morel, c'est au tour d'Amélie Roux de présenter Agathe Bouillot. Cette dernière a l'impression de ne pas être à sa place, car elle n'est pas convaincue par le diagnostic – cette incertitude engendrera une mise en retrait de cette patiente dans les discussions des séances de psychothérapie, où elle ne prendra quasiment jamais la parole (comportement qui finira d'ailleurs par engendrer des tensions avec les autres patientes du groupe ainsi qu'avec les psychologues et infirmières[888]). Agathe Bouillot présente ensuite Amélie Roux, qui espère trouver les clés pour ne pas revenir ici. Cette dernière a effectivement déjà suivi une session de prise en charge à l'*HDJ borderline* quelques années auparavant[889]. La patiente qui était en binôme avec Mathilde Dumont, Chloé Giraudon, se présente seule. Elle est au chômage après avoir travaillé comme cadre dans une grande entreprise. Sa principale attente est de se réinsérer professionnellement après un burn-out qui lui a « *grillé le cerveau* ». Elle n'arrivait ni à parler ni à penser, et elle attend également de vivre « *une vie normale* ». Elle ajoute qu'elle ressent les émotions des autres, et qu'elle est donc très mal à l'aise avec la situation de Mathilde Dumont ; elle dit ressentir également beaucoup d'angoisse chez Agathe Bouillot. Elle aimerait arrêter d'être une « *éponge à émotions* ».

À la suite de ces tours de paroles, Anne-Lise Simon remarque que plusieurs patientes ont précisé : « *je ne sais pas si c'est clair* ». Elle leur demande donc : « *pourquoi ?* ». Vanessa Daval répond en disant qu'elle a l'impression de devoir parler pendant des heures pour bien se faire comprendre. Cela entraîne une discussion sur les difficultés de compréhension dans les relations aux autres, et notamment dans les relations de couple. Chloé Giraudon explique, à propos de son compagnon : « *Je ne comprends pas qu'il ne comprenne pas !* » Toutes les autres patientes acquiescent, et comme par ricochet, chacune se met à dire : « *ah oui !* » ; « *moi aussi c'est le cas !* » ; « *moi aussi c'est comme ça !* ». À la fin de la séance, Julie Blanc avertit les patientes : « *Attention à vos attentes, elles sont très générales. Ici, on va cibler un peu plus. Les cibles, ça*

---

[888] Voir infra. 2.2.1. Les schèmes biologisants de la thérapie.

[889] Anne-Lise Simon me dira après cette séance d'accueil qu'Amélie Roux avait tissé des liens d'amitiés avec les membres de ce précédent groupe, dont deux se sont suicidés par la suite ; un patient s'est pendu et une patiente a fait une overdose de médicaments. Cette séance d'accueil était donc difficile pour cette patiente, qui a eu les larmes aux yeux et a dit à plusieurs reprises que « *ça fait bizarre de se retrouver ici* ».

va être de mieux se comprendre et de travailler autour des émotions. » Ce ciblage de la compréhension et du travail des émotions est opéré par les psychologues à partir d'une stabilisation de la définition des difficultés émotionnelles.

1.1.2. La stabilisation de la définition des difficultés émotionnelles

La description de la séance d'accueil permet de saisir l'importance de la discussion dans les groupes de psychothérapie. Les patientes apportent des récits, et les psychologues réagissent en recadrant l'interaction. Julie Blanc précise ainsi que les attentes décrites par les patientes étaient trop générales. La première séance de psychoéducation (n° 13), qui a lieu le lendemain et qui est animée par Anne-Lise Simon, sera l'occasion de l'approfondissement de la définition de ces attentes. Les discussions feront émerger quatre principaux thèmes : l'addiction, l'absence de limites, les relations amoureuses et la sexualité.

Durant cette séance de psychoéducation, Amélie Roux évoque ses « *problèmes d'addiction* ». Vanessa Daval ajoute : « *Ça peut être d'autres addictions que la drogue… J'ai été addict au cannabis, à la cocaïne, et à d'autres choses, mais aussi au bricolage… quand j'ai commencé à faire du bricolage, j'ai commencé à ne faire plus que ça… Je suis addict à être addict.* » En reprenant un critère diagnostique du DSM-5 (« sensation de vide »), Chloé Giraudon évoque quant à elle le vide que l'addiction vient combler : « *On se sent vide, on a l'air d'être normales à l'extérieur, mais on est différentes.* »

Cette dernière phrase montre la socialisation au discours « psy » des patientes qui se retrouvent à l'*HDJ borderline*. Les patientes s'inscrivent effectivement, et comme on l'a vu, dans une trajectoire de soins déjà engagée depuis plusieurs années lors de leur arrivée[890]. C'était le cas d'Aline Morel qui a vu plusieurs professionnel·les de santé mentale, et qui a fait des recherches personnelles sur internet. En ce qui concerne Chloé Giraudon, elle a connu plusieurs hospitalisations en pédopsychiatrie à partir de l'âge de 13 ans (dans le service où se trouve la Consultation Pédopsychiatrique d'Urgence que j'ai observée[891]) – hospitalisations qu'elle met en lien avec un viol subi à cet âge. Quelques mois avant son arrivée à l'*HDJ borderline*, dans le cadre d'une procédure judiciaire concernant ce viol, Chloé Giraudon demande à consulter son dossier médical et découvre que lors d'une de ses hospitalisations, durant laquelle elle était âgée de 15 ans, une inscription dont elle n'a jamais été informée a été ajoutée à son dossier : celle du trouble de la personnalité *borderline*. Quelque temps plus tard, elle fait un *burn-out* et perd son travail. C'est dans ce contexte qu'elle se rend dans une unité psychiatrique en

[890] Cf. Chapitre 4. 2.1. Une étape dans des trajectoires de soins psychiatriques déjà engagées.
[891] Cf. Chapitre 2. 1.1.2. Le Service B. Un travail de liaison de la consultation Pédopsychiatrique d'Urgence.

apportant son dossier médical. Elle demande alors à l'interne : « *Qu'est-ce que j'ai ?* ». Ce dernier lui dit : « *Je ne pourrais pas vous dire exactement, mais je pense que vous êtes borderline*[892]. » Elle ne savait alors toujours pas ce que ce diagnostic signifiait, et l'interne lui dit qu'elle devrait faire confirmer cela auprès d'un psychiatre. À la suite du passage dans cette unité psychiatrique, Chloé Giraudon entame donc un suivi psychiatrique en libéral durant lequel ce diagnostic sera confirmé.

Lors de la première séance de psychoéducation (n° 13), Chloé Giraudon explique que le diagnostic de trouble *borderline* lui a fait beaucoup de bien. Elle a compris que ses difficultés viennent d'un traumatisme qui n'a pas été traité, ce qui engendre une très grande sensibilité : « *Je prends tout pour moi.* » Elle décrit comment, dans son travail, le moindre reproche la fait exploser de colère. Dans ces situations, elle se met à insulter ses collègues puis claque la porte, ce qui engendre beaucoup de culpabilité par la suite. À partir de ce récit, Anne-Lise Simon évoque le mécanisme d'« *interprétation* », en expliquant que l'énervement peut provenir d'interprétations de ce que les autres disent, font ou pensent. La psychologue précise qu'« *on cherche toujours quelqu'un de coupable lorsque ça ne va pas, alors que c'est toujours dans une relation* », puis demande : « *Quel est le problème pour vous ?* »

Vanessa Daval répond que « *c'est la jalousie* ». En parlant de son ex-compagne, elle explique : « *J'ai du mal à comprendre qu'elle ait besoin d'autres gens dans sa vie que moi... je suis comme ça avec tout le monde.* » Amélie Roux rebondit en disant : « *J'arrive pas à poser les limites.* » Aline Morel a quant à elle des difficultés à répondre à cette question. La psychologue reformule : « *C'est quand la dernière fois que vous avez eu l'impression d'être borderline* ? » Elle lui répond « *tout le temps* », puis prend pour exemple le fait d'être bousculée dans la rue. Ce type de situation peut la « *travailler* » toute la journée, elle va ruminer et ne sera pas capable de penser à autre chose. Elle se dit qu'on ne l'aime pas. Elle ne comprend pas qu'on puisse faire ce genre de chose alors qu'elle fait « *tout bien* », puis conclut sa prise de parole en disant : « *Je suis née avec la culpabilité.* » Chloé Giraudon mobilise ensuite une métaphore souvent utilisée par les psychologues pour caractériser le manque de limite psychique considéré comme spécifique du trouble *borderline* : « *C'est comme si on n'avait pas d'épiderme, qu'on est à vif, comme si on était brulée.* »[893] Elle raconte les semaines qui ont précédé le décès de sa mère. Elle s'est occupée d'elle, lui a donné à manger, l'a lavée. Durant ce récit, Vanessa Laval se met à pleurer. Elle vient également de perdre sa mère, des suites d'un cancer généralisé. Tout

[892] Propos recueillis pendant l'entretien réalisé quelques semaines après le début de la prise en charge.
[893] Cette métaphore s'appuie sur la théorisation du psychanalyste Didier Anzieu concernant le « moi-peau » : Didier Anzieu, *Le moi-peau*, Paris, Dunod, 1985.

comme Chloé Giraudon, elle s'est occupée « *à fond* » de sa mère, jusqu'à ce qu'elle arrête le traitement, et décède une semaine plus tard. Une discussion commence alors sur le fait que « *chez les borderline* » il y a aussi une très forte implication dans des « *bons* » comportements (pas seulement dans les « *mauvais* »). Anne-Lise Simon explique que le problème c'est « *l'absence de limite* », que ce soit dans « *les qualités* » comme dans « *les défauts* ».

La psychologue demande ensuite aux patientes si elles se reconnaissent dans le premier critère diagnostique du DSM-5 : « *Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés*[894] ». Ces dernières abordent alors spontanément leurs relations amoureuses. Vanessa Daval explique que dans ses relations amoureuses, elle ne veut pas que les proches prennent trop de place. Chloé Giraudon prend ensuite la parole : « *Avec mon ex, je suis tombée sur un pervers narcissique, et un peu borderline aussi, et deux borderline ensemble c'est difficile.* » Vanessa Daval a également un ex-compagnon qu'elle qualifie de « *pervers narcissique*[895] » : « *J'étais avec un ex-copain, je préférais qu'il me frappe plutôt qu'il me quitte… Il était pervers narcissique aussi.* » Elle ne supportait pas que son ex-copain aille voir d'autres personnes, et elle l'empêchait de sortir en s'accrochant à sa jambe. Elle explique qu'elle le menaçait avec un couteau et qu'elle fermait à clé la porte pour éviter qu'il sorte. Son ex-copain l'attrapait alors par le cou, et l'étranglait jusqu'à ce qu'elle s'évanouisse. Une fois inconsciente, il pouvait partir et elle se réveillait seule. « *C'est la seule manière qu'il avait de partir sans me tuer* », finit-elle par dire.

Aline Morel prend ensuite la parole et évoque ses relations amoureuses qu'elle qualifie de « *difficiles* ». Elle précise, en reprenant une expression régulièrement mobilisée dans la définition du trouble *borderline* par les psychologues, qu'elle a eu « *une sexualité à risque* ». Elle juge avoir eu beaucoup de partenaires sexuels, qu'elle ne voulait pourtant pas forcément, et elle a accepté des actes qui lui faisaient mal. Elle définit ces moments comme des situations où elle était « *dissociée*[896] ». Vanessa Daval explique quant à elle que dès qu'elle s'attache à quelqu'un, elle n'a plus du tout de sexualité, plus aucune envie, contrairement à la « *phase de séduction* ». Chloé Giraudon décrit la même chose. Elle explique avoir eu « *beaucoup de*

---

[894] American psychiatric association, *DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2015, p. 1095, version électronique.

[895] Dans ces groupes de psychothérapie, et comme on le verra, les patientes sont considérées comme des victimes « privilégiées » des « pervers narcissiques ». Cette expression sert effectivement à décrire des hommes qui seraient attirés par le style de féminité des patientes. Cet usage de l'expression « pervers narcissique », de la part des psychologues et des patientes, constitue un indicateur de la socialisation de ces dernières à ce dispositif de soin, ainsi que de la diffusion massive de la catégorie ces dernières années. Pauline Delage, « Perversion narcissique, genre et conjugalité », *Zilsel*, 2021, vol.8, nº 1, p. 240-253 ; Marc Joly et Corentin Roquebert, « De la « mère au narcissisme pervers » au « conjoint pervers narcissique » », *Zilsel*, 2021, vol.8, nº 1, p. 254-283.

[896] Terme psychologique qui définit la déconnexion et le détachement vis-à-vis de soi ou de son environnement, pouvant engendrer des pertes de mémoires et un sentiment d'identité fragmenté.

sexualité dissociée », enchaînant les rencontres sexuelles à l'aide d'applications de rencontre. Cependant, dès qu'elle est en couple, elle n'a plus envie de sexualité. Durant notre entretien, qui s'est déroulé quelques semaines après cette séance, Chloé Giraudon m'explique ce mécanisme qui suscite chez elle un sentiment de « *décalage* ». L'élément qu'elle identifie comme étant déclencheur est la séparation avec son ex-copain.

> CHLOE GIRAUDON : J'étais tombée follement amoureuse de lui. On était restés dix mois ensemble. Et puis il m'a quittée. Je me suis sentie abandonnée. Mais je voulais vraiment mourir. Parce qu'il avait réussi vraiment à me comprendre. On avait une certaine connexion. Enfin, tout allait bien. Et en fait, quand il m'a quittée, j'ai basculé. Et j'ai commencé à me mettre sur des sites de rencontres, chose que je n'avais jamais faite avant. Et là, j'ai enchaîné à peu près une quarantaine de partenaires. Sur un an et demi, un truc comme ça. À me mettre aussi dans des situations dangereuses avec des hommes. Tout ce qui est relations internet, je n'ai aucun problème au niveau intimité. Mais quand je vais être avec quelqu'un que j'aime, du coup, je ne vais pas réussir à être dans l'intimité avec lui. Donc, encore un décalage. Encore un décalage qui arrive. Et c'est un problème aussi de dissociation. Ce que m'expliquait aussi mon psychiatre, c'est que… Quand vous êtes dans les réseaux… Enfin, les sites de rencontres… C'est une espèce de transaction, en fait. Votre tête et votre corps ne sont pas forcément connectés. Mais quand vous êtes en relation amoureuse ou en couple, tout est connecté. Et donc, en tout cas pour ma part, je me sens plus en danger. J'ai plus d'anxiété. Plus de stress. Il y a plein de choses qui sont remises en moi. Et donc, j'arrive moins à me lâcher. Donc, décalage[897].

L'analyse développée par Chloé Giraudon, à la suite de discussions avec son psychiatre, est également celle proposée par Anne-Lise Simon durant la séance de psychoéducation. Ce que décrivent Vanessa Daval et Chloé Giraudon vis-à-vis de la sexualité lorsqu'elles sont en couple relèverait d'une « *reconnexion entre le corps et l'esprit* ». La psychologue précise également que dans une relation où il y a de l'attachement, le risque est plus grand, rendant alors la sexualité plus difficile. Chloé Giraudon explique que ce mécanisme est source de tension avec son copain. Pour ce dernier, la sexualité c'est le « *ciment du couple* ». Alors que pour elle, la sexualité, c'est un « *plus* ». Ce qui importe, c'est plutôt la relation et les sentiments. Elle finit par dire qu'il lui arrive de se forcer de temps en temps, afin de satisfaire les « *besoins* » de son copain, parce que « *bon, c'est un mec* ». Vanessa Daval, qui après avoir été avec son ex-copain a été en couple avec plusieurs femmes, dit que pour les femmes c'est également compliqué, tout en précisant qu'il lui est impossible de se forcer : « *Moi, le pire que j'ai fait à mon ex-copine, c'est un an sans sexe… Et d'ailleurs après on s'est séparées parce qu'elle est allée… fin bref, normal quoi.* »

[897] Entretien avec Chloé Giraudon, juin 2021, durée : 1h15, réalisé dans une salle de l'*HDJ borderline*.

Pour conclure cette séance de psychoéducation, Anne-Lise Simon synthétise les différents échanges en disant que ce qui est difficile dans le trouble *borderline*, « *c'est que vous êtes consciente du problème, ce qui engendre de la lutte* ». Elle évoque également le passage d'une « *censure émotionnelle* » à une « *explosion émotionnelle* », puis précise que la sexualité et les traumatismes seront à évoquer en entretiens psychologiques individuels, parce qu'« *on ne sait pas comment les autres peuvent recevoir ces récits* ». Les séances de groupe sont quant à elles faites pour donner des stratégies, permettre de mieux vivre, en travaillant les difficultés afin de les identifier. Elle précise que les deux critères diagnostiques les plus importants sont « *la peur de l'abandon* » et « *le sentiment de vide* ». De ces deux dimensions découlent les autres aspects du trouble, notamment la colère, résultat de « *l'intolérance à la frustration* ». La psychologue évoque des recherches sur les nouveau-nés qui ont montré que les jeunes enfants peuvent entrer dans des moments de rage intenses face à l'impuissance de retenir l'autre. Amélie Roux et Vanessa Daval acquiescent, puis précisent qu'à la suite de ces accès de rage, elles ressentent de forts sentiments de honte et de culpabilité. La séance se clôture sur ces quelques mots de Chloé Giraudon : « *Mon problème, c'est la colère*. »

La description de cette seconde séance de psychothérapie montre d'une part l'importance du dialogue entre patientes et psychologues. Les premières apportent un récit déjà grandement façonné par une socialisation aux discours « psy », tandis que les secondes cadrent ces récits en les rattachant aux critères diagnostiques du trouble *borderline* (interprétation, absence de limite, peur de l'abandon, sentiment de vide, intolérance à la frustration et colère). D'autre part, les thématiques abordées spontanément par les patientes éclairent la centralité des dynamiques de genre et de sexualité dans des formes de souffrances qui correspondent à des déviances repérées par les patientes elles-mêmes.

1.1.3. Déviances émotionnelles et auto-étiquetage

Dans ces premières séances de psychothérapie, chaque thématique est ainsi l'occasion d'une explicitation d'un sentiment de décalage, d'un ressenti inadapté, et la première séance de psychoéducation se conclut sur l'idée que la colère fait partie des principaux problèmes à traiter. Il s'agit en ce sens d'une mise en forme des échecs du travail émotionnel, qui se réalise dans un dialogue guidé par la psychologue, et qui consiste à rattacher les différentes manifestations de ces échecs au trouble *borderline*.

La notion de travail émotionnel a été définie par Arlie R. Hochschild pour désigner des efforts consciemment réalisés afin de se conformer aux « règles de sentiments » dans des

situations où les personnes ne ressentent pas ce qu'elles sont censées ressentir[898]. La sociologue américaine Peggy A. Thoits a prolongé le travail d'Arlie R. Hochschild en conceptualisant la notion de « déviances émotionnelles[899] » à propos de la maladie mentale afin d'expliquer les situations où les personnes recherchent volontairement des soins. Ces situations, au moment où elle publie cet article dans le milieu des années 1980, ne sont pas expliquées par les travaux sociologiques concernant la maladie mentale, représentés notamment par ceux de Thomas Scheff[900]. Ce sociologue américain interactionniste considère que la maladie mentale relève de « déviances résiduelles » qui transgressent les fondements les plus élémentaires de l'ordre de l'interaction, n'ayant donc pas d'autres étiquettes que celle de « folie » pour être nommée. De ce fait, toutes les instances de contrôle social, mis à part la psychiatrie, échoueraient à gérer ce type de déviances. Selon Peggy A. Thoits, cette explication convient aux maladies mentales « graves », où les personnes ne sont pas conscientes de leurs transgressions vis-à-vis de l'ordre de l'interaction[901] et se retrouvent bien souvent hospitalisées sans leur consentement. Elle ne permet cependant pas de comprendre les situations où les personnes se reconnaissent elles-mêmes comme malades, dans un processus d'« auto-étiquetage » (*Self-labeling*), et où elles demandent activement à être soignées. Ce cas de figure correspond typiquement aux personnes que j'ai rencontrées durant mon enquête. Les personnes étiquetées « *border* » aux urgences psychiatriques sont vues comme particulièrement adhésives vis-à-vis des équipes soignantes. Celles prises en charge à l'*HDJ borderline* investissent de grandes attentes dans la thérapie afin de pouvoir enfin vivre une « *vie normale* ». Et, comme je le développe dans le prochain chapitre, cette catégorie suscite des processus d'auto-diagnostique[902].

Pour rendre compte de ce type de situations, Peggy A. Thoits propose de comprendre la souffrance psychique comme le résultat d'échecs répétés du travail émotionnel. Les situations qui nécessitent un travail émotionnel sont caractérisées par la transposition des tensions des structures sociales (*structural strains*) à un niveau intra-individuel, où il s'agit de maîtriser une partie de soi qui a tendance à ne pas respecter les normes émotionnelles. La déviance émotionnelle nomme ainsi des situations où cette maîtrise de soi est recherchée, mais échoue dans la durée, par des personnes pourtant « bien socialisées » (*well-socialized*) et « motivées

[898] Arlie Russell Hochschild, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, 2003, n° 9, n° 1, p. 19-49.
[899] Peggy A. Thoits, « Self-Labeling Processes in Mental Illness: The Role of Emotional Deviance », *American Journal of Sociology*, 1985, vol. 91, n° 2, p. 221-249.
[900] Thomas J. Scheff, *Being mentally ill*, Chicago, Aldine, 1967.
[901] Erving Goffman, « La folie dans la place » dans *La mise en scène de la vie quotidienne 2. Les relations en public*, Paris, Éditions de minuit, 1973.
[902] Chapitre 6. Se saisir ou se dessaisir du diagnostic ?

pour se conformer aux attentes sociales[903] ». L'une des sources des échecs du travail émotionnel reposerait sur un manque de « soutien social » (*social support*). Selon cette autrice, ce soutien désigne un entourage qui accompagne la gestion des émotions (en validant, en acceptant et en proposant de l'aide vis-à-vis de ces échecs du travail émotionnel). Du fait de cette absence d'accompagnement, les personnes débordées par leurs émotions ne parviendraient pas à donner du sens à ces déviances, et mettraient en péril l'efficacité des efforts déployés pour travailler leurs émotions.

La psychothérapie spécialisée dans le trouble *borderline* propose justement une acceptation et une validation des déviances, permettant une reconnaissance de la réalité de la souffrance, ainsi que des techniques destinées explicitement à la gestion émotionnelle. Il apparaît ainsi que l'étiquetage de la déviance, notamment lorsqu'elle est émotionnelle, n'est pas seulement réalisé par les « autres », mais peut également émaner des personnes elles-mêmes. Cette perspective permet de dépasser l'opposition individu/société en donnant la possibilité de penser l'incorporation des structures sociales et de leurs tensions à un niveau intra-individuel. Cela rend ainsi compréhensible les demandes de soins, mais aussi la quête de diagnostic, pour nommer un malaise qui relève de « discordances émotionnelles persistantes ou récurrentes[904] ».

Le principal indice de ces discordances chez les patientes de *l'HDJ borderline* est la centralité du thème de la culpabilité dans leurs discours et leur unanime volonté de vivre une « *vie normale* ». Leurs comportements, qu'elles jugent pourtant parfois légitimes sur le moment, entraînent une culpabilité après-coup. Cette culpabilité dans l'après-coup se retrouve également dans les entretiens que j'ai réalisés avec des personnes diagnostiquées ou auto-diagnostiquées. Ces dernières précisent très régulièrement que leurs comportements et réactions sont « *débiles* » ou « *ridicules* »[905]. Le diagnostic et la thérapie spécialisée qui le mobilise permettent aux patientes, selon certaines conditions, une compréhension et une déculpabilisation de l'incapacité à dominer une partie de soi qui s'active malgré elles et qui leur fait honte. Le diagnostic constitue ainsi un idiome de détresse, et donc une forme symbolique qui permet, comme on l'a vu en introduction, de condenser et de transformer l'expérience de la souffrance en abstraction, rendant dès lors possible la communication en structurant l'intersubjectivité[906]. Le trouble de la personnalité *borderline* est ainsi un outil qui propose une mise en forme d'un ensemble de sentiments diffus liés à une auto-identification des

[903] P.A. Thoits, « Self-Labeling Processes in Mental Illness », art cit, p. 223.
[904] *Ibid.*, p. 236.
[905] Cf. Chapitre 6. 1.1.2. Des comportements qui engendrent de la honte et de la culpabilité.
[906] Raymond Massé, « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », *Recherche sémiotique / Sémiotic Inquiry*, 1999, vol. 19, nº 1, p. 14.

transgressions des normes émotionnelles. Cette mise en forme s'accompagne également d'un ensemble de significations, qu'il s'agit maintenant d'interroger.

1.2. Donner du sens à la souffrance

L'usage de la catégorie trouble *borderline* donne une signification genrée aux déviances émotionnelles, et donc aux souffrances des patientes. L'univers sémantique mobilisé par les psychologues lorsqu'elles abordent l'explication du fonctionnement et de l'étiologie du trouble participe d'une reproduction symbolique de la différence des sexes, où le trouble est avant tout cadré comme relevant d'excès émotionnels individualisés et naturalisés.

1.2.1. La reproduction symbolique de la différence des sexes

La seconde séance de psychoéducation (n° 14), animée par Julie Blanc, était davantage axée sur l'explication de l'origine et du fonctionnement du trouble *borderline*. Durant cette séance, et alors que Julie Blanc aborde l'explication étiologique du trouble, un élément est ressorti : le trouble *borderline* est explicitement associé à un cerveau en « *ébullition* ».

> Julie Blanc présente l'explication du trouble *borderline* d'après la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD). Il y a d'abord une dimension biologique, qui est « l'hypersensibilité » et « le tempérament de base ». Elle précise que c'est ce qui a pu être vu dans les études sur « les bébés » : ils ne sont pas tous pareils. Puis elle se réfère aux études sur les jumeaux[907]. À cette dimension biologique s'ajoute le « trouble de l'apprentissage des émotions », qui est quant à lui lié à l'environnement familial. Tout ceci engendre alors une « vulnérabilité émotionnelle » : « C'est la dysrégulation émotionnelle qui est au cœur des choses… », précise la psychologue. La thérapie est là pour permettre une meilleure compréhension et un changement du comportement. Julie Blanc explique qu'ici, ce sera plutôt focalisé sur la compréhension. Puis, en revenant aux diapos, elle commence par la partie biologique. Elle précise que les choses ne sont pas claires dans les études. Ce qui est montré, en revanche, c'est qu'il y a des zones du cerveau qui sont impactées : « Du coup, ce n'est pas qu'une question de volonté… ça veut dire que c'est plus difficile pour vous de contrôler, parce que c'est biologique et que ce n'est pas une question de volonté. Je vois les regards qui changent, qu'est-ce que vous en pensez ? » Chloé Giraudon prend la parole et dit que « c'est comme les tueurs en série ! Quand on leur fait une IRM, on voit qu'il y a une partie de leur cerveau qui est anesthésiée ». La psychologue rebondit en disant que pour elles [les patientes], ce n'est pas anesthésié, mais que c'est en « ébullition »[908].

[907] Les études sur les jumeaux (*twin studies*) constituent un instrument de recherche qui consiste à évaluer la part de la génétique dans le comportement humain. Cette méthodologie a suscité des travaux interdisciplinaires, entre sciences biologiques et sciences sociales. Voir sur ce sujet Julien Larregue, « "C'est génétique" : ce que les twin studies font dire aux sciences sociales », *Sociologie*, 2018, vol. 9, n° 3, p. 285-304.
[908] Journal de terrain, 6 mai 2021.

Cette définition des difficultés émotionnelles des patientes *borderline* par une chaleur excessive est également présente dans la description des techniques corporelles de gestion des émotions. Les psychologues proposent régulièrement des stratégies de refroidissement qui permettraient de gérer une « *crise* », dans laquelle se déchaîneraient des émotions incontrôlées. Ces stratégies consistent par exemple en des exercices de respiration, à tenir des glaçons dans les mains, à prendre une douche froide ou à plonger la tête dans l'eau froide. Ces techniques de refroidissement font l'objet de discussions entre les psychologues. Durant le moment de préparation qui précède une séance de Thérapie des schémas (n° 8) animée par les deux psychologues et Carole Cambre, l'infirmière, Julie Blanc évoque une nouvelle technique de « gestion de la détresse » qu'elle a découverte la veille.

> Julie Blanc décrit une stratégie de gestion de la détresse qu'elle a vue sur une vidéo la veille. C'est similaire à la technique du glaçon. Cette technique vise à simuler un plongeon dans l'eau. Il faut mettre une poche de glace sur ses sinus et se pencher, comme si on allait plonger[909].

Cette opposition entre le chaud et le froid s'inscrit dans une opposition symbolique entre le masculin et le féminin. En effet, tandis que les difficultés émotionnelles des patientes *borderline* relèveraient d'une trop forte chaleur, qu'il s'agirait de refroidir, il est intéressant de noter que les discours sur la psychopathie[910], considérée comme le versant masculin du trouble *borderline*[911], insistent quant à eux sur la « *froideur* » de ce type de patients. Durant l'ethnographie du service d'urgences psychiatriques pour adulte, une infirmière a effectivement décrit un patient comme peu authentique, car il avait un contact froid et psychopathique qui lui faisait peur[912]. Cette partition symbolique entre le froid et le chaud se retrouve également dans l'extrait de journal de terrain précédemment cité. Le cerveau des *borderline* y est différencié de celui des tueurs en série par le fait qu'il serait « *en ébullition* » et non pas « *anesthésié* ». De la même manière, Alice Feyeux a documenté l'usage de cette opposition entre le chaud et le froid par les professionnel·les du service pédopsychiatrique qu'elle a observé. La définition du travail émotionnel que les patientes anorexiques doivent réaliser, selon ces professionnel·les, puise également dans ce registre. Cette définition situe effectivement ces patientes du côté de la

[909] Journal de terrain, 1er octobre 2020.
[910] Voir, à propos de cette catégorie, la thèse en cours de Léo Tertrais-Flammand, *Neurosciences du psychopathe. De la personnalité psychopathique au cerveau psychopathe, sociologie des usages scientifiques d'une catégorie psychiatrique et de sa circulation entre l'Amérique du Nord et la France*,Université Paris Nanterre, Paris, en cours.
[911] Martin Desseilles, Bernadette Grosjean et Nader Perroud, *Manuel du borderline*, Paris, Eyrolles, 2014, p. 48.
[912] Chapitre 2. 3.2.1. « Psychiatriquement il y a rien à faire, il va finir en prison c'est sûr ».

froideur et de l'autisme (trouble majoritairement masculin[913]) tout en reformulant l'idée selon laquelle l'anorexie serait une forme de refus du féminin.

> « Pour les patientes anorexiques, le travail émotionnel consiste à aviver des émotions initialement absentes ou non perçues. Nombre d'entre elles souffriraient "d'alexithymie", soit d'une difficulté à différencier et exprimer leurs émotions – à être dans le lien à l'autre. Ce trait de personnalité vaut aux patientes d'être masculinisées et comparées à des "autistes". Pour Marianne (psychiatre), il conduirait à des "silences froids" ou de "l'hyperintellectualisation". L'injonction à verbaliser ses émotions s'applique donc de manière spécifique à ces patientes jugées trop dans "l'intellect" – pôle masculin – au détriment de "l'émotion"[914]. »

Alice Feyeux cite également une art-thérapeute qui différencie, à l'aide de cette opposition entre le chaud et le froid, les patientes anorexiques des patientes *borderline*, en ce sens que « les "anorexiques" seraient supposées "refroidir" les borderline qui, au contraire, "remueraient" les premières, les exposant à la sexualité[915] ». Ainsi, derrière l'alternative du chaud et du froid, on retrouve l'opposition entre la raison et l'émotion ainsi qu'entre le masculin et le féminin.

Françoise Héritier, en conceptualisant la « valence différentielle des sexes[916] », évoquait ce mécanisme : la distinction du masculin et du féminin se retrouve dans les oppositions symboliques globales (chaud/froid, sec/humide, haut/bas…). L'association peut varier en fonction des contextes sociaux et historiques, mais l'élément rattaché au masculin est toujours davantage valorisé que celui rattaché au féminin. C'est justement ce que l'on retrouve dans ces discours. La froideur est associée à la capacité de gestion des émotions, permettant d'avoir un comportement rationnel. À l'inverse, la chaleur est associée à l'émotivité, qui consiste en une forme de submersion par les émotions. Cette submersion entraîne une incapacité au raisonnement et aux choix au profit d'une impulsivité potentiellement destructrice. Cela s'inscrit en ce sens dans la définition classique de l'irrationalité qui, comme le souligne Emily Martin dans son étude sur la bipolarité, « […] est souvent définie comme excès émotionnel qui échappe au contrôle de la raison[917] ». Dans le creux de l'usage de cette opposition symbolique entre la chaleur et la froideur, se retrouve donc l'opposition raison/émotions, fondement de l'opposition raison/folie, elle-même imprégnée par des significations genrées, car cette dernière « recoupe une répartition sexuée entre l'irrationalité des femmes, qui se révèlerait notamment

---

[913] Selon les travaux épidémiologiques, l'autisme toucherait une femme pour quatre hommes. Jinan Zeidan et al., « Global prevalence of autism: A systematic review update », *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, mai 2022, vol. 15, nº 5, p. 778-790.
[914] A. Feyeux, « La fabrique psychiatrique (des troubles) du genre », art cit, p. 125.
[915] *Ibid.*, p. 122.
[916] Françoise Héritier, *Masculin/féminin. La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob, 1995.
[917] Emily Martin, *Voyage en Terres Bipolaires : Manie et Depression dans la Culture Americaine*, Paris, Éditions Rue d'Ulm, 2013, p. 188.

dans leur émotionalité [sic], et des individus masculins plus rationnels, car contrôlant mieux leurs émotions[918]. »

Dans l'*HDJ borderline*, une autre opposition participe de la reproduction symbolique de la différence des sexes cette fois dans son versant hétéronormatif : celle qui oppose la perversion narcissique au trouble *borderline*. Dans le langage des psychologues, le terme « *narcissique* » est effectivement quasi systématiquement associé à des hommes. Ce qualificatif est souvent utilisé pour qualifier des hommes qui seraient attirés par le profil psychologique des patientes *borderline*.

> [*Discussion sur Emma Delaunay durant une réunion de synthèse*] Pour la psychologue Anne-Lise Simon, « Emma peut attirer les hommes narcissiques… Elle est belle et elle le sait… Elle joue dessus. »[919].
>
> [*Discussion sur Sarah Demange durant une réunion de synthèse*] L'infirmière Carole Cambre dit que la veille, lors de l'entretien qu'elle a fait avec Sarah, celle-ci lui a dit (en pleurant) qu'elle ne savait pas comment se comporter avec les autres et comment les autres sont censés se comporter avec elle. « Il y a tout à réapprendre », commente-t-elle. La discussion porte sur la beauté de Sarah, sa féminité, et l'idée qu'au vu de son physique, « elle attire les hommes narcissiques ». Pour la psychologue Anne-Lise Simon, Sarah Demange et Emma Delaunay ont « le même style de mec ». La psychologue fait ensuite une blague sur le sujet : « Il ne faut pas qu'elles sortent en boîte toutes les deux, elles feraient un ravage et finiraient par se taper dessus. » Elle ajoute que « des filles comme Mme Demange, certains hommes les voient comme des trophées, et forcément ça attire des mecs pas stables… »[920].

Le narcissisme est ainsi associé à des hommes instables et potentiellement attirés par le style de féminité des patientes perçues comme *borderline*, qui est scruté et largement commenté dans les discussions professionnelles. Le terme narcissisme est souvent accolé, que ce soit par les psychologues, mais aussi par les patientes elles-mêmes, à la notion de perversion ; comme lorsque Chloé Giraudon explique que son ex-compagnon était un pervers narcissique (*voir supra*). Elle a également ajouté qu'il était « *un peu borderline* ». À l'image de ce discours, et comme je l'ai évoqué dans le chapitre précédent, la description d'un trouble *borderline*, lorsqu'il est masculin, dévie de la forme typique de ce qui relève habituellement de ce trouble. Cette déviation repose sur une mise en avant des aspects narcissiques. La perversion narcissique est ainsi construite, dans le langage de l'*HDJ borderline*, comme un opposé complémentaire du trouble *borderline*, où le trouble féminin que constitue habituellement la personnalité *borderline* viendrait naturellement attirer le trouble masculin que constitue le narcissisme, et

[918] Stéphanie Pache, « Critique et pratique : l' « emprise du genre » sur la santé mentale » dans *Souffrance psychique et santé mentale. Un objet pour les sciences sociales*, CNRS Éditions., Paris, 2018, p. 124.
[919] Journal de terrain, 29 septembre 2020.
[920] *Idem*.

surtout la perversion narcissique. Se rejoue ici la construction de la différence des sexes, notamment dans sa dimension conjugale hétérosexuelle, ainsi que la caractérisation de leurs potentiels troubles. C'est ce que note la sociologue Pauline Delage lorsqu'elle souligne qu'à travers la diffusion sociale de l'expression « pervers narcissique », « c'est bien une définition normative du couple hétérosexuel qui transparaît : la complémentarité et la hiérarchisation des rôles et des genres ne sont pas problématisées, elles sont bornées par leurs excès[921] ». Cette sociologue montre effectivement comment l'usage de l'expression « pervers narcissique » sert avant tout à décrire des hommes adoptant un style de masculinité qui dépasse les « bornes » de la norme conjugale hétérosexuelle, sans pour autant que l'asymétrie de genre soit pleinement pensée et interrogée en tant que telle. En d'autres termes, cette catégorie participe à visibiliser les rapports de genre seulement lorsque des excès sont identifiés.

Ces mécanismes de reproduction de la différence sexuelle dans le travail diagnostique des professionnel·les de l'*HDJ borderline* ne vont cependant pas sans tensions et difficulté. En effet, durant les séances de psychothérapie de groupe, Alexandre Bennani, dont il a été question au chapitre précédent, faisait part de ses envies explicites de violence (fracasser le crâne d'un passant sur le trottoir, violenter sa conjointe). D'après les psychologues, ainsi que d'après les réactions dont j'ai pu être témoin, ces propos mettaient particulièrement mal à l'aise les autres patientes qui, bien qu'elles puissent également faire part de colère et d'envie de violence, évoquaient bien plus souvent les violences qu'elles avaient elles-mêmes subies. Cette tension liée à une compréhension partielle des rapports de genre au sein de l'hôpital de jour a d'ailleurs été explicitée lors de la séance d'accueil évoquée précédemment. Après avoir appris qu'il était initialement prévu qu'un patient homme fasse partie du groupe (patient remplacé au pied levé par Jessica Moretti), Chloé Giraudon et Vanessa Daval formulent leur surprise : elles ne comprennent pas la possible présence d'hommes dans cette thérapie, et disent préférer la non-mixité du groupe.

> Chloé Giraudon précise qu'elle n'arriverait pas à se relaxer en présence d'un homme, car ses difficultés proviennent de « traumatismes ». Vanessa Daval acquiesce et demande donc pourquoi ce groupe psychothérapeutique n'est pas en non-mixité. Les autres patientes sont d'accord, à l'exception d'Amélie Roux qui préférerait la mixité et précise : « Ah non, justement moi c'est l'inverse, j'aime pas les femmes… »[922].

[921] P. Delage, « Perversion narcissique, genre et conjugalité », art cit, p. 253.
[922] Journal de terrain, 5 mai 2021. Après avoir dit cela, Chloé Giraudon s'est tournée vers moi – j'étais alors le seul homme présent dans la salle – pour préciser que ma présence ne la dérangeait pas dans la mesure où je réalisais une recherche.

La mixité de genre de cette psychothérapie pose donc question aux patientes et suscite des discussions qui permettent d'illustrer la lecture partielle des rapports sociaux des psychologues. Pour ces dernières, la description des troubles psychiques correspond à des excès individualisés en adéquation avec les partitions symboliques présentées précédemment : excès de froideur et de rationalité pour les psychopathes, une masculinité excessive et « *toxique* » pour la perversion narcissique, et un excès de chaleur et d'émotivité pour le trouble *borderline*. L'objectivation de trouble *borderline* est donc consubstantielle d'une lecture genrée, et elle illustre ce que Stéphanie Pache nomme, en reprenant l'expression d'Ilana Löwy[923], « l'emprise du genre sur la santé mentale »[924]. Dans ce texte, qui résume les travaux sur le genre et la santé mentale de la sociologue britannique Joan Busfield[925], Stéphanie Pache souligne effectivement que « les maladies mentales ont un sexe » dans le sens où les « normes de santé mentale se réfèrent à des normes sociales de comportement qui sont, elles, sexuées ». Ainsi, sous la neutralité revendiquée des catégories diagnostiques réside bien un lien entre le genre et ces « conceptions "officielles"[926] ».

1.2.2. Des excès émotionnels individualisés

Le trouble *borderline* est donc défini par des excès émotionnels individualisés qui entraîneraient des « *surréactions* », notamment dans des moments de colère et de détresse. Ces « *surréactions* » correspondent à des comportements de violences physiques ou verbales envers d'autres personnes, mais aussi à des formes d'actes impulsifs qui sont qualifiées par les psychologues comme relevant d'une forme de violence contre soi-même : les scarifications, la consommation excessive d'alcool ou de psychotropes, les tentatives de suicide, et plus globalement un ensemble de comportements interprétés comme relevant d'une mise en danger[927]. Cette définition du trouble *borderline*, qui respecte la partition classique entre les symptômes internalisés (féminins), qui consistent en une mise en danger de soi-même, et les symptômes externalisés (masculin), qui consistent en une mise en danger des autres, s'inscrit également dans la tradition des discours psychiatriques, dans le sens où, comme le notent Coline Cardi et Geneviève Pruvost, « les taxinomies des maladies mentales féminines associent toujours le féminin à la démesure, à l'excès[928] ».

---

[923] I. Löwy, *L'emprise du genre : masculinité, féminité, inégalité*, s.l., La Dispute, 2006, 276 p.
[924] S. Pache, « Critique et pratique : l' « emprise du genre » sur la santé mentale », art cit.
[925] Joan Busfield, *Men, Women and Madness: Understanding Gender and Mental Disorder*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 1996.
[926] S. Pache, « Critique et pratique : l' « emprise du genre » sur la santé mentale », art cit, p. 122-123.
[927] Cf. Chapitre 4. 3.1.2. Comportements étiquetés déviants dans les dossiers et les entretiens.
[928] Coline Cardi et Geneviève Pruvost (dir.), *Penser la violence des femmes*, Paris, la Découverte, 2017, p. 40.

Dans l'ouvrage qu'elles dirigent, ces deux sociologues proposent une typologie des discours concernant la violence des femmes, qui – précisent-elles – constitue un objet qui se heurte à la fois au défi de sa définition ainsi qu'à sa sexuation inévitable. Cet objet, qu'est la violence des femmes, s'inscrit dans plusieurs récits qui participent à le construire. Tout d'abord, la violence féminine est majoritairement l'objet d'un « non récit » et se retrouve « hors-cadre »[929]. Cette invisibilisation de la violence relève premièrement d'une mémoire sélective, où lorsqu'une situation relevant d'une violence féminine est identifiée, le phénomène paraît toujours nouveau et extraordinaire. L'invisibilisation de ce type de violence est également le résultat « d'un sous-enregistrement et d'une requalification des faits[930] ». Cette requalification repose sur « un traitement sexuellement différentiel des illégalismes » où les actes de violence des femmes sont tendanciellement[931] accueillis avec plus de clémence dans un traitement policier et judiciaire « paternaliste/courtois[932] » et au profit d'autres formes de contrôle social[933]. Cependant, et au-delà de ces mécanismes d'invisibilisation, la violence des femmes peut faire l'objet d'un traitement qui la reconnaît ou qui l'exacerbe. Coline Cardi et Geneviève Pruvost distinguent ici deux « grands récits », l'un ne trouble en rien l'ordre social et les rapports sociaux, tandis que l'autre participe à les subvertir. Le premier met ainsi en forme une violence qui ne perturbe en rien les rapports sociaux, et la violence féminine se retrouve sous tutelle de la domination masculine. La violence est ici pensée comme le résultat de la naturalité féminine qui s'emparerait des femmes : « C'est l'irruption de leur nature qui soumet les femmes[934]. » En ce sens, la violence proviendrait d'une nature qu'il s'agirait de contrôler et de « civiliser ». Cet argument naturalisant est redoublé par les savoirs médicaux, notamment psychiatriques. Dans ce cadrage, si la violence féminine est un fait de nature incontrôlé, il n'y a donc « pas de raison dans ces actes violents, mais bien l'expression de pathologies proprement féminines[935] ». Cette conception suppose donc une thérapeutique qui vise à contrôler cette psyché troublée et envahie par une nature non civilisée. Le deuxième grand récit renverse l'ordre social et met en forme un changement des positions dans les rapports sociaux, soit sous la forme d'une domination

[929] Erving Goffman, *Les cadres de l'expérience*, Paris, les Éditions de Minuit, 1991.
[930] C. Cardi et G. Pruvost (dir.), *Penser la violence des femmes*, *op. cit.*, p. 24.
[931] Cela n'est pas vrai pour toutes les femmes, et en particulier pour celles qui s'écartent des attentes de genre. Voir par exemple A. Vuattoux, *Genre et rapports de pouvoir dans l'institution judiciaire. Enquête sur le traitement institutionnel des déviances adolescentes par la justice pénale et civile dans la France contemporaine*, Thèse de doctorat, Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité, Ecole doctorale Erasme, 2016.
[932] Colette Parent, « La protection chevaleresque ou les représentations masculines du traitement des femmes dans la justice pénale », *Déviance et société*, 1986, vol. 10, nº 2, p. 150.
[933] Coline Cardi, *La déviance des femmes. Délinquantes et mauvaises mères : entre prison, justice et travail social*, Thèse de doctorat, Paris 7, 2008.
[934] C. Cardi et G. Pruvost (dir.), *Penser la violence des femmes*, *op. cit.*, p. 36.
[935] *Ibid.*, p. 40-41.

féminine, dont la figure des Amazones est l'archétype, soit sous la forme d'une « indifférenciation égalitaire » où les femmes ont accès au pouvoir de la violence, et où les identités sexuées sont par exemple remplacées par une identité combattante dans certains groupes armés[936], ainsi que dans certaines situations révolutionnaires[937].

Cette typologie des discours concernant la violence féminine est utile pour comprendre la définition du trouble *borderline*. Les comportements déviants associés, qui relèvent principalement de la colère et de comportements perçus comme violents pour soi-même, sont compris comme le résultat de l'emprise de la nature sur les patientes, notamment dans sa dimension neurobiologique. En ce sens, la naturalisation de la déviance des patientes passe par un mécanisme de biologisation[938] véhiculée par les explications étiologiques et psychothérapeutiques de l'*HDJ borderline*. La thérapeutique alors proposée a donc pour objectif de civiliser ces déviances de genre, qui sont ici classiquement caractérisées par leurs excès[939].

1.2.3. La biologisation des émotions et discours sur le social

Conformément à ce que notaient Coline Cardi et Geneviève Pruvost, les difficultés expérimentées par les patientes sont perçues par les psychologues comme le résultat d'une hypersensibilité naturelle, dans le sens où les émotions des personnes *borderline* seraient naturellement plus intenses que la moyenne. Durant une séance de « gestion des émotions » (n° 4), Anne-Lise Simon explique :

> « Vous, vous êtes hypersensibles, c'est normal. Il faut prendre soin de votre hypersensibilité… Vous ressentez trop par rapport aux autres. Il faut valider l'hypersensibilité. Il faut vous dire : je suis comme ça, c'est ma nature. […] Les émotions c'est comme un moteur, c'est votre moteur, sauf que vous, c'est un moteur de Porsche[940]. »

[936] Maritza Felices-Luna, « L'implication des femmes au sein des groupes armés contestataires : la déviance au service d'une entreprise citoyenne », *Champ pénal/Penal field*, 15 janvier 2007, vol. 4, en ligne.
[937] Quentin Deluermoz, « Chapitre 4. Des communardes sur les barricades » dans Coline Cardi et Geneviève Pruvost (dir.), *Penser la violence des femmes*, Paris, La Découverte, 2012, p. 106-119.
[938] Christine Détrez, « Sous la naturalisation, la biologisation ? » dans Laurine Thizy et al. (dir.), *Biologisation(s). Les usages sociaux de l'argument biologique en santé*, Lyon, ENS Éditions, 2023, p. 5-8.
[939] Anatole Le Bras a également pu montrer que l'internement des hommes au XIXe siècle visait avait tout à gérer des formes exacerbée et exagérées de la virilité perçues comme pathologiques. Anatole Le Bras, « Troubles dans la masculinité. Les hommes à l'asile d'aliénés en France dans la seconde moitié du XIXe siècle », *Histoire, médecine et santé*, 2023, nº 23, p. 55-69.
[940] Journal de terrain, 29 septembre 2020.

Cette comparaison entre les émotions et un moteur de voiture Porsche est également mobilisée par sa collègue Julie Blanc dans sa conclusion de la seconde séance de psychoéducation en mai 2021 (n° 14) :

> Julie Blanc conclut la séance en affichant deux diapos : la première représente une voiture Porsche prenant un virage sur un circuit de course, la seconde représente une voiture *vintage* immobile. La psychologue commente en disant qu'une voiture de course ne se conduit pas de la même façon qu'une voiture « normale ». Les patientes disent qu'elles préfèrent la deuxième voiture[941].

Cette métaphore du moteur de voiture de sport naturalise les émotions des patientes qui seraient surpuissantes et à risque de surchauffe. Elle éclaire également de manière explicite le principe de la prise en charge, qui consiste à apprendre aux patientes à contrôler leur comportement, et dévoile ainsi la fonction de gouvernement des conduites que remplit la psychothérapie. En effet, ce type de moteur nécessiterait de véritables habiletés de conduite sans lesquelles la sortie de route serait inévitable.

Dans la conception étiologique des psychologues, qui s'appuient sur les travaux cognitivo-comportementaux et neuroscientifiques, le trouble *borderline* est le résultat de l'interaction entre cette hypersensibilité génétiquement héritée et un « environnement » social ou familial invalidant, c'est-à-dire soit violent soit, à l'inverse, surprotecteur. En reprenant la théorie de l'attachement initialement développée par le psychanalyste britannique John Bowlby, les psychologues de l'hôpital de jour considèrent que le trouble *borderline* provient d'une forme d'« attachement insécure[942] », entraînant bien souvent des « traumatismes développementaux » qui ouvriraient ensuite la voie à des mécanismes de retraumatisation, c'est-à-dire une susceptibilité pour les personnes de se retrouver à nouveau dans des situations potentiellement traumatisantes, notamment à l'adolescence[943]. Les comportements perçus comme pathologiques et qui sont au fondement de l'identification d'un trouble *borderline*

---

[941] Journal de terrain, 6 mai 2021.

[942] John Bowlby, *A Secure Base. Clinical Applications of Attachment Theory*, Londres, Psychology Press 1988.

[943] La théorie de l'attachement est centrale pour les psychologues de l'HDJ borderline (Anne-Lise Simon s'est effectivement découverte « attachementiste » durant la révélation qu'a constituée pour elle une formation en Thérapie des schémas). La théorie de l'attachement a fait l'objet de plusieurs lectures critiques, à l'image de l'historienne des sciences canadienne Marga Vicedo pour qui cette théorie s'inscrit dans l'attention croissante du rôle de mère au sein des société occidentale et repose sur des hypothèses peu étayées et qui soutiennent la naturalité de la relation mère-enfant : Marga Vicedo, *The Nature and Nurture of Love. From Imprinting to Attachment in Cold War America*, Illustrated edition., Chicago ; London, University of Chicago Press, 2013. Des critiques se retrouvent également dans le champ psychologique, sous la plume d'Heidi Keller selon laquelle la théorie de l'attachement participerait à universaliser un type d'expérience d'attachement spécifique des classes moyennes urbaines des sociétés occidentales, en la faisant passer pour un processus commun à l'ensemble des êtres humains. Heidi Keller, « Attachment and Culture », *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2013, vol. 44, nº 2, p. 175-194 ; Heidi Keller, « Universality claim of attachment theory: Children's socioemotional development across cultures », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2018, vol. 115, nº 45, p. 11414-11419 ; Heidi Keller, *The Myth of Attachment Theory. A Critical Understanding for Multicultural Societies*, New York, Routledge, 2021.

correspondent en ce sens à des « *stratégies d'adaptation* » spontanément adoptées par les patientes pour faire face aux effets de cette hypersensibilité rendue problématique par un environnement familial invalidant. En d'autres termes, la manière de nouer des relations, les formes que prennent les rencontres sexuelles, les scarifications, la prise excessive de drogues, ou encore les comportements jugés à risque, seraient autant de stratégies « *inadaptées* », spontanément par les patientes afin de gérer, faute de mieux, une submersion émotionnelle que l'environnement social et familial n'a pas su accompagner. Cette conception étiologique s'inscrit donc dans un mécanisme de biologisation des émotions qui seraient intrinsèquement (génétiquement) trop intenses, ce qui invisibilise ainsi leur caractère socialement et historiquement construit.

La dimension sociale et culturelle n'est cependant pas totalement évacuée des discours des professionnel·les lorsqu'il est question de l'origine du trouble *borderline*. En témoigne l'usage de l'expression certes floue de l'« environnement familial et/ou social » et qui intervient seulement après-coup sur des dispositions génétiques à l'hyperémotivité. Lorsqu'ils et elles évoquent l'origine du trouble *borderline*, les psychiatres, psychologues et psychothérapeutes rencontré·es durant mon enquête développent des « discours du social[944] » qui se situent à la croisée du « discours des victimes » (de traumatismes) et de celui de la « précarité sociale » (qui renvoie à des difficultés d'intégration sociale). En ce sens, le trouble *borderline* est perçu par elles et eux comme le résultat de traumatismes engendrés par des évolutions sociales et culturelles délétères.

> MARIE LOIZEAU [Psychiatre cheffe de service] : Nous, les psychiatres, on a l'impression que ce trouble vient de l'éducation et du changement de la société. C'est lié aux derniers avatars de l'hystérie, comme la fibromyalgie… C'est un air du temps.
>
> ALAIN CHARVET [Psychothérapeute spécialiste du trouble borderline] : C'est un trouble qui augmente au fur et à mesure des années parce que si vous voulez, parmi les traumatismes qui fabriquent le *borderline*, c'est le traumatisme de l'abandon, de la carence affective, et avec les familles où tout le monde travaille maintenant, il y a une perte du noyau familial, les familles recomposées je vous raconte pas, les familles, les adoptions, les familles monoparentales ou homoparentales. […] Quand vous êtes un enfant hypersensible et que vous vous retrouvez dans une classe, en maternelle, où c'est la loi de la jungle, deux solutions hein : soit vous vous intégrez, soit vous vous excluez hein.
>
> PHILIPPE EBERT [Psychiatrie de l'HDJ borderline] : On vit aujourd'hui dans une société qui est de plus en plus *borderline*… Il n'y a plus l'acceptation de l'autre. Quand

[944] Nicolas Dodier et Vololona Rabeharisoa, « Les transformations croisées du monde "psy" et des discours du social », *Politix*, 2006, vol. 73, nº 1, p. 9-22.

> les patients se mettent en retrait, c'est un mécanisme où ils s'excluent et détruisent symboliquement le groupe.

Cette rhétorique de l'auto-exclusion, que l'on retrouvait dans le texte de Pierre-Henri Castel concernant le narcissisme et le processus d'informalisation[945], correspond premièrement aux symptômes rattachés à ce trouble, qui consiste par exemple à « abandonner avant d'être abandonné », mais aussi à l'ensemble des comportements étiquetés déviants qui correspondraient à autant de mécanismes de retrait social et de mise en péril du groupe, voire de la société, selon les professionnel·les de la santé mentale. Ces discours font également le constat de dynamiques sociales et culturelles comprenant un changement dans l'éducation, une individualisation croissante et une perte de repères sociaux. Ils donnent également à voir la perception, particulièrement explicite chez Alain Charvet, d'une évolution jugée délétère des normes de genre, de conjugalité et de sexualité (« *tout le monde travaille* », « *perte du noyau familial* », « *familles monoparentales et homoparentales* »).

L'articulation de ces deux dimensions (prédispositions génétiques activées par un environnement social perçu comme délétère) dans la conception étiologique du trouble *borderline* est certainement à la source de sa position frontière dans le champ psychiatrique ; il ne correspond pas totalement à une maladie mentale perçue comme indépendante du contexte social, et rentre en contradiction avec la tendance psychiatrique d'autonomiser le social par rapport aux expressions pathologiques[946]. Dans les services de psychiatrie, et notamment d'urgence, ce trouble est ainsi à l'origine d'une tension ontologique entre les dimensions psychiatriques et les dimensions sociales[947]. La résolution de cette tension engendre, comme on l'a vu, son externalisation vers le champ psychothérapeutique. C'est d'ailleurs ce que l'on peut saisir dans les extraits précédents : les deux psychiatres, Marie Loizeau et Philippe Ebert, mettent l'accent sur les effets du social sur le trouble, et Alain Charvet, qui est quant à lui un psychothérapeute spécialiste du trouble, évoque sa conception de la production du trouble à partir d'évènements traumatiques qu'il associe à des processus sociaux plus généraux.

En ce sens, cette tension ontologique, source de difficultés dans les services de psychiatrie, est résolue chez les psychothérapeutes spécialistes du trouble *borderline*. Pour elles et eux, il s'agit d'une interaction entre la biologie et le social qui entraîne des difficultés psychologiques. Cependant, leur conception du social, en termes d'« environnement » peu

---

[945] Pierre-Henri Castel, « Narcissisme et processus de civilisation », *Zilsel*, 2021, vol. 8, nº 1, p. 220 Cf. Introduction générale. Narcissisme ou informalisation ?.

[946] Cf. Introduction générale. L'illusion de l'autonomisation du social.

[947] Céline Borelle, « "C'est uniquement social". Sur la production d'un dualisme social/psychiatrique en sciences sociales et dans le travail ordinaire de la psychiatrie », *Politix*, 2017, vol. 117, nº 1, p. 201-222.

structuré, engendre un réductionnisme biologique, dans le sens où ce qui est premier, c'est bien la dimension biologique et génétique dont découle la structure psychique. En effet, dans l'esprit de ces soignant·es, le trouble *borderline* correspond à un dysfonctionnement des émotions prédéterminé par des facteurs génétiques. Ce dysfonctionnement est alors activé par un environnement familial invalidant et les émotions dysfonctionneraient d'autant plus dans une société traversée par des évolutions sociales jugées néfastes ; société devenant d'ailleurs elle-même « *de plus en plus borderline* ».

Ces différents développements montrent que les psychologues de l'*HDJ borderline* proposent de rendre compte de déviances émotionnelles en stabilisant leur signification à partir du vocable du trouble *borderline* et des théories psychologiques associées. Ce passage de ce qui est ressenti par les patientes comme des souffrances émotionnelles diffuses à la catégorisation d'un trouble *borderline* se joue au sein d'une thérapie où se fabrique la différence sexuelle. Ceci est notamment visibilisé par des oppositions entre personnalité *borderline* et perversion narcissique, ou entre la chaleur et la froideur du cerveau et des émotions. Ces oppositions donnent ainsi une signification genrée au trouble *borderline*, et supposent un cadrage de l'explication des souffrances par des excès émotionnels individualisés. Il s'agit désormais d'éclairer le type de prise en charge concrète que suscite un tel cadrage.

II. Au cœur de la psychothérapie

Comment se réalise concrètement le traitement psychothérapeutique du trouble *borderline* dans cet hôpital de jour ? J'ai présenté dans le chapitre 3 le principe des techniques psychocorporelles ainsi que les fondements théoriques de la Thérapie Comportementale Dialectique et de la Thérapie des Schémas. Il s'agit désormais de plonger au cœur de la psychothérapie et de sa mise en œuvre durant les séances de groupe en soulignant premièrement un paradoxe : alors que les psychologues revendiquent une spécialisation sur les émotions, la thérapie consiste en réalité à une intervention sur des comportements déviants. Il s'agit alors d'un entraînement à une sociabilité pensée comme en dehors de la structuration du monde social. Les conditions d'un tel cadrage reposent sur la biologisation des émotions qui s'opère dans cet hôpital de jour. Cela permet alors de documenter la conception fixiste des rôles de genre véhiculée par cette psychothérapie nourrie par la représentation de la naturalité de la différence des sexes.

2.1. Un entraînement à une sociabilité sans social

Comme on l'a vu en introduction[948], Robert Castel et Jean-François le Cerf identifiait au début des années 1980 un investissement croissant dans « le psychologique[949] ». Cet investissement expansif dans le psychologique participerait selon eux à rebattre les cartes de l'organisation sociale des « sociétés libérales avancées », et instituerait une nouvelle forme de sociabilité que Robert Castel nomme une « a-sociale sociabilité[950] ». Cette sociabilité correspond à un « nouveau mode d'existence entièrement saturé par le psychologique et dont toutes les autres pesanteurs progressivement se retirent[951] ». En ce sens, la diffusion de la culture psychologique ne supposerait pas seulement un repli individualiste (ou narcissique) des personnes sur elles-mêmes, comme le suggèrent par exemple Christopher Lasch[952] et Richard Sennett[953]. Elle possède également une positivité, en ce sens qu'elle restructure la vie sociale et les sociabilités. Ces dernières reposeraient dès lors essentiellement sur des relations entre des individualités déshistoricisées, décontextualisées et donc pensées comme exclusivement psychologiques. Dans ce cadre, la formule de Descartes selon laquelle il vaut mieux changer ses désirs que l'ordre du monde se retrouve systématisée par des techniques psychologiques qui se diffusent dans une grande partie des sphères sociales[954]. L'intervention psychothérapeutique de l'*HDJ borderline* s'insère dans ces dispositifs psychologiques constitutifs et vecteurs de la culture psychologique, qui diffuse des schèmes biologisants et se fait donc aujourd'hui de plus en plus neuropsychologique. La description de la mise en pratique concrète de la psychothérapie permet de montrer que cette intervention psychothérapeutique propose un

---

[948] Cf. Introduction générale. Une forme symbolique dans la culture psychologique.

[949] Robert Castel et Jean-François le Cerf, « Le phénomène « psy » et la société française. 1. Vers une nouvelle culture psychologique », *Le Débat*, 1980, vol. 1, nº 1, p. 3.

[950] Robert Castel, *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Les Éditions de Minuit, 2011.

[951] R. Castel et J.-F. le Cerf, « Le phénomène « psy » et la société française. 1. Vers une nouvelle culture psychologique », art cit, p. 13.

[952] Christopher Lasch, *La culture du narcissisme: la vie américaine à un âge de déclin des espérances*, Paris, Flammarion, 2018.

[953] Richard Sennett, *Les tyrannies de l'intimité*, Paris, Éditions du Seuil, 1979.

[954] « Par exemple, que fait une équipe de prévention implantée dans un quartier d'immigrés ? Changer les conditions d'habitat, trouver du travail aux adolescents, modifier les réflexes racistes de la population à l'extérieur ? Les travailleurs sociaux sont bien placés pour savoir que ces possibilités d'une intervention directement sociale ou politique sont la plupart du temps hors des limites de leur mandat. Alors ils tissent des réseaux de relations, rendent possibles des attachements affectifs, structurent des emplois du temps autours d'activités qui ont pour fin d'intensifier des rencontres -, d'éveiller des intérêts, de saturer des désirs dans le cadre d'une sociabilité construite par leur propre stratégie. Leur travail tient moins à la possibilité d'agir sur des causes objectives qu'à leur capacité de produire un espace de sociabilité différent des conditions dans lesquelles vit leur clientèle. » R. Castel, *La gestion des risques*, *op. cit.*, p. 191.

apprentissage d'une forme de sociabilité d'où sont évacués les effets de la structuration et de la violence du monde social.

2.1.1. Gérer la réaction aux émotions pour reprendre le contrôle sur son comportement

Comme on l'a vu, la définition et l'explication du trouble *borderline* reposent sur un mécanisme de naturalisation des émotions. Les patientes seraient nées avec des émotions trop intenses et ne pourraient pas avoir de véritables prises sur ces dernières. Dans leurs explications du travail sur soi à réaliser, les psychologues dissocient les « *émotions* » des « *réactions aux émotions* ». Ce qu'il s'agit de travailler, et de véritablement gérer, ce sont les réactions aux émotions – qui peuvent participer à faire « *monter l'émotion* » – et non pas les émotions en elles-mêmes. Conformément au principe de la Thérapie comportementale et dialectique, ces dernières doivent être « *validées* ». Durant la première séance de « *gestion des émotions* » (n° 3), la psychologue Anne-Lise Simon explicite ce principe, et souligne que la « *validation émotionnelle* » est au cœur du travail psychothérapeutique.

> Anne-Lise Simon explique que « l'émotion c'est une information sur vous-mêmes, il faut la prendre parce que ça fait partie de votre identité ». Elle ajoute que le but de la tolérance à la détresse, c'est de faire redescendre l'émotion. Il faut pour cela « valider » avant de faire des stratégies, car « ça ne sert à rien de faire des stratégies si on ne valide pas avant les émotions ». La validation émotionnelle caractérise le principe de la thérapie, et correspond au travail que les patientes doivent réaliser : « c'est comme une rééducation, un réapprentissage »[955].

Cette distinction entre l'émotion et la réaction fait l'objet de discussions lors des séances de psychothérapie, ce qu'illustre cet échange entre Laurie Delpierre et Anne-Lise Simon lors de la seconde séance de « *gestion des émotions* » (n° 4) :

> LAURIE DELPIERRE [*qui explique qu'elle ne valide pas la colère*] : Je ne supporte pas quand je suis en colère.
>
> ANNE-LISE SIMON : C'est normal de pas valider la réaction [*rires*], vous n'êtes pas psychopathe… Mais il ne faut pas étouffer la colère.
>
> LAURIE DELPIERRE : Comment on fait pour valider la colère si on me dit que je réagis trop ?
>
> ANNE-LISE SIMON : Il faut valider sa propre émotion et son intensité… et se dire : c'est lié à ma nature, c'est lié à mon histoire, je le sens comme ça[956].

[955] Journal de terrain, 29 septembre 2020.
[956] Journal de terrain, 29 septembre 2020.

On retrouve dans ce dernier argument de la psychologue l'articulation entre le présupposé de la naturalité des émotions et l'idée de l'activation de l'hypersensibilité par une histoire personnelle qui s'insère dans un environnement social et familial invalidant.

L'intervention psychothérapeutique s'appuie donc sur le présupposé suivant : l'émotion doit être validée, c'est-à-dire identifiée et acceptée comme telle, tandis que la réaction émotionnelle doit être gérée. Ce travail suppose, conformément à l'optique cognitivo-comportementale revendiquée par les psychologues, de mettre en place des « *stratégies* » de gestion des émotions.

> Pour Anne-Lise Simon, « Une fois l'émotion validée, je décide de m'en occuper… quand on est dans une addiction, on décide de rien. » La psychologue insiste sur la différence entre les « activités de distraction » et « l'évitement ». Les premières sont voulues, et cela entre dans le fait de s'occuper de ses émotions, alors que le second c'est « automatique ». « Déjà, dire que quelque chose ne va pas, c'est de la validation »[957].

Anne-Lise Simon explique ici la construction des symptômes du trouble *borderline* ainsi que le type d'action à mettre en œuvre pour changer. Les comportements problématiques et dysfonctionnels, à la source du trouble *borderline*, sont définis comme « *automatiques* ». Ils correspondent à des mécanismes de défense inconsciemment et spontanément adoptés, comme par exemple l'addiction. C'est ce que cette psychologue développe au détour d'une anecdote concernant le mécanisme de « *défense maniaque*[958] » que certaines personnes peuvent mettre en œuvre durant un enterrement.

> Anne-Lise Simon évoque le mode de défense par le rire, comme par exemple aux enterrements quand les gens se mettent à avoir un fou rire. C'est ce que les psychologues appellent un mécanisme de « défense maniaque », précise-t-elle. La psychologue s'appuie sur cette anecdote pour expliciter le fait qu'un mécanisme de défense c'est instinctif, non réfléchi, alors que la stratégie c'est conscient : « Il y a un pouvoir de décision dans les stratégies… et il faut vérifier que ce n'est pas un évitement de l'émotion ». Anne-Lise Simon évoque alors certaines incertitudes qu'ont les patientes sur ce qu'elles font en réaction à leurs émotions. Durant la discussion, il y a un flou sur ce qui correspond à de la stratégie et à de l'évitement. Anne-Lise Simon

[957] Journal de terrain, 29 septembre 2020 (n°4).

[958] La « défense maniaque » a été théorisée par la psychanalyste Mélanie Klein. Le site de TECFA (technologie de Formation et d'Apprentissage) de la Faculté de psychologie et de Sciences de l'Éducation de l'Université de Genève précise que ce type de défense « est la tendance à nier la réalité psychique de la douleur dépressive. Ces défenses se mettent en place au cours de la position dépressive. L'objet est contrôlé de manière toute-puissante sur un mode triomphant et méprisant, de façon à ce que la perte d'objet n'entraîne ni souffrance, ni culpabilité ». *Le point de vue de Mélanie Klein (1882-1960) sur l'Angoisse de séparation et de Perte d'Objet*, https://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/UVLibre/0001/bin06/klein/klein.htm#:~:text=La%20D%C3%A9fense%20maniaque&text=Klein%20d%C3%A9crit%20de%20nouvelles%20d%C3%A9fenses,cours%20de%20la%20position%20d%C3%A9pressive., (consulté le 21 février 2024) L'usage de cette notion permet d'exemplifier plus avant la place importante qu'occupe la psychanalyse anglophone dans l'approche, revendiquée comme étant cognitivo-comportementale, des psychologues de l'HDJ borderline.

> leur dit que certaines stratégies peuvent avoir été intériorisées, et qu'on peut donc les mettre en œuvre sans y penser[959].

Selon la psychologue, il s'agit donc de prendre conscience de ces actions et comportements automatiquement pour les remplacer par des « *stratégies* » afin d'adopter d'autres manières de gérer ses émotions. Ces stratégies sont nommées par Marsha Linehan, la créatrice de la Thérapie comportementale dialectique (TCD), comme étant des compétences ou des habiletés de vie (*Life skills*). La thérapie correspond donc à un entraînement (*training*) qui vise l'acquisition de ces compétences ou habiletés (*skills*). L'un des ouvrages publiés par cette psychologue s'intitule justement *DBT Skills Training Manual*[960]. L'objectif de la psychothérapie est donc de (re)donner une capacité d'action et de décision aux patientes concernant les manières dont elles se comportent. Cela passe alors par l'intériorisation de ces « *stratégies* », afin qu'elles deviennent inconscientes. En ce sens, les psychologues donnent une définition explicitement socialisatrice de la psychothérapie, visant *in fine* l'amnésie de la genèse de ces nouvelles dispositions qu'elles visent à produire chez les patientes.

Cette manière de penser l'intervention psychothérapeutique constitue le fondement de l'articulation entre Thérapie Comportementale Dialectique et Thérapie des schémas. La perspective dialectique de la TCD, dans laquelle il s'agit de valider les ressentis et souffrances pour ensuite pouvoir changer de comportement, s'articule avec la personnification des mécanismes psychiques – c'est-à-dire des éléments constitutifs de la vie mentale que sont la culpabilité, la colère, la haine de soi, l'impulsivité, etc. – à l'aide des listes des « *schémas précoces inadaptés* » et de « *modes de schémas* » standardisées[961]. Ces schémas nomment les mécanismes de défense que sont les comportements réalisés automatiquement et inconsciemment, depuis l'enfance, face au trop-plein émotionnel ressenti par les patientes. Ainsi, et comme je l'ai évoqué, l'intériorité psychologique des patientes est décrite comme étant peuplée d'un ensemble de personnages (un parent punitif, un enfant en colère, un enfant vulnérable…), avec lesquels il s'agit de rentrer en contact, en dialogue, dans le but de les gérer et de faire en sorte que « *l'adulte sain* » finisse par les dominer. S'opère ainsi un apprentissage qui consiste, pour les patientes, à identifier ces personnages constitutifs de leur intériorité psychologique et à les comprendre comme les faisant agir, souvent malgré elles. En ce sens, l'intervention psychothérapeutique a pour objectif de faire naître une réflexivité concernant les réactions et les modes adoptés inconsciemment dans les situations problématiques. Les

[959] Journal de terrain, 29 septembre 2020 (n°4).
[960] Marsha M. Linehan, *DBT Skills Training Manual*, Second Edition., New York London, The Guilford Press, 2014.
[961] Cf. Interlude I. Le langage de la thérapie des schémas et des modes.

psychologues insistent sur le fait que les patientes ne sont pas ce qu'elles pensent d'elles-mêmes, mais que ce sont les modes automatiques et dysfonctionnels qui agissent malgré elles.

Cette manière de cadrer le type de travail à réaliser durant cette thérapie, en dissociant les émotions des réactions, repose sur une certaine conception des émotions. Le travail de clarification d'Arlie R. Hochschild est ici utile pour saisir la manière dont les psychologues les conçoivent, et donc pour éclairer le type de travail émotionnel qu'elles proposent aux patientes. En suivant cette sociologue, la conception des émotions au sein de l'*HDJ borderline* s'inscrit dans une « perspective organiciste ». Arlie R. Hochschild différencie cette perspective qui « s'appuie sur les travaux de Charles Darwin, William James et sur les premiers écrits de Sigmund Freud », des « perspectives interactionnistes », qui « reposent quant à elles sur les travaux de John Dewey, Hans Gerth et Charles Wrigth Mills, ainsi que ceux d'Erving Goffman[962] ». La conception organiciste des émotions comprend plusieurs éléments. Tout d'abord, les émotions sont définies comme relevant de processus biologiques (une décharge libidinale chez Freud, un instinct chez Darwin, et des processus psychologiques chez James). Ensuite, la caractérisation, l'évaluation, la gestion et l'expression des émotions sont considérées comme étant extérieures aux émotions. En ce sens, l'émotion présente moins d'intérêt que la manière dont elle est induite[963]. L'émotion y est également considérée comme existante *a priori*, et avant même l'introspection. L'introspection, qui correspond pour les psychologues de l'*HDJ borderline* au travail de validation émotionnelle, permettrait seulement de visibiliser des émotions déjà-là, et n'aurait donc pas de véritables effets sur la production émotionnelle. Enfin, la conception organiciste est caractérisée par la recherche des origines des émotions (dans une comparaison avec les espèces animales non humaines chez Darwin ou dans la configuration des pulsions opérée durant l'enfance chez Freud). De manière opposée, la perspective interactionniste, qui ne nie pas totalement la part biologique des émotions, ne s'interroge pas sur leur origine. Elle se centre en revanche sur leurs significations et souligne que les émotions sont en grande partie façonnées par leur gestion, car « l'acte de gestion est inséparable de l'expérience gérée[964] ». Tandis que les organicistes ont une conception fixiste des émotions, les interactionnistes les considèrent donc de manière davantage ouverte. Chacune de ces perspectives présuppose alors une certaine conception de la relation entre les émotions et les « facteurs sociaux » :

---

[962] Arlie Russell Hochschild, *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte, 2017, p. 237.
[963] *Ibid.*
[964] *Ibid.*, p. 238.

> « Dans la perspective organiciste, les facteurs sociaux "déclenchent" simplement des réactions biologiques et aident à guider l'expression de ces réactions dans les canaux habituels. Dans la perspective interactionniste, les facteurs sociaux entrent dans la *formulation* même des émotions à travers la manière dont ils participent de leur codification, de leur gestion et de leur expression[965] ».

Dans sa « nouvelle théorie sociale des émotions[966] », Hochschild synthétise ces deux perspectives, et soutient que la sociologisation de la première permet d'approfondir la seconde[967].

Ce détour par la clarification théorique proposée par Arlie R. Hochschild permet donc une compréhension de l'univers mental des psychologues. Elles appréhendent effectivement les émotions de manière organiciste, supposant donc une certaine perception de ce qui est concrètement envisageable en termes de travail sur les émotions des patientes. C'est donc par la bande, à travers des fixations comportementales et la non-reconnaissance des émotions, que les troubles émotionnels persisteraient et engendreraient des situations problématiques. À l'instar des principales interventions psychothérapeutiques, tous courants confondus[968], le modèle théorique et la boîte à outils psychothérapeutiques de ces psychologues ne permettent donc pas de penser ni de réaliser, une intervention directe sur les processus émotionnels.

Pour résumer, la conception organiciste adoptée par les psychologues ainsi que leurs outils psychothérapeutiques, malgré une revendication explicite de spécialisation sur les émotions, vise à apprendre à reconnaître les émotions, et vivre avec, tout en adoptant un comportement adapté aux attentes sociales. En ce sens, l'intervention psychothérapeutique correspond davantage à une explicitation des « règles de sentiments », c'est-à-dire ce qui est considéré

---

[965] *Ibid.*, p. 239.

[966] *Ibid.*, p. 251-255.

[967] À la suite d'Hochschild, Peggy Thoits a approfondi la conceptualisation sociologique des émotions, à partir d'un modèle à quatre facteurs: « En m'inspirant de travaux antérieurs en psychologie sociale sur les émotions, j'ai suggéré qu'un sentiment conscient ou une émotion (termes interchangeables) peut être considéré comme un ensemble ou une configuration de quatre éléments associés présents dans la conscience : (a) des indices situationnels externes, (b) des changements dans les sensations physiologiques, (c) des gestes expressifs, et (d) un label culturel [...]. Les données indiquent que les associations entre ces quatre éléments sont apprises et renforcées dans l'interaction sociale » P.A. Thoits, « Self-Labeling Processes in Mental Illness », art cit, p. 232 ma traduction ; Cette conceptualisation des émotions se retrouve dans le champ de la sociologie des émotions américaine, voir notamment Jan E. Stets et Jonathan H. Turner (dir.), *Handbook of the sociology of emotions*, New York, Springer, 2006 ; Jan E. Stets et Jonathan H. Turner, *Handbook of the Sociology of Emotions: Volume II*, New York, Springer, 2014, 588 p.

[968] Un article collectif, rédigé par une équipe de psychologue et publié au début des années 2000 soulignait effectivement qu'« Au niveau de l'intervention psychothérapeutique, peu de place a été accordée aux processus émotionnels, l'attention étant focalisée, selon le modèle théorique, sur des conflits inconscients, sur les déterminants et facteurs de maintien des comportements ou sur les croyances générant ou maintenant les processus pathologiques. Peu de techniques d'intervention s'adressent directement aux émotions, par exemple en en faisant leur cible ou en les utilisant comme vecteur de changement. » Pierre Philippot et al., « Le Travail des Émotions en Thérapie Comportementale et Cognitive Vers une Psychothérapie Expérientielle », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2002, vol. 29, nº 2, p. 88.

comme « normal » d'exprimer dans certaines situations, plutôt qu'une véritable intervention sur la manière de changer, en profondeur, ce qui est ressenti. Cette explicitation des attentes sociales s'accompagne d'une universalisation des règles de sentiment, pourtant socialement situées, ce que les exemples suivants permettront de saisir.

2.1.2. Origine et gestion de la colère

Durant la première séance de « *gestion des émotions* » (n° 3) qui a eu lieu le mardi de la première semaine d'observation[969], Anne-Lise Simon aborde la « *fonction des émotions* ». Elle commence à dessiner un tableau inspiré des « colonnes de Beck[970] ». Elle place d'abord trois émotions dans la première colonne : la peur, la colère et la tristesse. Elle ajoute ensuite une seconde colonne pour l'« *origine* » de l'émotion, une troisième colonne pour la « *réaction primaire* » et une quatrième pour « *l'action constructive* ». Les cases ont été remplies lors d'une discussion avec les patientes durant la scène qui suit.

Émotions	**Origines**	**Réactions primaires**	**Actions constructives**
Peur	Danger – réel ou non	Fuite	Demande de protection Protection de soi-même
Colère	Injustice Oppression Droits non respectés	Attaque Agressivité	Rétablir mes droits Exprimer une demande de changement
Tristesse	Perte Manque Douleur	Repli sur soi	Prendre soin de soi Demander du réconfort Faire autre chose

Lors de cette scène, Anne-Lise Simon aborde une émotion puis demande aux patientes de formuler des propositions pour remplir le reste du tableau. Concernant les « *origines* » de la colère, les mots « *injustice* » et « *oppression* » ont été proposés par les patientes. Puis la psychologue ajoute « *droits non respectés* », expression qui fait partie du vocabulaire de la

[969] Journal de terrain, 29 septembre 2020.

[970] Cet exercice, construit par Aaron Beck qui, comme on l'a vu, est la principale figure du courant cognitiviste vise à identifier et changer les pensées automatiques. Il s'agit initialement d'un tableau à trois colonnes : la première contient à l'évènement ou la situation qui a déclenché une réaction émotionnelle, la seconde les pensées automatiques associées, la troisième les émotions suscitées. À ces trois colonnes est souvent ajouté une quatrième, consacrée à la manière de changer et d'élaborer de nouvelles pensées. Cet outil thérapeutique est très souvent mobilisé par les psychologues de l'*HDJ borderline*, on l'a retrouve dans la situation de tension entre Delphine Ali et Alexandre Bennani décrite précédemment. Cf. Chapitre 4. 2.2.2 Violence symbolique et ethnocentrisme de classe.

méthode thérapeutique dite de l'affirmation de soi, qui s'ancre dans le courant cognitivo-comportemental. À partir de cet ajout, Anne-Lise Simon mène la discussion. Lors du remplissage de la case des « *réactions primaires* », elle explique qu'« *on a tous en nous un cerveau reptilien, qui est un mode réflexe et qui demande le moins d'énergie* ». Lorsqu'il est question des actions « *constructives* », la psychologue explique que l'action constructive face à la colère consiste à rétablir ses « *droits* », à travers une demande de « *changement* ». La psychologue réalise ici un travail normatif qui consiste à expliciter ce que devrait être une réaction « *saine* » et « *légitime* » face à un sentiment de colère. Anne-Lise Simon explique ainsi qu'il est impossible de demander un changement à l'autre et le rétablissement de ses « *droits* » lorsque l'on crie ou que l'on s'exprime mal : « *Je ne peux pas rétablir mes droits et demander à l'autre de changer si je suis agressive.* »

Cet échange exemplifie le travail de recadrage et de redéfinition des comportements des patientes opéré par les psychologues. Ce travail permet, d'une part, de donner des outils afin de s'adapter aux attentes sociales – ce qui fait défaut et est source de souffrance pour les patientes qui veulent retrouver une « *vie normale* » – tout en visant, d'autre part, à normaliser leurs comportements. On peut tout d'abord noter que la formulation de la hiérarchie des types de réactions est associée à des présupposés normatifs. Les comportements des patientes sont, selon les psychologues, « *primaires* » et liés à un « *cerveau reptilien*[971] », ce qui sous-entend que ce sont des actions moins évoluées que les « *actions constructives* ». La tendance à l'adolescentification, identifiée dans le chapitre précédent, est donc ici explicitement reliée à des déviances comportementales. C'est bien parce que les patientes adoptent des comportements perçus comme « *primaires* », peu évolués et qui relèvent d'un cerveau reptilien, qu'elles sont identifiées comme « *immatures* » et « *encore adolescentes* ». Le jugement en immaturité relève ainsi d'une perception et d'une qualification de comportements déviants qu'il s'agit de changer et de travailler.

Le vocable de la domination adulte naturalise et rend donc évidente l'anormalité des comportements des patientes. Cela ne permet pas de questionner la potentielle légitimité de ces réactions. En ce sens, ce travail engendre une forme de dépolitisation, car il correspond à une euphémisation de la conflictualité sociale et une individualisation des difficultés. Ce mécanisme de dépolitisation est également visible dans les interactions quotidiennes au sein de l'*HDJ borderline*, comme lorsqu'une des psychologues fustige les « *anti-tout* », systématiquement en

[971] Ce concept forgé dans les années 1960 par le neuroscientifique Paul D. MacLean a été récusé sur le plan scientifique. Il continue néanmoins à être mobilisé, notamment dans certains milieux thérapeutiques LEMERLE Sébastien Lemerle, *Le cerveau reptilien : sur la popularité d'une erreur scientifique*, Paris, CNRS Éditions, 2021.

grève ou en manifestation[972], ou qu'elle critique la tendance de certaines patientes à être « *trop militantes*[973] ». Cette dépolitisation doit néanmoins être pensée comme étant politiquement située, en ce sens que l'individualisation des problèmes sociaux et l'illusion selon laquelle chaque personne serait touchée de manière équivalente concourent à préserver l'ordre social, profitant donc aux groupes sociaux dominants[974].

De l'injustice et l'oppression, la discussion a effectivement été réorientée sur des droits personnels non respectés. Dans le discours de la psychologue, le niveau où se situent les difficultés est celui de la « *relation interpersonnelle* », entre deux individualités en interaction directe, dépourvues de caractéristiques sociales, où les enjeux sociaux et politiques ne semblent pas pouvoir être abordés. La gestion de la colère passe ainsi avant tout par une demande de changement, qui doit se faire en respectant les règles régissant les rites d'interaction[975], sans pour autant laisser la place aux questionnements quant au bien-fondé de ces rites, et finalement à ce qu'ils permettent en termes de reproduction de la domination et de certaines violences. Alors que la colère est au fondement de certaines formes de militantisme, comme l'explicite notamment le slogan d'Act Up selon lequel « colère = action », dans ces groupes psychothérapeutiques il s'agit avant tout d'apprendre à s'autocontrôler face à ce ressenti, dans le but de respecter l'ordre de l'interaction, et donc l'ordre social, sans faire perdre la face à son interlocuteur. Il est d'ailleurs intéressant de souligner que dans la majorité des exemples pris par les psychologues, cet interlocuteur est bien souvent un homme (un patron, un compagnon, etc.). Suivant cette conception, les psychologues définissent donc les « *réactions primaires* » comme étant dysfonctionnelles, anormales et pathologiques. Les réactions et comportements des patientes sont interprétés comme des « symptômes mentaux[976] » qui les mettent en danger et leur sont néfastes. Cela s'inscrit bien dans la manière de considérer la violence des patientes comme relevant d'une intervention civilisatrice. Coline Cardi et Geneviève Pruvost notent d'ailleurs que dans ce cadrage

> « Il est alors moins souvent question de violence que de "marginalité" ou de "symptômes psychiques" – la violence désignant avant tout un rapport à soi avant d'être perçue comme un rapport aux autres, et si les femmes sont perçues comme dangereuses, c'est avant tout pour elles-mêmes [Cardi 2008]. Ce type d'interprétation

[972] Journal de terrain, 27 juillet 2021 – ces propos s'inscrivent dans une discussion sur les manifestations contre la vaccination et le passe sanitaire qui ont eu lieu en juillet 2021.
[973] Ce constat d'excès de militantisme est, comme on l'a vu dans le cas de Constant Henon, associé des revendications perçues comme trop appuyées concernant les enjeux de genre et de sexualité.
[974] Jean-Baptiste Comby, « L'individualisation des problèmes collectifs : une dépolitisation politiquement située », *Savoir/Agir*, 2014, vol. 28, nº 2, p. 45-50.
[975] Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, Paris, les Éditions de Minuit, 1974.
[976] E. Goffman, « La folie dans la place », art cit.

> conduit à une catégorisation très nette entre violence contre soi/violences dans l'espace public. Cela conduit en outre à invisibiliser et dépolitiser la violence féminine[977]. »

La colère et la potentielle violence des patientes sont cadrées comme relevant de symptômes internalisés. Cela engendre leur disqualification, car elles sont pensées comme étant à « civiliser ». Il conviendrait effectivement de remplacer les réactions primaires par des réactions plus évoluées et constructives, suscitant ainsi une forme de dépolitisation de la souffrance et donc de leurs comportements.

2.1.3. Affirmées ou agressives ? (Il)légitimité des comportements

Ce centrage sur les enjeux interactionnels déconnectés des structures sociales, où il s'agit de respecter l'autre afin d'être soi-même respecté, est également visible dans les séances de « *relations interpersonnelles* ». Durant la séance d'accueil (n° 12), Julie Blanc présente ces séances comme un groupe qui permet de travailler le rapport à l'autre et ce qui fait souffrir dans la relation : « *Comment exprimer au mieux ce que vous avez à dire, et comment utiliser des techniques d'affirmation de soi*[978] ». En amont des deux séances consacrées à cette thématique (n° 1 & 2), Julie Blanc m'explique qu'elle distribuera un document intitulé « *Objectifs de l'efficacité interpersonnelle* » qui liste trois objectifs : « *1. Objectif de l'efficacité dans la relation. 2. Objectif de respect de la relation. 3. Objectif de respect de soi.* »[979]. Selon la psychologue, les patientes se retrouvent souvent dans le premier objectif et mettent de côté la question du respect de la relation et le respect de soi. Elle a donc prévu d'aborder « *l'affirmation de soi* ». Le cadre théorique de l'affirmation de soi, également mobilisé par Anne-Lise Simon dans l'exemple précédent, suppose une intervention psychothérapeutique qui vise à apprendre un mode de relation qui respecte à la fois les besoins personnels des patientes ainsi que ceux des autres. Cet idéal correspond au « *mode assertif* », que les psychologues nomment « *mode affirmé* », et qui constitue selon ces dernières l'une des composantes du mode de « *l'adulte sain* ». Les modes de relations qui ne s'inscrivent pas dans une véritable affirmation de soi correspondent aux modes « *passif* », « *agressif* » et « *passif-agressif* ». Le manque d'affirmation de soi serait donc le signe que les patientes ne respectent pas leurs « *besoins personnels* » : la passivité entraînerait un manque de revendication de leurs besoins, tandis que l'agressivité ou la passivité-agressive constitueraient des formulations inadaptées de leurs besoins. Ainsi, pour les psychologues, les comportements des patientes ne respecteraient pas leurs véritables

[977] C. Cardi et G. Pruvost (dir.), *Penser la violence des femmes*, *op. cit.*, p. 42.
[978] Journal de terrain, 4 mai 2021 (n°12).
[979] Journal de terrain, 28 septembre 2020 (n°1 & 2).

besoins. C'est ce qu'explique Anne-Lise Simon durant les deux séances d'accueil (n° 11 et n° 12).

> Anne-Lise Simon explique que le travail psychothérapeutique part d'un état émotionnel qui gouverne le comportement : « c'est un comportement automatique qui ne correspond pas à vos besoins… Il y a tout un langage que vous allez acquérir… »[980].

> Anne-Lise Simon pose une question rhétorique : « Comment entrer en cohérence avec ses besoins malgré les mécanismes de défense ? » La psychologue précise ensuite que la manière dont les patientes se comportent, ou ont eu l'habitude de se comporter, sont en réalité des mécanismes de défense qui ne correspondent pas aux besoins réels des patientes[981].

Durant les séances de « *relation interpersonnelle* », Julie Blanc revient sur la feuille d'exercice distribuée la semaine précédente intitulée « *Introduction à l'affirmation de soi et à l'identification de ses modes relationnels* ». Elle propose ensuite un tour de parole. La consigne était d'identifier et de noter les modes relationnels que les patientes adoptent en fonction des situations. Durant ces tours de parole, et lorsqu'une patiente identifie un élément qui renvoie au mode « *affirmé* », la psychologue recadre subtilement l'interprétation, en demandant s'il n'y a pas une « *surestimation* » de l'adaptation du comportement à ce qui est attendu. La psychologue amène ainsi régulièrement les patientes à mettre en doute la légitimité de leurs comportements. Elle les dirige donc vers le chemin d'un travail sur soi qui a pour objectif une double conscientisation, car il s'agit de repérer les besoins personnels non conscientisés tout en prenant conscience de l'inadaptation de certains comportements vis-à-vis des besoins des autres. À la fin de la seconde séance de la journée (n° 2), et alors que les patientes formulent comme objectif d'être à l'avenir davantage « *affirmées* », Julie Blanc précise : « *on ne peut pas être affirmée partout. Il y a des personnes qui sont très invalidantes… c'est important de maximiser ses chances* ». Cette reconnaissance de l'incapacité à s'affirmer dans toutes les situations est néanmoins teintée d'une perspective individualiste : aucune réflexion n'émerge quant aux conditions sociales qui rendent une personne particulièrement invalidante, et cela que ce soit en termes de différentiel de pouvoir ou de mécanisme de domination.

Au début de la seconde séance de « *relations interpersonnelles* » (n° 2), Laurie Delpierre, Emma Launay et Sarah Demange diront à tour de rôle qu'elles se reconnaissent dans le mode agressif. Cependant cette reconnaissance émerge à la suite de personnes de leur entourage qui leur disent qu'elles sont agressives.

---

[980] Journal de terrain, 4 mai 2021 (n°12).
[981] Journal de terrain, 4 mai 2021 (n°11).

Laurie Delpierre précise qu'elle ne se rend compte du mode agressif seulement lorsqu'une personne le lui dit. Elle précise en ce sens que « sur le moment, je ne m'en rends pas compte ».

EMMA LAUNAY [qui tient le même discours] : Je me reconnais dans le mode agressif, mais c'est que quand on me le dit que je me rends compte, sinon je trouve ça normal.

LAURIE DELPIERRE : J'ai l'impression que mes réactions sont exagérées par rapport à ce que je vis… C'est ce que les autres me disent.

JULIE BLANC : Et pour vous c'est quoi ?

LAURIE DELPIERRE : Je réagis au niveau de ce que je vis, au niveau de ma blessure.

JULIE BLANC [en s'adressant aux autres patientes] : Les autres, quand on est blessées c'est la seule solution ?

Les autres patientes répondent « non ». Selon la psychologue, ce n'est effectivement pas la seule solution ni la bonne. La bonne solution c'est de parler, de discuter, et de dire calmement que les choses ne vont pas.

LAURIE DELPIERRE : Mais j'arrive pas à avoir une autre réaction… On m'a souvent dit que je surréagis… C'est insupportable ! Si on était dans un monde bienveillant, il n'y aurait pas besoin d'être comme ça, mais là…

JULIE BLANC : Ici, on maximise les chances d'être compris à l'extérieur, ça ne marche pas à tous les coups, mais ça permet d'avoir des billes pour s'en sortir.

Une discussion commence sur la question de la surréaction, à l'issue de laquelle la psychologue demande : « Et est-ce que ça dessert ? »

EMMA LAUNAY : Oui, c'est une perte de self-control.

Sarah Demange explique qu'elle ne se reconnaît pas dans le terme « surréaction ». Selon elle, elle réagit dans des situations légitimes. Julie Blanc lui explique que cela ne semble pas si différent de ce qui vient d'être dit, Laurie Delpierre et Emma Launay aussi pensent être dans leur bon droit. Seulement, pour les autres, c'est trop. Elle prend la métaphore de la « cocotte-minute » : on couvre les émotions et elles rejaillissent à un moment. Sarah Demange finit ainsi par dire : « J'ai peur de mes émotions. » Elle sait que quand elle va dire quelque chose, ce n'est pas le contenu du message qui est inapproprié, mais la forme. Elle ne sait pas dire sans le « mauvais ton », en criant. Elle ne sait pas non plus comment parler de ses émotions sans ressentir vraiment ses émotions : « Je ne sais pas dire que je suis triste sans pleurer, ou être en colère sans crier… ». Julie Blanc lui répond que c'est ce qu'il faut travailler, en vidant son sac petit à petit, sans attendre qu'il soit trop rempli, parce que sinon c'est ingérable. Elle prend l'exemple d'un sac de pierre sur le dos. S'il est trop rempli, le sac déborde et se déverse partout, alors que si on le vide petit à petit, ça va mieux.

SARAH DEMANGE : D'accord, mais comment on fait concrètement ? Comment on fait pour parler de ses émotions ? Moi j'sais pas.

JULIE BLANC : Vous n'avez jamais vu quelqu'un le faire, ou vécu avec quelqu'un qui le faisait ?

SARAH DEMANGE : Non.

JULIE BLANC : C'est ce qu'on travaille ici.[982]

Cet extrait de journal éclaire tout d'abord les mécanismes d'identification des déviances. Ces dernières sont identifiées par les autres puis sont intériorisées par les patientes, ce qu'indique explicitement Laurie Delpierre qui mélange, dans une même phrase, la perception de son comportement et celle des autres. Les patientes ont donc l'impression que leurs réactions sont exagérées *parce que* les autres le disent. Cette ambivalence traverse l'ensemble des discours des patientes. Elles se reconnaissent dans le mode agressif à partir du moment où les autres l'identifient, alors que sur le moment, la réaction paraît justifiée. Se dévoile donc ici une dimension morale, celle de la légitimité d'une réaction ou d'un comportement.

Tout comme dans l'exemple précédent, la retranscription de ces échanges permet de saisir le travail de recadrage opéré par la psychologue, à travers des questions rhétoriques (Est-ce la seule solution ? Est-ce que ça dessert ?), mais aussi à travers la reformulation des propos des patientes (vous pensez être dans votre bon droit, mais pour les autres c'est trop, donc il faut changer). Ces différents recadrages, opérés sur des discours ambivalents, amènent donc les patientes à formuler le fait qu'elles ont «*peur*» de leurs émotions. Cette séance illustre également le travail normatif effectué par la psychologue. Il consiste à universaliser des bons comportements, ce qui amène à prescrire une forme de travail émotionnel qui consiste à s'autocontrôler selon les attentes sociales dominantes. Ici, la colère et l'indignation ne sont pas des comportements adaptés et doivent être lissées afin d'être exprimées de manière convenable, c'est-à-dire en respectant les interlocuteurs, et donc en se respectant soi. Cette formulation des attentes sociales par les psychologues se comprend par une socialisation professionnelle ainsi qu'une socialisation familiale. Anne-Lise est la fille d'une professeure d'Espagnole et d'un conseiller de l'ANPE, tandis que Julie Blanc est la fille d'un père juriste et d'une mère professeure d'anglais. Ces origines sociales, homologues à celles de la majorité des personnes prises en charge à l'*HDJ borderline*[983], suscitent ainsi chez ces psychologues un « progressisme prudent en politique », qui s'associe à une « discipline que l'on s'impose, à soi-même et aux siens[984] ». Elles n'adhèrent effectivement pas à des revendications politiques et militantes jugées trop radicales, et elles ont donc tendance à individualiser les difficultés de gestion émotionnelles tout en prescrivant des modalités de comportements universalisées.

[982] Journal de terrain, 28 septembre 2020 (n°2).
[983] Cf. Chapitre 4. 2.2.4. Positions sociales, origines sociales et capital culturel des patientes de l'*HDJ borderline*.
[984] P. Bourdieu, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1979.

Ce mécanisme d'individualisation des difficultés se donne donc à voir dans ces séances, et ce malgré la présence, dans les discours des patientes, d'un lien avec des dimensions sociales. Laurie Delpierre évoque effectivement sa « *blessure* », qui renvoie à ses expériences de harcèlement raciste à l'école, ainsi qu'à des expériences de violences de genre. Elle critique ensuite implicitement les propositions de la thérapie, qui seraient valables dans un monde bienveillant, mais qui lui paraissent inadaptées à la violence du monde social dont elle a pu faire l'expérience. La dynamique de la discussion en vient ainsi à rabattre la focale sur l'individualité psychologique (identifier et dire ses émotions) et sur les stratégies individuelles (demander convenablement le changement aux autres), plutôt que sur la structuration du monde social et les processus de domination.

En effet, les dimensions inégalitaires du monde social se retrouvent dans les récits des patientes. C'est ce qu'exemplifie un échange, qui a eu lieu durant la première séance de psychoéducation (n° 13). Cet échange, amorcé par Vanessa Daval, s'achemine ensuite sur la description des attentes de genre concernant l'accompagnement d'une mère mourante, et de l'organisation genrée de son enterrement.

> VANESSA DAVAL : J'ai toujours l'impression que c'est légitime ce que je ressens !
>
> JULIE BLANC : Et comment vous réagissez quand les autres disent que c'est pas normal ?
>
> VANESSA DAVAL : Bah ça m'énerve… Ça me fait de la peine, je comprends que ça me fasse de la peine… Jamais je me suis dit : c'est pas normal.
>
> Vanessa Laval prend l'exemple de sa grand-mère, de ses ex et de ses parents. Puis elle parle du moment où elle s'occupait de sa mère qui allait mourir, et dit qu'à aucun moment elle n'a pleuré. Elle devait s'occuper d'elle. Elle dira qu'elle ne pouvait pas. À un moment elle a essayé de pleurer, pour vérifier si elle était triste, mais elle n'y arrivait pas. Elle dit aujourd'hui que c'est elle-même qui s'interdisait de pleurer, parce que sinon elle n'aurait pas réussi à bien s'occuper de sa mère. Chloé Giraudon explique également que lors de l'enterrement de sa mère elle n'a pas pleuré. À un moment, elle a dit à une de ses proches que ce n'était pas normal de ne pas pleurer. Cette dernière lui a dit que si, et qu'il ne faut pas faire en fonction des autres. C'est sa mère, elle a le droit de ressentir et de réagir comme elle le sent. Chloé Giraudon explique ensuite qu'elle ne pouvait pas non plus se permettre de pleurer, parce que « mon père, comme tous les mecs, dès qu'ils perdent leur femme, il n'y a plus personne ». Elle a donc du tout gérer : les invités, la nourriture, etc. Elle précise qu'à aucun moment quelqu'un n'est venu la voir en disant : tu viens de perdre ta mère, on s'en occupe. Elle a dû tout faire. Et dans ce cadre, selon elle, elle ne pouvait pas craquer. Vanessa Daval reprend en disant : « moi j'ai voulu tout gérer pour ne pas craquer ». Chloé Giraudon dit qu'on lui a fait endosser ce rôle à l'enterrement parce qu'elle est vue comme une personne forte. Comme elle accepte un peu tout, on lui en donne plus. Mais elle ne comprend pas, parce qu'elle se trouve aussi très fragile. Aline Morel lui dit qu'on peut être les

> deux : on est sensibles et en même temps on est très fortes : « si on est là aujourd'hui, pour vivre, après ce qu'on a vécu, c'est qu'on est forte aussi »[985].

La thématique de l'inégale distribution des rôles sociaux, qui peut être source de valorisation, ainsi que la différenciation des attentes sociales, font donc l'objet de paroles. Cependant les psychologues ne s'en saisissent pas. Elles recadrent plutôt les discussions sur les dimensions psychologiques et relationnelles en évacuant toute possibilité de construire une réflexion collective concernant les asymétries, les inégalités, ainsi que les potentielles violences qui traversent l'espace social, et cela notamment en termes de genre.

En tant qu'espace de production et de diffusion de la culture psychologique, l'*HDJ borderline* véhicule ainsi une définition des difficultés et de leurs solutions au sein de laquelle les dimensions psychologiques se suffisent bien souvent à elles-mêmes. Les relations sociales y sont pensées comme relevant d'interactions entre des individualités psychologiques, ce qui évacue les dimensions sociales (caractéristiques sociales, rapports sociaux, dynamiques de dominations…). Les difficultés relationnelles sont donc pensées sous le prisme d'un manque d'affirmation de soi, où les patientes ne respecteraient ni leurs besoins ni les besoins des autres, sans prendre en compte les positions sociales respectives, sans penser les dynamiques de pouvoirs et de domination, sans interroger *in fine* l'ordre social et sa potentielle implication dans les maux expérimentés par les patientes.

2.1.4. Un cadrage par l'incompétence individuelle

Le traitement psychothérapeutique proposé à l'*HDJ borderline* s'inscrit donc premièrement dans un paradoxe. Alors qu'il est présenté comme spécialisé sur la dimension émotionnelle, ce traitement intervient en premier lieu sur des comportements. La psychothérapie repose donc sur une explicitation des attentes sociales à partir d'un entraînement qui vise à faire adopter des nouvelles stratégies comportementales afin d'affronter les difficultés existentielles et émotionnelles que traversent les patientes. Ces stratégies sont comprises comme des habiletés ou des compétences sociales (*social skills*) : il s'agit effectivement d'avoir les « *billes* » pour s'en sortir, selon une expression de Julie Blanc.

Une équipe de sociologues de l'Université danoise d'Aalborg, dirigée par Annick Prieur, s'est penchée sur les origines et la circulation internationale de l'idée[986] de « *social*

[985] Journal de terrain, 6 mai 2021 (n°13).
[986] Pierre Bourdieu, « Les conditions sociales de la circulation internationale des idées », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, n° 145, nº 5, p. 3-8.

skills »[987]. À partir d'une analyse lexicométrique d'articles référencés dans la base de données *Web of Science,* ces sociologues ont mis en lumière que cette notion provient des discours académiques américains : celui de la psychologie comportementaliste des années 1960. Après sa circulation dans le champ des interventions psychiatriques, notamment pour les prises en charge de la schizophrénie, de l'autisme et du TDA/H, la notion de « *social skills* » a traversé l'Atlantique pour devenir, au moins au Danemark, le fondement d'une nouvelle conception des politiques sociales. Le succès des expressions « habiletés sociales » et « compétences sociales » repose alors sur leur élasticité et l'absence de controverse concernant leur signification et leur utilité (qui ne voudrait pas avoir davantage de compétences ou d'habiletés ?[988]). En cela, « le concept [de *social skill*] a pu être approprié, employé, adapté et utilisé de différentes manières en fonction des logiques préexistantes dans les champs où il a été introduit[989] ». À partir de trois champs d'intervention des politiques sociales (l'école, les politiques de l'emploi, et le milieu carcéral), cet article montre comment l'apparition de la notion d'habilité sociale s'accompagne d'une individualisation de l'intervention sociale qui, dans le cas des secteurs de l'emploi et du chômage, engendre par exemple une transformation des logiques du marché du travail.

> « La raison pour laquelle le secteur danois de l'emploi et du chômage a si bien accueilli le concept d'habiletés sociales (*Social skills*) est peut-être que le marché du travail danois et les politiques de lutte contre le chômage ont opéré un virage néolibéral vers l'individualisation, en se concentrant davantage sur l'attribution aux individus d'une valeur (perçue) sur le marché du travail que sur les tentatives antérieures, plus keynésiennes, de stimulation de la demande de main-d'œuvre[990]. »

La circulation et la diffusion de la notion de « *social skills* », dans différents domaines des interventions sociales et sanitaires, accompagnent donc l'approfondissement d'une lecture individualiste des difficultés d'adaptation aux attentes sociales. Faire acquérir des habiletés ou des compétences sociales suppose une certaine perception de l'individualité. Elle est effectivement comprise à travers le prisme du couple habileté/inhabilité, ou compétence/incompétence, et non pas comme une individualité socialisée et positionnée dans des structures sociales. Cette conception s'ancre donc dans une perspective « néolibérale » des

---

[987] Annick Prieur et al., « 'Social Skills': Following a Travelling Concept from American Academic Discourse to Contemporary Danish Welfare Institutions », *Minerva*, 2016, vol. 54, nº 4, p. 423-443.

[988] Cette évidence apparente fait néanmoins l'objet de contestation au sein des prises de position militante, comme lorsqu'au sein de l'espace de la cause du handicap, certaines personnes critiquent l'aspect normalisant associer à cette « habilité sociale » dans le cadre de l'autisme. Dans une enquête collective sur le dispositif des « groupes d'entraînement aux habiletés sociales » à destination des jeunes autistes, nous avons justement interrogé la question de la tension entre normalisation et individualisation, voir notamment Ivan Garrec et al., « Éviter le "piège de la normalisation". Normes et logique d'individualisation dans les Groupes d'entraînement aux habiletés sociales pour jeunes autistes », *Sociographe*, 2023, vol. 84, nº 5, p. XXVII-XXXIX.

[989] A. Prieur et al., « 'Social Skills' », art cit, p. 13 ma traduction.

[990] *Ibid.*, p. 15 ma traduction.

politiques sociales et sanitaires qui place la logique de concurrence, et donc le principe de l'efficience, au centre de la vie sociale[991].

L'inscription des thérapies spécialisées dans le trouble *borderline* dans les dynamiques néolibérales a également été repérée par l'historienne de la santé Asa Jansson. Cette dernière analyse l'introduction de la Thérapie comportementale dialectique (TCD) dans les services psychiatriques suédois, à travers une étude pilote réalisée en 1995. Asa Jansson pointe la concomitance de cette étude avec la réforme de l'hôpital psychiatrique qui a lieu cette même année. Celle-ci a effectivement ouvert un nouveau contexte marqué par l'effacement d'un État social auparavant fondé sur un éthos égalitaire concernant l'organisation des soins publics au profit d'un modèle fondé sur le choix entre des soins privés ou publics. La mise en place de la TCD dans les services de soins cristallise ces transformations, qui façonnent la manière de percevoir les personnes dites *borderline*. Dans ce cadrage, l'individualité constituerait un réservoir de ressources qu'il convient de faire fructifier, et les individus sont donc pensés comme des « entrepreneurs de soi[992] » qui s'inscrivent dans une compétition généralisée. Ici, la réussite et les échecs relèvent avant tout d'une responsabilité individuelle, ou résident tout du moins dans une fragilité individualisée. En indiquant la dimension genrée de ce diagnostic, Asa Jansson souligne que les personnes diagnostiquées *borderline* sont perçues comme des « femmes "petites et sans défense" » à qui l'on devrait apprendre à vivre, à devenir rationnelles et indépendantes. Ce cadrage misérabiliste[993] ne permet donc pas une véritable compréhension de la production sociale de l'incapacité à s'adapter aux normes et attentes dominantes.

Cette dimension symbolique de la perception de l'individualité s'articule à des dimensions matérielles marquées par les reconfigurations des institutions de soins et des normes d'accompagnement. En psychiatrie, la norme des soins est désormais celle du « milieu ouvert » et de la « réinsertion[994] », qui aujourd'hui prend la forme d'une injonction au « rétablissement[995] » ; concept initialement construit par des militant·es puis réapproprié depuis

---

[991] Pierre Dardot et Christian Laval, *La nouvelle raison du monde : essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte, 2009.

[992] Luca Paltrinieri et Massimiliano Nicoli, « Du management de soi à l'investissement sur soi. », *Terrains/Théories*, 2017, nº 6, en ligne.

[993] Claude Grignon et Jean-Claude Passeron, *Le Savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Paris, Gallimard-Seuil, 1989.

[994] S. Estroff, *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieux ouvert et de la réinsertion*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998.

[995] Lise Demailly, « L'idée de rétablissement-recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux », *Rhizome*, 2017, vol. 65-66, nº 3-4, p. 6-7.

quelques années par l'institution psychiatrique et les politiques publiques[996]. Cette reconfiguration de la norme des soins psychiatriques s'inscrit dans un paysage institutionnel marqué par la diminution des capacités de prise en charge, que ce soit en termes de réduction du nombre de lits[997] ou de rationalisation des budgets[998]. Il s'agit donc de savoir-vivre en dehors, et surtout au-delà des institutions de prise en charge qui sont de plus en plus pensées comme offrant des ressources rares qu'il convient de mériter[999].

Ces évolutions sont nourries par la « psychologisation » des sociétés occidentales. Le sociologue britannique Nikolas Rose souligne effectivement que

> « Les êtres humains de ces régions [occidentales] en sont venus à se comprendre comme étant habités par un espace psychologique intérieur profond, à s'évaluer et à agir sur eux-mêmes en fonction de cette conviction. Ils en sont venus à parler d'eux-mêmes en termes d'un langage psychologique d'auto-description – le langage de l'intelligence, de la personnalité, de l'anxiété, de la névrose, de la dépression, du traumatisme, de l'extraversion et de l'introversion – et à se juger en termes d'une éthique psychologique. Il ne s'agissait pas seulement d'un processus d'individualisation : nous avons également assisté à une psychologisation de la vie collective, l'invention de l'idée du groupe, grand et petit, des attitudes, de l'opinion publique, etc. »[1000]

La forme que prend l'approfondissement de l'individualisme dans les sociétés occidentales est donc en grande partie façonnée par sa psychologisation. Celle-ci participe du réductionnisme psychologique, car, comme l'écrit Robert Castel et Jean-François le Cerf :

> « La psychologisation […] transforme un problème qu'il faudrait définir socialement, historiquement, politiquement (et psychologiquement) en une situation dont le sens est épuisé lorsqu'on en a élucidé la dimension psychologique ou interpsychologique, et qui ne peut être transformée qu'en transformant cette dimension[1001]. »

La « troisième vague[1002] » des Thérapies cognitivo-comportementales, dans laquelle s'inscrivent les psychologues de l'*HDJ borderline*, participe à diffuser cette lecture

---

[996] Audrey Linder, « De la contestation à la collaboration : tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale », *Sociologie*, 2022, vol. 13, nº 1, p. 43-61.

[997] Nicolas Henckes, « Les deux désinstitutionnalisation. Psychiatrie, sciences sociales et modernisation après la Seconde Guerre mondiale » dans Isabelle Coutant et Simeng Wang (dir.), *Santé mentale et souffrance psychique : Un objet pour les sciences sociales*, CNRS Editions., Paris, 2018, p. 143-160.

[998] Pierre-André Juven, « "Des trucs qui rapportent". Enquête ethnographique autour des processus de *capitalisation* à l'hôpital public », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2018, nº 16, en ligne.

[999] Cf. Chapitre 2. À la frontière de la psychiatrie.

[1000] Nikolas Rose, « Psychology as a Social Science », *Subjectivity*, 1 décembre 2008, vol. 25, nº 1, p. 447.

[1001] R. Castel et J.-F. le Cerf, « Le phénomène « psy » et la société française. 1. Vers une nouvelle culture psychologique », art cit, p. 12.

[1002] Jean Cottraux (dir.), *Thérapie cognitive et émotions : La troisième vague*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2011.

principalement psychologique des individualités, des relations sociales et de leurs troubles. Ces thérapies font effectivement partie de la nébuleuse que Nadia Garnoussi qualifie de « psycho-philo-spirituelle » et qui permet de (re)donner un sens à l'existence[1003] tout en participant à produire une recherche du bonheur qui suppose un travail sur soi permanent[1004].

Ce cadrage individualiste de la prise en charge s'inscrit néanmoins dans une ambivalence. En effet, les psychologues ne sont pas totalement aveugles à la violence du monde social. C'est ce qu'Anne-Lise Simon explique lors de la séance d'accueil du groupe « temps partiel » (n° 11) lorsqu'elle évoque les choix éducatifs vis-à-vis de sa fille :

> Anne-Lise Simon prend l'exemple de sa propre histoire, elle explique aux patientes que sa mère lui reproche souvent de trop complimenter sa fille. Anne-Lise Simon précise qu'elle dit souvent à sa fille qu'elle est belle et la rassure là-dessus. Sa mère estime que c'est trop, et qu'à cause de ces trop nombreux compliments, la fille d'Anne-Lise Simon ne sera pas préparée au monde extérieur. Anne-Lise Simon dit : « mais non, justement, elle aura bien le temps de se rendre compte que le monde extérieur est difficile ! ». Pour elle, il faut donc dès à présent plutôt la rassurer et lui faire des compliments[1005].

Les dimensions sociales, et leurs violences potentielles sont donc présentes dans les discours des patientes et des psychologues (Anne-Lise Simon préfère différer la violence du monde social pour sa fille en la remplissant dès à présent de compliments). Seulement, le caractère structurel de telles manifestations échappe à leur champ d'action, et ne fait donc pas l'objet de véritables réflexions ni de véritables pratiques. La structuration de monde social est donc perçue de manière floue, la violence y est certes présente, mais pensée comme relevant de certaines individualités troublées, invalidantes ou toxiques. Cette perspective suppose des mécanismes de psychopathologisation des rapports de domination plutôt qu'une véritable compréhension sociale, historique et politique de ces situations. À l'inverse, une intervention sur les réactions aux émotions, sur la communication émotionnelle, sur l'apprentissage de la communication non-violente et de l'affirmation de soi, correspond davantage à des prises concrètes sur des situations de souffrances. La perspective théorique de la psychothérapie, qui individualise en biologisant des difficultés, est donc en ce sens adaptée aux conditions matérielles et théoriques dans lesquelles sont prises les pratiques psychothérapeutiques. De même pour les patientes qui sont conscientes et mettent en lumière des mécanismes de violences et de domination inhérents

---

[1003] Nadia Garnoussi, *De nouvelles propositions de sens pratiques dans le domaine de l'existentiel : étude sociologique de la « nébuleuse psycho-philo-spirituelle »*, Thèse de doctorat, École pratique des hautes études, Paris, 2007.

[1004] Nadia Garnoussi, « À la recherche du bien-être, déplacements et perspectives » dans Isabelle Coutant et Simeng Wang (dir.), *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, CNRS Éditions., Paris, 2018, p. 227-245.

[1005] Journal de terrain, 4 mai 2021 (n°11).

aux structures sociales. Certaines d'entre elles investissent néanmoins beaucoup d'attentes dans cette thérapie, et adhèrent aux explications et aux propositions psychothérapeutiques de ce lieu de soins.

Il s'agit donc de souligner l'ambivalence, propre à toute intervention de *care*[1006], de cette intervention psychothérapeutique qui propose des outils qui permettent à certaines personnes d'améliorer leur vie, et qui constitue également une instance de gouvernement des conduites. Dans cette ambivalence, l'ajustement de la thérapie aux conditions matérielles dans laquelle elle s'effectue participe à véhiculer des significations sociales rattachées à l'objectivation des déviances de genre. Cela préserve et reproduit l'ordre social, car la psychothérapie propose de changer des désirs et des comportements plutôt qu'un ordre social qui est effectivement relativement inatteignable à travers un tel cadrage individualiste. Il s'agit donc de bien spécifier la cible de la critique d'une sociologie de la psychothérapie (ici les mécanismes de biologisation et de psychologisation qui participe à reproduire l'ordre social) tout en reconnaissant le fait qu'avant que les structures sociales ne changent réellement, ce type d'intervention propose néanmoins à certaines personnes des ressources pour atténuer leurs souffrances. À partir de ce constat, une critique en termes d'inégalités sociales de santé peut être formulée. Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, l'efficacité ressentie d'une telle intervention dépend de certaines conditions, et notamment d'un capital scolaire ajusté aux attentes de la thérapie. La lecture sociologique en termes de psychologisation, rendue particulièrement propice par des pratiques psychothérapeutiques professionnalisées, gagne néanmoins à être complexifiée par une approche en termes d'usages sociaux du psychologique, qui comme, je le développerai dans le prochain chapitre, n'empêchent pas pour autant l'articulation entre des formes de politisation et des usages du psychologique[1007].

Ces différents éléments permettent finalement de comprendre la psychothérapie proposée par l'*HDJ borderline* et ses ambivalences comme relevant d'une logique de contrôle social « post-disciplinaire », où

> « […] l'étayage de l'obligation sur l'individu ne passe pas par la coercition, mais par sa mobilisation volontaire. L'alternative n'est pas de se soumettre ou de se révolter,

[1006] Ces ambivalences et contradictions sont propres au travail de *care* et d'accompagnement, que ce soit dans les métiers du travail social, de la santé ou de l'éducation. Marc Bessin écrivait justement que « toute activité d'aide ou d'accompagnement s'inscrit dans une tension morale entre "surveiller" et "veiller sur", entre soutenir ou punir, entre protéger et contrôler ». Marc Bessin, « Présences recluses : les ambivalences des interventions (sociales, sanitaires et éducatives) en prison » dans *L'enseignement universitaire en milieu carcéral*, Nîmes, Champ social, 2021, p. 12-29.

[1007] Cf. Chapitre 6. III. Critiques et engagements.

> mais de rassembler son potentiel personnel au service de la tâche à accomplir, ou d'être marginalisé[1008]. »

La description des pratiques psychothérapeutiques ainsi que l'analyse de leur normativité montrent effectivement comment le contrôle social est tendanciellement transféré aux patientes elles-mêmes. Dans ce cadre, il ne s'agit pas seulement de discipliner ou de punir explicitement des comportements jugés déviants, mais d'inciter au changement en suscitant l'adhésion des personnes à des normes présentées comme attrayantes.

La psychothérapie spécialisée dans le trouble borderline constitue ainsi une instance de gestion des incapacités d'adaptation aux attentes sociales dominantes, notamment en termes d'autonomie psychologique (capacité à gérer ses émotions, ne pas dépendre du regard de l'autre…), perçue par des professionnel·les de la santé mentale et surtout ressentie par les personnes elles-mêmes. De plus, la construction de la population de l'*HDJ borderline*, qui sélectionne *de facto* des personnes disposées à adhérer aux modalités de prises en charge, ainsi que la volonté de ces dernières à vivre une « *vie normale* », sont autant de conditions pour que puisse se déployer cette gestion psychothérapeutique des déviances de genre.

2.2. La biologisation dans la thérapie

Les ressorts de la thérapie reposent donc sur un cadrage en termes de compétence et d'incompétence des patientes, ainsi que sur un processus de naturalisation des émotions. Cette naturalisation s'opère à travers un mécanisme de biologisation, en ce sens que les explications étiologiques du trouble borderline identifient une hypersensibilité génétiquement héritée ainsi que des activations de zones du cerveau présentées comme étant en « *ébullition* ». Il s'agit désormais d'interroger plus avant les effets d'une telle perspective. Après avoir succinctement décrit les modalités de réception des schèmes biologisant proposés par cette thérapie qui, à l'exception d'un cas, sont reçus de manière positive, il s'agira d'éclairer les effets de cette biologisation à travers un type de situation qui entraîne des tensions ainsi qu'un embarras professionnel : les transitions de genre. Cela permet d'illustrer et de rendre explicite la manière dont les psychologues et leurs pratiques participent à faire exister le diagnostic à partir d'une grille de lecture biologisante qui vient *in fine* réaffirmer l'ordre du genre.

[1008] R. Castel, *La gestion des risques*, *op. cit.*, p. 201.

2.2.1. Les schèmes biologisants de la thérapie

En suivant le travail de Marlène Bouvet, qui a ethnographié une clinique privée[1009] où les professionnel·les adoptent les mêmes outils thérapeutiques et théoriques qu'à l'*HDJ borderline*, il apparaît que la proposition thérapeutique de cet hôpital de jour constitue une forme de « biologisation bienveillante[1010] ». Cette forme de biologisation comporte trois types de répertoire maniés par les professionnel·les et que l'on retrouve dans cet hôpital de jour : un « répertoire d'*empowerment* », où les interventions sur les corps (les techniques psychocorporelles[1011]) et les interventions cognitives (gérer la réaction aux émotions[1012]) sont présentées comme redonnant une capacité d'autocontrôle ainsi qu'une autonomie émotionnelle ; un « répertoire apologétique » qui rend explicite le type d'intervention que les professionnel·les proposent aux patientes (psychoéducation[1013]) ; et un « répertoire de salut » qui déculpabilise les patientes en rattachant la cause de leurs déviances au fonctionnement cérébral et à des facteurs génétiques. Comme on l'a vu, les patientes investissent de nombreuses attentes dans la prise en charge de l'hôpital de jour. Elles sont ainsi globalement disposées à l'appropriation positive des schèmes biologisants proposés par la psychothérapie.

Une seule exception a émergé durant mon travail de terrain et elle reposait sur la concurrence entre « schèmes biologiques » et « schèmes psychologiques », une mise en concurrence soulignée par Marlène Bouvet dans laquelle peut également s'ajouter les « schèmes sociologiques ». Cette situation est celle d'Agathe Bouillot qui lors de la prise en charge à l'*HDJ borderline* était parallèlement suivie par une psychanalyste. Durant l'entretien que l'on a réalisé, elle m'explique être réfractaire à la case diagnostic que propose l'hôpital de jour, et n'est donc pas réceptive à l'explication biologisante qui fait reposer les comportements sur des automatismes cognitifs qui auraient des soubassements biologiques. À l'inverse, elle se perçoit comme une personne déterminée et capable de changer si elle en a envie.

> AGATHE BOUILLOT : J'ai toujours été… Super déterminée, en fait. À partir du moment où je veux réussir quelque chose, je me donne les moyens coûte que coûte et j'y arrive. Et il n'y a rien qui n'entravera ce processus, enfin, ce truc. Et en fait, j'ai l'impression que quelque part, ce côté case un peu… Voilà. Je n'ai pas envie d'avoir quelque chose qui me prenne, en fait. Certes, j'ai conscience d'avoir des difficultés sur certains

[1009] Marlène Bouvet, *Réenchanter les déprimé.es. Une sociologie de la thérapie en clinique privée*, Thèse de doctorat, École normale supérieure de Lyon, Lyon, 2023.
[1010] Marlène Bouvet, « La "biologisation bienveillante" des déprimé·es en clinique privée : La réception de trois répertoires de légitimation au prisme de la classe et des masculinités » dans Laurine Thizy et al. (dir.), *Biologisation(s) : Les usages sociaux de l'argument biologique en santé*, Lyon, ENS Éditions, 2023, p. 71-95.
[1011] Cf. Chapitre 3. 2.2. Des techniques psychocorporelles
[1012] Voir supra. 2.1.1. Gérer la réaction aux émotions pour reprendre le contrôle sur son comportement
[1013] Cf. Supra I. Donner une forme et une signification aux déviances émotionnelles.

> aspects, mais le côté étiquette, machin, tout ça, je n'en veux pas parce que pour moi, en fait, peu importe mes difficultés, j'atteindrai ce que j'ai envie d'atteindre.

Ainsi, les répertoires biologisants qui proposent d'apporter une capacité d'action qui serait manquante (cadrage par l'incompétence[1014]) ne rencontrent pas les attentes de cette patiente. On retrouve ainsi dans le discours d'Agathe Bouillot des éléments qui rentrent explicitement en contradiction avec les présupposés de la psychothérapie spécialisée dans le trouble *borderline*. Agathe Bouillot réalise un suivi psychanalytique classique qui véhicule des schèmes psychologiques et qui est perçu comme l'opposé de ce que proposent les psychologues de l'HDJ. Elle est réfractaire aux cases diagnostiques, ce qui s'oppose au principe d'une prise en charge justement centré sur un diagnostic de l'hôpital de jour, et elle ne reconnaît pas l'efficacité de la catégorie diagnostique pour donner du sens à ses difficultés : ces difficultés relèvent d'une relation perçue comme pathologique avec sa psychanalyste dans laquelle Agathe Bouillot ressent une grande peur de l'abandon. Autant d'éléments qui ne l'incitent donc pas à s'impliquer dans les séances psychothérapeutiques et d'y trouver une réponse efficace à ses difficultés. Cette posture met donc en difficulté les professionnel·les, qui en parlent durant les réunions de synthèse.

> JULIE BLANC : C'est difficile avec Agathe Bouillot.
>
> ANNE-LISE SIMON : Elle met mal à l'aise. Elle est très passive-agressive… sa psychiatre se demande s'il n'y a pas de la perversion.
>
> JULIE BLANC : Il y a des trucs qui l'activent, mais elle ne le dit pas encore… Elle ne dit rien dans le groupe… Elle a beaucoup d'angoisse… Elle a mis en échec l'équithérapie… elle veut embarquer tout le monde dans l'échec… Elle est ambivalente, d'un côté elle dit ne pas être malade, de l'autre elle veut travailler sur sa relation pathologique avec sa psy. Avec ses amis ça va, elle surcompense, mais elle est en faux-self[1015]. Par contre, dans le soin, elle régresse…
>
> CAROLE CAMBRE : Elle est très ambivalente et très interprétative.
>
> PHILIPPE EBERT : Elle est projective, il faut identifier ce qui ne va pas pour elle…

[1014] Cf. Supra. 2.1.4. Un cadrage par l'incompétence.

[1015] La notion de « faux-self », initialement théorisé par le psychanalyste britannique Donald W. Winnicott, est régulièrement mobilisée pour caractériser le fonctionnement psychique des personnes dites *borderline*. Cette notion désigne une forme d'adaptation du comportement en fonction des interactions. La personne ferait ainsi « tout pour plaire », et se présenterait comme apparemment ajusté sans dévoiler leur « vrai self ». Les psychothérapeutes spécialistes du trouble *borderline* rapprochent cette notion de la « personnalité apparemment normale » de la Thérapie des schémas ainsi que de la « personnalité *as if* » de la psychanalyste américaine Helene Deutsch.

> JULIE BLANC : Je pense qu'on va vite être bloqué… je ne serais pas surprise qu'elle ait une tonne de traumatismes… On va être bloqué… je pense que c'est un mode, une de ses facettes[1016].

Tout comme le prérequis en termes de capital scolaire, l'efficacité de la psychothérapie spécialisée dans le trouble *borderline* repose également sur celui d'une appropriation positive des schèmes d'interprétation de la déviance émotionnelle qu'elle véhicule. Ainsi, Agathe Bouillot, qui suit depuis plusieurs années une psychanalyse a davantage d'affinité avec les schèmes psychologiques que biologiques ce qui met en difficulté les professionnelles, ainsi que les autres patientes : des situations de tensions dans les groupes émergent face à sa passivité et sa non-participation durant les séances de psychothérapie.

Mis à part cette seule exception, les répertoires biologisants de la psychothérapie rencontrent les aspirations et les attentes des patientes. Ces dernières les avaient pour certaines déjà rencontrées en amont de la prise en charge, comme en témoigne la socialisation au discours « psy » mis en lumière précédemment. Chloé Giraudon m'explique ainsi comment la thérapie EMDR qu'elle a réalisée avant d'arriver à l'*HDJ borderline* lui a permis de « *refaire les câblages* » de son cerveau que le traumatisme avait défait.

> CHLOE GIRAUDON : L'EMDR m'a permis de refaire des câblages, et ça m'a fait pas mal, ça m'a fait beaucoup de bien. Il faut savoir que chez moi, voilà, j'ai une partie de mon cerveau, je crois que c'est le gauche, qui est moins câblé que le côté droit en fait. Mais c'est ce qu'on appelle le traumatisme.

Cette réception positive des schèmes biologisant a également été exemplifiée par Vanessa Daval, qui exprime son impatience à tester les dispositifs psychocorporels décrits par Philippe Ebert. Ainsi, et comme le note Marlène Bouvet, ces répertoires proposés par la prise en charge spécialisée du trouble *borderline*

> « […] peu[vent] entrer, ou pas, en affinité avec les représentations antérieures de l'individu sur le corps et l'esprit ; entrer en concurrence avec des schèmes alternatifs (psychologiques, sociologiques) ; se mêler à ces derniers, en un mixte syncrétique[1017] »

Ces types de réceptions s'actualisent également dans les réceptions du trouble *borderline* que je développerai dans le prochain chapitre. De plus, et mise à part les rares situations où ces schèmes rentrent en concurrence directe avec une affinité vis-à-vis des schèmes psychologiques, les interprétations professionnelles sont globalement acceptées par les patientes. En effet, les manières de recadrer des psychologues constituent autant de moments de négociation concernant la définition et la signification des difficultés et des déviances

[1016] Journal de terrain, 18 mai 2021
[1017] M. Bouvet, « La "biologisation bienveillante" des déprimé·es en clinique privée », art cit, p. 37.

émotionnelles rencontrées par les patientes, où l'emporte bien souvent une lecture qui naturalise l'émotivité des patientes à travers la biologisation de leurs émotions ; en témoignent les discussions sur les modes automatiques ou encore les zones du cerveau en ébullition.

Cependant, les mécanismes de cette biologisation bienveillante se grippent face à certaines situations. C'est le cas des transitions de genre, qui suscitent un embarras professionnel ainsi que des formes de résistances de la part de certaines personnes. Ces situations permettent d'éclairer les effets de ce cadrage en termes de reproduction de l'ordre social, et notamment dans sa dimension de genre.

2.2.2. Un embarras vis-à-vis des transitions de genre

Lors de ma présence à l'*HDJ borderline*, le sujet qui suscitait le plus d'embarras dans l'équipe était la question de la transidentité. Les deux psychologues avaient réalisé, quelque temps auparavant, une formation qui vise à sensibiliser les professionnel·les de la santé mentale. Cependant, sur ce point, les deux psychologues n'adoptaient pas le même point de vue et la même attention. Cette différence peut certainement s'expliquer par un effet de génération, ainsi qu'un positionnement différencié vis-à-vis du féminisme. Anne-Lise, âgée d'une quarantaine d'années au moment de mes observations, s'inquiète d'une « *mode* » concernant la remise en cause du genre. Durant une réunion de synthèse, où il est question du *coming-out* trans' de Constant Henon que j'ai évoqué au chapitre précédent, elle prend l'exemple du collège de sa fille.

> Anne-Lise Simon évoque le collège de sa fille, où selon elle tous les élèves se disent « non-binaire », « ni homme/ni femme ». D'après elle, « ce serait très mal vu de se dire homme ou femme ». Elle finit par dire que « c'est n'importe quoi ce qu'il se passe avec le genre… » et ajoute que « les *borderline* s'accrochent à ça avec leur trouble identitaire »[1018].

De son côté, Julie Blanc, âgée d'une trentaine d'années au moment de mes observations, adopte une posture attentive aux enjeux de transidentité. Cette attention s'est illustrée dans une réunion qui a eu lieu quelques semaines plus tard. Malgré le *coming-out* depuis plusieurs semaines, le prénom n'avait pas été modifié sur le dossier médical projeté lors de cette réunion, qui indiquait donc toujours un prénom féminin. Le discours d'Anne-Lise Simon durant cette réunion entraînera un certain malaise chez Julie Blanc.

> Anne-Lise Simon amorce la discussion en lançant : « Miss Henon ! ». Julie Blanc, la reprend avec un ton moins fort : « Monsieur Henon en fait… ». Anne-Lise Simon dira

[1018] Journal de terrain, 13 avril 2021.

> cependant à plusieurs reprises « Miss » dans la suite de la discussion. Après quelques échanges, Anne-Lise dit : « depuis qu'elle a évoqué le transgenre… » – Julie Blanc la reprend, avec un ton encore moins fort que la fois précédente, en disant : « transidentité ». Anne-Lise Simon finit sa phrase sans se reprendre – « … elle n'est que là-dedans ». Julie Blanc lui dit qu'elle est allée chercher des ressources sur la transidentité et explique : « on ne peut plus pathologiser ça »[1019].

Malgré cette attention concernant la transidentité et la volonté de ne pas la « *pathologiser* », Julie Blanc formule ensuite la tension que suscite la transition de genre auprès des professionnel·les de l'*HDJ borderline*.

> Julie Blanc se pose la question du lien entre sa transition et son trouble *borderline* : est-ce que le *coming-out* provient d'un trouble identitaire ? Anne-Lise dit : « ça me rappelle Oscar[1020]… Dès que j'avais trouvé des adresses, il ne fallait plus en parler ». Julie Blanc précise que « pour Oscar c'était plus cohérent ». Anne-Lise acquiesce et dit qu'elle voit chez Constant Henon une « recherche d'identité ».

Se dévoile ici le malaise professionnel concernant la transidentité. D'un côté il s'agit d'un élément qu'il s'agit de ne pas pathologiser. De l'autre, l'un des critères diagnostiques du trouble *borderline* correspond à une instabilité identitaire. Les psychologues se retrouvent donc dans une tension morale face à l'alternative entre la pathologisation et la normalisation de la transidentité.

Cette tension est donc illustrée par l'embarras dans lequel sont plongées les psychologues face à ce *coming-out*. La conclusion du dossier de Constant Henon précise effectivement ceci :

> « Constance a fait son coming-out transidentitaire pendant la phase de thérapie intensive, cet évènement important a été aussi source d'un changement d'humeur important et un accroissement des peurs. Il a également été source d'une forme de rupture thérapeutique dans le cadre d'une incompréhension. Il serait intéressant de pouvoir aborder la construction identitaire de Constance pour lui donner un sentiment de continuité et de sens et l'aider à identifier la répétition de certains scénarios de vie issus de schémas dysfonctionnels. »

La rédaction de cette conclusion vient à la suite de nombreux échanges lors des réunions de synthèse au sein desquelles des doutes sont émis quant à l'authenticité de cette transition. La discussion suivante, qui a eu lieu lors de la réunion de synthèse du 13 avril 2021, permet de montrer les principaux éléments de ces échanges.

> Julie Blanc dit que Constant Henon a « un gros trouble identitaire ». Anne-Lise Simon ajoute : « en plus il y a l'adolescence ». Pour Carole Cambre : « Elle est très

[1019] Journal de terrain, 4 mai 2021.
[1020] Un patient trans' qui était présent à l'HDJ.

immature » et elle « colle » beaucoup au discours sans vraiment se l'approprier. Selon Anne-Lise Simon : « Elle devrait aller dans des groupes pour ado ».

La discussion porte ensuite sur son apparence physique. Pour Anne-Lise Simon, « elle est moins sexuée que Lou[1021] ». Julie Blanc dit que pour Lou Thomas, « on voit ses seins, alors que Constance c'est pas ça… ». Elle se demande ensuite si, dans le cas de Constant Henon, le genre est un « mécanisme de défense » ou une « vraie identité ». Elle précise immédiatement : « en même temps, on est qui pour dire ça ?… ».

Julie Blanc explique que le *coming-out* a été fait à sa mère, son frère et sur Instagram. Pour Anne-Lise Simon : « elle veut attirer l'attention ». Julie Blanc lui répond : « je suis allée sur le terrain de l'attention et je me suis mangé[1022]… je suis transphobe quand je dis ça ». Anne-Lise Simon fait le parallèle avec Oscar, un patient trans' qui était présent à l'HDJ. Il avait dit qu'il voulait en parler à Anne-Lise Simon. Elle lui avait répondu qu'elle n'était pas formée sur cette question. À partir de ce moment, il ne voulait pas revenir en entretien avec elle : si elle ne pouvait pas discuter de ça, alors il n'y avait rien d'autre à dire. Anne-Lise Simon lui avait demandé s'il s'était adressé à des associations, pour se renseigner, ce qu'il n'avait pas fait. Cela montre, selon Anne-Lise Simon, que c'était davantage une « demande d'attention », et que ce type de situation est compliquée à gérer. Julie Blanc fait également part de son malaise. Elle dit que Constant Henon est très féministe, et qu'elle l'est aussi. Cependant, dès qu'elle évoque les risques d'agression dans la rue, elle est renvoyée à une position antiféministe et transphobe. Elle se demande donc comment faire : « Si on dit "attention à la jupe dans la rue", c'est vu comme antiféministe, donc ça limite ». Pour Anne-Lise Simon : « elle est très ado… elle est trop dans l'opposition sur le plan identitaire, si tu dis A elle va dire B ».

Après une discussion sur le rapport aux parents, il est ensuite question des dynamiques de séduction et de sexualité entre les patientes. Julie Blanc raconte une scène où Constant Henon a offert une bouteille de Coca-Cola à Pauline Schmitt. Anne-Lise précise, à propos de Pauline Schmitt : « en plus elle est homosexuelle… ». Julie Blanc poursuit son récit en expliquant que cette patiente était « pleine d'amour pour Constance ».

L'ensemble de cette discussion amène plusieurs idées, qui seront ensuite notées sur son dossier : notamment le fait que « son schéma de méfiance ne la protège pas des abus sexuels » et qu'elle présente un « trouble identitaire par rapport au genre ».

Cette discussion se clôt sur un exemple rapporté par Anne-Lise à propos d'une élève venue des États-Unis dans le collège de sa fille. Cette dernière lui aurait dit que là-bas « tout le monde est bi ». Elle se tourne alors vers moi et me demande : « ça, ça devrait intéresser les sociologues non Ivan ? »

Cet extrait de journal de terrain illustre le doute généralisé concernant l'authenticité de cette situation. Les professionnel·les mettent effectivement davantage en avant la présence d'un « *trouble identitaire* », d'une « *immaturité* » liée à l'identification d'un corps encore adolescent et non « *sexué* », ainsi que d'un fonctionnement « *hystérique* » qui a été évoqué

[1021] Lou Thomas, une patiente âgée de 21 ans et perçue comme « *jeune* » par les professionnel·les.
[1022] Expression familière qui signifie « se heurter à… ».

précédemment[1023]. Ce doute est cependant source de tension chez Julie Blanc, qui s'interroge sur sa légitimité à questionner l'authenticité de la situation. Malgré cette hésitation, le doute persiste et amène les professionnel·les à creuser les moindres aspects du comportement, du discours, du physique, ainsi que des potentielles dynamiques de séduction entre patientes perçues comme dangereuses pour le déroulement du groupe.

On retrouve, au fondement de ce doute, une conception normative de « *l'identité* » qui devrait être authentique, unifiée et donc plausible aux yeux des professionnel·les. Contrairement à Oscar, il y aurait ici un manque de « *cohérence* ». Le jugement selon lequel il y aurait une tendance à « *coller* » au discours ferait effectivement la preuve, tout du moins aux yeux des professionnel·les, d'un manque d'autonomie psychologique, et donc d'une identité précarisée et fragmentée. Cette tendance à « *coller* » dévoilerait une forme de suggestibilité et de perméabilité vis-à-vis des discours et des attentes des autres, et donc une incapacité à l'autonomie et la maîtrise de soi.

Au-delà de ce doute, les deux psychologues explicitent pourtant leur malaise. Anne-Lise Simon précise qu'elle n'est pas formée, et se retrouve en difficulté lorsqu'une personne se tourne vers elle plutôt que vers des associations ou des personnes-ressources. Julie Blanc verbalise également à plusieurs reprises son malaise, à travers un questionnement sur sa légitimité à interroger l'authenticité d'un *coming-out*, mais aussi sa difficulté face aux accusations de transphobie et d'antiféminisme, elle qui se reconnaît pourtant comme féministe.

L'interpellation vis-à-vis de la sociologie, qui clôture cette discussion, montre également que se joue ici une dimension morale. En effet, selon Anne-Lise Simon qui reprend un discours assez répandu, une « *mode* » culturelle viendrait des États-Unis et serait actuellement en train de déferler sur la France. Les personnes dites *borderline* risqueraient alors de s'accrocher à cette mode, de « *coller* » à ces discours, pour remplir un vide et une instabilité identitaire. Sachant la tendance qu'ont les thérapeutes à percevoir les effets sociaux et culturels comme délétères, la dimension morale s'éclaire pleinement. Il s'agirait ici d'une énième transformation culturelle qui risquerait d'alimenter encore davantage les difficultés de gestion émotionnelle des personnes dites *borderline*.

Cet exemple permet donc de rendre explicite l'idéal porté par cette psychothérapie : la norme d'une autonomie psychologique qui se concrétise dans une attente de stabilité identitaire au regard des standards dominants de la répartition des rôles de genre. Cette attente suppose effectivement que la normalité correspond à une conduite autonome et indépendante des

[1023] Cf. Chapitre 4. 1.3.2. Expressions singulières du trouble, comorbidités et bifurcations diagnostiques.

jugements et des influences d'autrui. Toute déviation vis-à-vis de cet idéal est effectivement rabattue du côté de la pathologie ou du trouble. L'embarras ressenti par les deux psychologues, et en particulier Julie Blanc, est le signe d'une certaine limitation de la perspective de la thérapie qui suppose une conception fixiste des rôles sociaux, et notamment en termes de genre. Il apparaît effectivement que le malaise professionnel est directement issu de cadrage normatif et moral de la psychothérapie, qui présuppose la normalité d'une certaine autonomie identitaire, qui est en creux le corolaire d'une relative fixité des rôles sociaux, et donc des structures sociales. Il n'est ainsi pas étonnant de voir que la plus embarrassée des psychologues est celle qui se reconnaît comme féministe, et qui essaye de diffuser, au niveau de l'*HDJ borderline*, la précaution contre la pathologisation de la transidentité. Elle se situe alors à cheval entre une lecture individualiste, qui engendre une position conservatrice lorsqu'elle est pleinement déployée[1024], et une lecture en termes d'asymétrie structurelle et de stigmatisation, qui permet quant à elle de penser les conditions sociales et historiques de la production des rôles et des attentes sociales.

2.2.3. Les effets de la biologisation

Ce malaise qui découle d'une représentation fixiste des rôles de genre repose également sur l'hypothèse de la naturalité de la binarité des sexes à laquelle adhèrent plus ou moins consciemment les psychologues. Cette adhésion est le produit de leur socialisation professionnelle, en ce sens que les théories psychologiques et psychiatriques sont imprégnées et véhiculent cette hypothèse, ainsi que de leur socialisation au genre. Les deux psychologues s'inscrivent effectivement dans des configurations familiales qui respectent un schéma traditionnel marqué par le modèle familialiste hétérosexuel[1025] qui, malgré certaines évolutions, n'est aujourd'hui pas radicalement remis en cause[1026]. Ces socialisations professionnelles et au

[1024] Cela renvoie à la distinction proposée par Pierre Bréchon, à partir de l'Enquête européenne sur les valeurs (EVS), entre individualisme et individualisation. L'individualisation, portée par une part des répondant·es à cette enquête, correspond à une volonté d'autonomie des individus (et s'oppose aux valeurs traditionnelles telles que le devoir ou le conformisme), quand l'individualisme correspond à la recherche de l'intérêt personnel qui peut alors s'opposer à la solidarité et à l'acceptation des singularités. La question du respect des différences et de la promotion de la diversité est ainsi portée par la logique d'individualisation, à laquelle s'oppose la posture normalisante que véhicule, dans une certaine mesure, l'individualisme. Pierre Bréchon, « Europe : des valeurs en évolution mais toujours aussi clivées », *Futuribles*, 14 juin 2021, N° 443, n° 4, p. 11.

[1025] Elles sont toutes deux mariées à des hommes et ont des enfants.

[1026] Christine Détrez et Anne Simon notent effectivement qu'« il est difficile d'échapper totalement aux ambiguïtés, et la menace d'un ordre moral fondé sur un ordre humoral clairement rémanent n'est jamais loin. Aux mères pourvoyeuses d'héritiers se sont substituées des femmes sexualisées… pourvoyeuses de stabilité dans le couple (lui-même bien souvent réuni par les enfants). Le lien fondamental avec l'ordre familial s'est donc rétréci et déplacé, mais continue à fonder le féminin sur des structures sociales non remises en causes ». Christine Détrez et Anne Simon, *A leur corps défendant. Les femmes à l'épreuve du nouvel ordre moral*, Paris, Seuil, 2006, p. 21.

genre amènent ainsi ces psychologues à adopter une grille de lecture qui, à l'image des professionnel·les observés par Alice Feyeux, « stigmatise en creux [l]es écarts à ce modèle[1027] ».

Dans cette grille de lecture, la différence des sexes et leur binarité ont une existence en soi. Elles constituent un donné déjà-là qui est le point de départ pour penser les déviances et les souffrances. Cela explique les doutes et les incertitudes concernant une situation qui transgresse ces présupposés, et qui vient donc les déstabiliser. L'instabilité identitaire identifiée chez Constant Henon par les psychologues serait donc moins l'instabilité de l'identité de ce dernier que l'instabilité de cette grille de lecture qui nécessite une réaffirmation quasi-permanente, comme a pu le montrer Harold Garfinkel à travers le « cas Agnès[1028] ». Le regard professionnel des psychologues fait donc de cette situation une instabilité, en l'interprétant comme une incertitude parce qu'elle vient remettre en cause un ordre perçu comme immuable.

Cela fait écho au travail des médecins prenant en charge les situations d'intersexuations étudiées par Suzanne Kessler[1029]. Pour ces médecins, les situations d'intersexuation sont problématiques et incertaines jusqu'à ce que le sexe « naturel » soit identifié et donc « réassigné » ; situant ainsi paradoxalement la « nature » dans le produit de l'intervention médicale. Le paradoxe de cette définition *a priori* inhabituelle de la naturalité s'éclaircit lorsque l'on comprend que, pour ces médecins, la différence sexuelle est une donnée naturelle et que toute situation qui la brouille ne l'est pas et nécessite donc d'être rattaché à l'un des deux sexes : d'où l'usage du terme « réassignation de genre » et non pas d'assignation de genre. C'est ainsi les représentations culturelles des médecins qui produisent la situation problématique, et les pratiques médicales consistent à reproduire ces représentations, et donc à construire le genre. De ce fait, souligne Suzanne Kessler, les situations d'intersexuation n'engendrent pas une meilleure compréhension de la construction sociale des sexes, et cela ni auprès des parents, ni auprès des médecins, et participe donc bien plutôt à réaffirmer la naturalité des sexes par un mécanisme de biologisation.

Dans le cas de l'*HDJ borderline*, les effets de cette représentation fixiste de la différence sexuelle ne se cantonnent cependant pas aux seules situations problématiques, et peuvent également éclairer les interprétations et les pratiques psychothérapeutiques. En effet,

---

[1027] A. Feyeux, « La fabrique psychiatrique (des troubles) du genre », art cit, p. 118.

[1028] Harold Garfinkel, « Chapitre 5. "Passer" ou l'accomplissement du statut sexuel chez une personne "intersexuée". Première partie » dans *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF, 2020, p. 203-295 ; Voir aussi Judith Butler, *Trouble dans le genre : pour un féminisme de la subversion*, Paris, La Découverte, 2005.

[1029] Suzanne J Kessler, « The Medical Construction of Gender. Case Management of Intersexed Infants », *Signs*, 1990, vol. 16, nº 1, p. 3-26.

l'immuabilité de la binarité des sexes s'articule avec une représentation qui suppose la fixité des rôles de genre, que les patientes étiquetées *borderline* transgressent. Ces transgressions, relevant de comportements déviants listés dans le chapitre précédent, sont ainsi systématiquement rattachées à la biologie des patientes, c'est-à-dire à leur hypersensibilité génétiquement héritée et rendue problématique par un environnement social dysfonctionnel. Cette biologisation des causes de la déviance enferme donc les comportements des patientes du côté du trouble et de l'irrationnel, engendrant *de facto* une disqualification de leurs revendications ou de leurs protestations, dès lors que ces dernières sont perçues comme trop « *extrêmes* » par les psychologues.

Se retrouve ici la conclusion formulée par Emily Martin dans son étude sur la bipolarité. Cette dernière rappelle la conception de la construction des individus comme sujet, ou agent, dans les travaux de Michel Foucault et de Judith Butler, c'est-à-dire la circularité entre les discours normatifs qui entoure un sujet et la formation du sujet par l'actualisation des normes au sein d'« une forme psychique qui constitue l'identité à soi du sujet[1030] ». Ici, « la "subjectivité" apparaît au croisement entre les positions que les personnes occupent dans le système de catégories que sa culture lui offre, et le sens de l'identité qu'elle développe quant à ces positions[1031] ». Emily Martin précise ainsi que cette circularité se consolide si « l'actualisation (*enacment*) de la norme par le sujet consolide la réalité apparemment immuable de la norme », et elle s'ouvre, en revanche, « si le sujet se sent en désaccord avec la norme et agit pour la subvertir[1032] ». Cependant, dans le cas de la maladie mentale, cette circularité enferme les personnes du côté de l'irrationalité, et les prive de la capacité de subversion et donc de la capacité d'être pleinement des sujets : « […] une fois que j'occupe comme sujet la position de l'irrationnelle, mes actions seront toujours interprétées comme irrationnelles, en dépit de toutes mes protestations[1033] ». Cet enfermement du côté de l'irrationalité se réalise au sein de l'*HDJ borderline* par un processus de biologisation qui fait des personnes dites *borderline* des sujets intrinsèquement hyperémotifs, dont les revendications et les protestations qui vont à l'encontre des normes portées par les psychologues sont vouées à être perçues à travers une grille de lecture qui les discrédite.

Ce discrédit est également en partie intériorisé par les patientes elles-mêmes. Elles trouvent effectivement qu'elles surréagissent, et cela à la suite de jugements de leurs

[1030] M. Foucault, *Histoire de la sexualité Tome 1 La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, p. 24.
[1031] E. Martin, *Voyage en Terres Bipolaires* -, *op. cit.*, p. 155.
[1032] *Ibid.*
[1033] *Ibid.*

entourages. En ce sens, le fondement de la déviance émotionnelle repose initialement sur la naturalisation des transgressions vis-à-vis de l'ordre du genre. La thérapie spécialisée dans le trouble *borderline* vient ainsi ratifier cette naturalisation par une explication biologique qui revêt une légitimité scientifique. La biologisation proposée par l'*HDJ borderline*, qui offre une possibilité de déculpabilisation et une capacité à travailler sur soi et ses émotions, participe paradoxalement à reproduire les représentations sociales qui sont à l'origine de l'identification de ces déviances. Ainsi, à l'image des situations d'intersexuation d'où « ni les médecins ni les parents ne sortent […] avec une meilleure compréhension de la construction sociale du genre[1034] », la gestion psychothérapeutique du trouble *borderline*, au sein de laquelle les enjeux liés à l'ordre du genre sont pourtant centraux, n'engendre pas de meilleure compréhension des rapports de genre et de leurs potentiels effets en termes de souffrance.

[1034] S.J. Kessler, « The Medical Construction of Gender. Case Management of Intersexed Infants », art cit, p. 26.

Conclusion. La gestion d'un trouble du genre par la culture neuropsychologique

Ce chapitre a permis de déplier les mécanismes d'objectivation des difficultés des patientes et du traitement psychothérapeutique proposé à l'*HDJ borderline*. Les patientes y arrivent avec l'aspiration de vivre une « *vie normale* ». La stabilisation de la définition des difficultés se réalise dans un dialogue guidé par les psychologues et participe à mettre en forme des déviances émotionnelles sous le vocable du trouble *borderline*. Cette mise en forme donne une signification genrée et individualisée à ces déviances. Les psychologues les positionnent au sein de la différence des sexes, que leur univers sémantique participe à reproduire tout en les définissant comme des excès émotionnels individuels et naturels. La pratique psychothérapeutique des psychologues de l'*HDJ borderline* consiste ainsi à proposer un entraînement à une sociabilité sans social[1035]. Les relations sociales sont pensées comme relevant d'interaction entre des individualités dépourvues de caractéristiques sociales, et la potentielle conflictualité sociale s'efface dans une dépolitisation des comportements et des souffrances des patientes. Ce cadrage psychothérapeutique s'inscrit dans un style d'accompagnement et de prise en charge qui construit les difficultés individuelles comme relevant d'incompétences ou d'inhabilités intrinsèquement attachées aux personnes. Cela ne permet donc pas d'interroger les conditions sociales et structurelles de la production de ces difficultés. La psychothérapie véhicule également des schèmes biologisants, globalement reçus de manière positive par les patientes et qui, s'ils n'entraînent pas de situations problématiques la plupart du temps, engendre des tensions lorsqu'il est question de la transidentité. Cette situation permet en creux d'éclairer les dynamiques normatives en termes de genre suscitées par la prise en charge de l'*HDJ borderline*.

En tant que productrice et vectrice de l'actuelle culture psychologique, qui comporte ici une dimension biologique et qui se fait donc *neuropsychologique*, cette psychothérapie propose finalement de gérer, par la neuropsychologisation, des déviances qui s'expriment sous la forme de déviances émotionnelles. Ici, les psychologues mettent en ordre le réel des souffrances psychiques à travers une grille de lecture individualiste et biologique, là où la sociologie

[1035] Cela fait d'ailleurs écho à l'évolution de la conception de l'autisme dans laquelle les déficits sociaux sont devenus majeurs dans la compréhension de l'autisme, tout en étant conçus comme le résultat de dysfonctionnements cognitifs, et non sociaux. Gregory Hollin, « Constructing a social subject: Autism and human sociality in the 1980s », *History of the Human Sciences*, 2014, vol. 27, nº 4, p. 98-115 C'est ce que l'on retrouve dans la conception du trouble *borderline*, des déficits sociaux (de gestion émotionnelle) cadrées comme en dehors du social.

pourrait le mettre en ordre selon une grille de lecture qui souligne les effets des rapports sociaux. Il s'agira dans le chapitre suivant d'interroger plus avant les mécanismes d'objectivation des déviances émotionnelles à travers l'outil que constitue la catégorie « trouble de la personnalité *borderline* ». J'interrogerai alors la manière dont les personnes qui souffrent s'approprient, ou non, cette catégorie. Comme l'analyse de l'existence sociale du psychologique ne peut pas actuellement se réduire aux institutions et aux structures de prises en charge[1036], il s'agira alors d'élargir la focale. Cela permettra d'éclairer encore davantage les conditions d'efficacité du diagnostic pour rendre compte des difficultés existentielles, émotionnelles et matérielles. Je montrerai également que la diffusion de cette culture neuropsychologique n'entraîne pas forcément une dépolitisation. Certaines personnes, qui ont bénéficié de ces prises en charge et qui s'approprient ce diagnostic, peuvent néanmoins s'engager dans des formes de militantismes qui visent à sensibiliser vis-à-vis des handicaps et de la maladie mentale. Il convient également de souligner que le bénéfice individuel d'un tel cadrage psychothérapeutique n'est pas automatique, car il suppose certaines conditions (capital scolaire, adhésion aux schèmes biologisants, etc.). Finalement, on ne peut s'empêcher de souligner les effets inégalitaires de telles pratiques psychothérapeutiques, dont l'efficacité semble se limiter à une certaine fraction de l'espace social, qui comprend des personnes disposées à adhérer à cette prise en charge, et qui participe de surcroît à la reproduction de l'ordre social, notamment dans sa dimension de genre.

[1036] François Sicot, « Chapitre III. Sociologie des maladies mentales » dans Marcel Drulhe (dir.), *La santé à cœur ouvert : Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses universitaires du Midi, 2020, p. 65-90.

Interlude II. Les représentations iconographiques du trouble *borderline*. L'objectivation d'une déviance émotionnelle féminine

Les images qui servent d'illustrations aux couvertures des livres consacrés au trouble de la personnalité *borderline* permettent de saisir les représentations associées à ce diagnostic par celles et ceux qui y apportent du crédit, qu'ils soient écrits par des professionnel·les, qu'ils s'agissent d'autobiographies (souvent rédigées avec ou sous l'impulsion du ou de la thérapeute), ou encore de romans et de leur adaptation cinématographique. La sélection de ces images ne correspond sûrement pas tant aux choix des auteurs et autrices qu'à ceux des éditeurs et éditrices – même s'il faut un accord de principe des auteurs et autrices. Ce point n'enlève cependant pas l'intérêt d'une présentation succincte de ces images qui véhiculent une certaine représentation ritualisée du trouble *borderline*.

Comme dans le travail d'Erving Goffman sur la ritualisation de la féminité dans l'imagerie publicitaire des années 1970 aux États-Unis[1037], le choix des images mobilisées dans cette sous-partie s'est fait de manière aléatoire, à travers une recherche dans *Google image* à partir des mots clés « personnalité *borderline* » et « personnalité limite ». Ce corpus a donc été artisanalement constitué et n'est pas exhaustif. Il s'agit effectivement des images de première de couverture accessibles sur Google. La focalisation sur les expressions « personnalité *borderline* » et « personnalité limite », et l'exclusion des expressions « état-limite » ou « cas limite » se justifient par la forme du diagnostic qui constitue l'objet de cette thèse. Elle correspond comme on l'a vu à l'acception de la catégorie située dans l'espace thérapeutique des « nouvelles TCC », dites « émotionnelles », ainsi que dans l'espace de la psychologie du Moi, dont découlent des thérapies psychodynamiques qui se différencie du modèle analytique traditionnel[1038]. Je commence ainsi par les illustrations des couvertures des éditions françaises du livre d'Otto Kernberg, pour ensuite évoquer les couvertures des ouvrages qui prennent pour objet le trouble *borderline*.

[1037] Erving Goffman, « La ritualisation de la féminité », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1977, vol. 14, nº 1, p. 34-50.

[1038] Cf. Chapitre 1. Des états limites à un trouble des émotions & Chapitre 3. Se spécialiser dans le soin des émotions.

Une féminité troublée

Le livre d'Otto Kernberg, *borderline conditions and pathological narcissism*, initialement publié en 1975, et dont le psychanalyste Christopher Bollas faisait le marqueur d'un tournant pour la psychiatrie contemporaine, a été traduit sous la forme de deux ouvrages intitulés respectivement *Les troubles limites de la personnalité* et *La personnalité narcissique*. Je prends ici les premières de couverture des éditions de 1997 et de 2016 de ces ouvrages parus chez Dunod. Concernant l'ouvrage sur le narcissisme pathologique, les deux illustrations, respectivement *Madame Jeantaud au miroir* d'Edgar Degas et *La dame en rouge* de Danna William Turner, reprennent la représentation classique de narcisse, sous les traits d'une femme, dont le regard est plongé dans un miroir la reflétant. Le livre consacré à l'organisation *borderline* reçoit également des illustrations représentant systématiquement des femmes. Tandis que la couverture de l'édition de 1997 reprend *la composition allégorique* de Charles Maurin représentant plusieurs femmes, dont on ne voit que les visages, parfois partiellement, le choix de l'illustration de l'édition de 2016 se porte sur *La femme de profil au chapeau vert* représentant cette fois-ci une femme seule, dont on voit, ici aussi, principalement le visage.



Éditions de 1997

Composition allégorique
Charles Maurin

Madame Jeantaud au miroir
Edgar Degas



Éditions de 2016

Couverture :
Femme de profil au chapeau vert
Édouard Vuillar

Couverture
La dame en rouge
Dannat William Turner

Conformément à ce que j'ai développé dans le corps de la thèse, il apparaît que les *borderline* sont donc avant tout des femmes. En tout cas, leur « hyper-ritualisation » se réalise sous des traits féminins.

Ces illustrations qui représentent avant tout des visages s'inscrivent dans une histoire. En effet, Laure Flandrin, qui s'appuie sur l'*Histoire du visage* réalisée par Jean-Jacques Courtine et Claudine Haroche[1039], note dans son analyse du rire que

> « L'*hexis* corporelle est un marqueur social qui ne parle évidemment pas à tous de la même façon et [qu']il faut au rieur une certaine perception de la matérialité sociale des corps. C'est au XIXe siècle que les caractères physiques et sexuels se sont ainsi mués en attributs sociaux, et que les effets des conditions sociales sur les visages, notamment, ont été traduits dans le langage de la classe sociale[1040] ».

Dans le cadre des illustrations du trouble *borderline*, il s'agit d'un langage visuel qui renvoie davantage au genre qu'à la classe. C'est effectivement une forme de féminité qui est représentée, et dont le regard et la posture constituent des caractères physiques et sexuels qui symbolisent des attributs sociaux présupposés par une certaine perception de la matérialité des corps féminins. Ainsi, ce choix illustratif permet de saisir ce que les éditeurs ont perçu comme pouvant évoquer, chez le lectorat visé, les pathologies narcissiques et l'organisation *borderline* de la personnalité conceptualisées par Otto Kernberg.

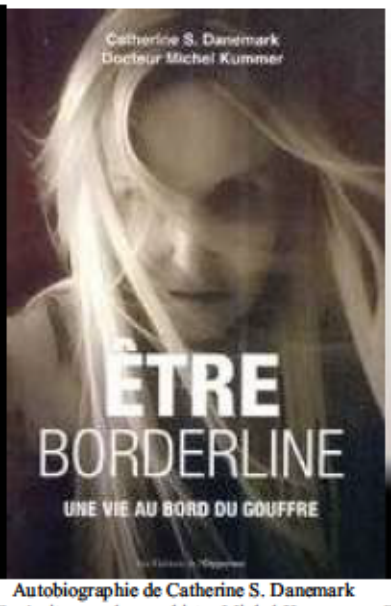
On retrouve l'importance des visages féminins dans les illustrations des ouvrages plus récents qui constituent quant à eux des autobiographies, des livres de développement personnel, et des livres relatant des cas cliniques. Ces ouvrages mettent en récit l'expérience de l'autrice, d'un personnage fictif ou de patientes, et proposent de donner des clés de compréhension et de

[1039] Jean-jacques Courtine et Claudine Haroche, *Histoire du visage. Exprimer et taire ses émotions*, Paris, Payot, 2007.
[1040] Laure Flandrin, *Le rire. Enquête sur la plus socialisée de toutes nos émotions*, Paris, La Découverte, 2021, p. 167.

changement aux personnes qui se reconnaîtraient ou qui seraient diagnostiquées *borderline*. Les visages et regards sont ici troublés par des expressions faciales évoquant une rage ou une colère intense, un ébouriffement des cheveux, un floutage du visage, ou, à l'inverse, ne sourcillent pas et semble indiquer une forte détermination.



Livre autopublié
Issu du compte Facebook The Blockehead
(https://www.facebook.com/theblokehead)



Autobiographie de Catherine S. Danemark
Co-écrite avec le psychiatre Michel Krummer



Guide écrit par Johanne Lavoie,
Coach en programmation neurolinguistique,
Inspiré de son expérience



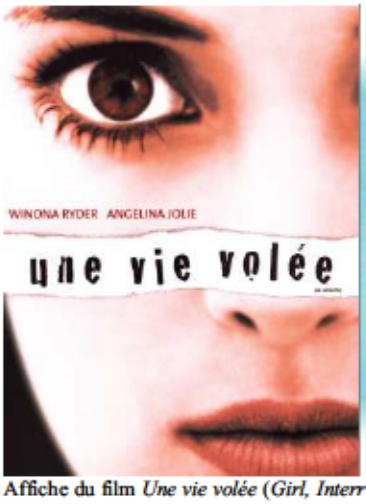
Livre co-écrit par un psychothérapeute et
un psychiatre à partir d'histoires de patient·es.



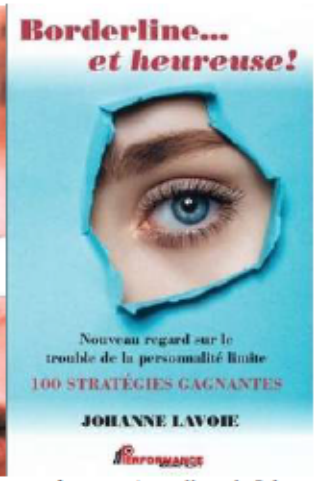
Livre écrit par Catherine Musa, psychologue et
Docteure en psychologie clinique et en psychopathologie



Illustrations du roman *Borderline* de Marie-Sissi Labrèche



Affiche du film *Une vie volée* (*Girl, Interrupted*), Adaptation du roman de Suzanne Kaysen qui relate l'histoire d'une jeune femme diagnostiquée avec un trouble de la personnalité *borderline*



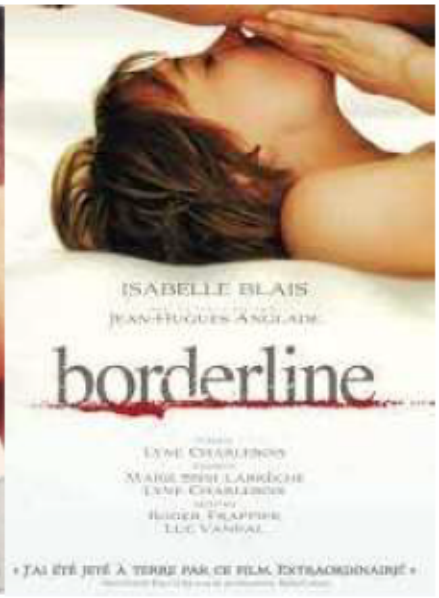
Autre livre de Johanne Lavoie, devenue coach en programmation neurolinguistique Inspiré de son expérience

Les voies de l'apaisement

Une autre forme d'illustration du trouble *borderline* représente un apaisement émotionnel à travers deux possibilités. Premièrement, la mise en scène d'une relation amoureuse hétérosexuelle où les femmes sont situées en dessous d'hommes qui semblent les contenir, les rassurer, et qui participeraient donc à une forme d'apaisement qui n'était pas visible dans les illustrations précédentes. Deuxièmement, l'illustration de l'ouvrage intitulé *L'expérience borderline* de Lauren Bindschedler, qui est à la fois « didactique et autobiographique » d'après la quatrième de couverture, représente une femme, tête baissée, avec les mains jointes. Cette posture, qui évoque la pratique de la prière, et plus globalement une dimension spirituelle, représente également une possibilité d'apaisement.



Roman dans lequel Lou, une jeune femme diagnostiquée *borderline* rencontre un homme qui pourrait la « sauver de ses démons »



Affiche de l'adaptation cinématographique du roman de Marie-Sissi Labrèche, *Borderline*



Quatrième de couverture de *L'expérience borderline* :

> « Imaginez que vos émotions soient multipliées par dix ou par cent, qu'une séparation s'apparente à un scénario de fin du monde, qu'une critique vous fasse l'effet d'un coup de couteau, qu'à la moindre contrariété, vous ayez l'envie d'exploser, que vos relations aux autres vous fassent vous sentir si mal que vous deviez chercher refuge dans la solitude. Imaginez que vous viviez chacune de vos émotions comme si vous faisiez corps avec elle, que votre quotidien soit ponctué de crises de larmes et de rage, que rien en vous ne vous semble aimable, que vous ne soyez jamais sûr d'aimer ou de haïr, que toute votre vie ne soit qu'une longue et interminable agonie. Voici un descriptif, certes caricatural, du ressenti partagé par des millions de gens à travers le monde ayant un profil borderline, la plupart du temps, sans avoir connaissance de la maladie et sans se douter qu'ils en sont atteints. C'est que le trouble de la personnalité limite (ou borderline, selon l'appellation anglophone), bien qu'étant l'un des troubles mentaux les plus étudiés des trente dernières années, reste largement méconnu du public et relativement difficile à diagnostiquer tant les personnes qui en souffrent paraissent… normales. Dans cet ouvrage, à la fois didactique et autobiographique, Lauren Bindschedler raconte son long combat contre la maladie, qu'elle aborde sous ses nombreux aspects : angoisse de séparation, anorexie/boulimie, colopathie fonctionnelle, troubles du sommeil, échecs amoureux, tentatives de suicide et dépendances multiples… Au fur et à mesure des pages, plusieurs voies de guérison sont explorées et c'est une véritable lueur d'espoir qui se profile à l'horizon. »

La spiritualité ainsi que la vie de couple hétéronormée et la famille sous sa forme traditionnelle est effectivement l'un des éléments centraux dans le parcours ainsi que dans la thérapie dialectique et comportementale, spécifiquement dédiée au trouble de la personnalité *borderline*, créé par Marsha Linehan.

Cette dernière a révélé publiquement, en 2011, à l'occasion d'une conférence donnée à l'*Institute of Living* d'Hartford, dans le Connecticut, qu'elle avait elle-même souffert à la fin de son adolescence de symptômes qui s'apparentent à ce que l'on nomme aujourd'hui le trouble *borderline*. Le lieu de sa conférence n'a d'ailleurs pas été choisi au hasard, car en 1961, l'année

de ses 18 ans, Linehan a été internée dans cet hôpital psychiatrique durant plus de deux ans, dont plusieurs mois au sein de l'unité sécurisée et fermée, réservé aux formes de maladie mentale les plus graves prises en charge dans cet institut. Un article du New York Time rendra compte de cette révélation[1041], et en 2020 Linehan publie une autobiographie intitulée « construire une vie qui vaut le coup d'être vécue » (*Building a Life Worth Living*)[1042], qui approfondit cette révélation afin de dévoiler « la véritable origine » de la Thérapie dialectique et comportementale (TCD) ; véritable origine qui réside dans sa propre expérience.

Au fil de ces pages, Marsha Linehan insiste sur les deux principaux éléments qui lui ont permis de dépasser ses difficultés et d'élaborer sa thérapie. La construction de cette vie qui vaut le coup d'être vécu commence, nous dit-elle, par un vœu adressé à Dieu, celui de s'en sortir et d'aider les personnes qui traversent des situations similaires à s'en sortir également :

> « Le jour où j'étais assise seule dans la salle de piano [de l'unité d'hospitalisation], une âme solitaire au milieu d'autres âmes solitaires de l'unité, je ne suis pas sûr de ce qui m'a poussé à faire ce que j'ai fait ensuite. Quoi qu'il en soit, j'ai alors fait le vœu à Dieu de me sortir moi-même de l'enfer et, une fois que ce serait fait, de retourner en enfer et d'en sortir les autres. Ce vœu a guidé et contrôlé la majeure partie de ma vie depuis lors. À l'époque, je ne savais pas ce qu'il me faudrait faire pour accomplir ce vœu. Mais j'étais déterminé, et cette détermination a été cruciale[1043]. »

Catholique pratiquante et fille d'un père qu'elle qualifie de « catholique conservateur », Marsha Linehan décrit comment son « voyage spirituel », qui l'a amené à devenir une maîtresse Zen (*Zen master*), l'a sauvé :

> « […] mon voyage spirituel – le voyage qui m'a sauvé. C'est l'histoire de la façon dont je suis devenu une maîtresse zen, un chemin qui a profondément influencé mon approche du développement de la TCD, plus particulièrement parce qu'il m'a conduit à introduire la pleine conscience dans la psychothérapie. »[1044]

La seconde étape de cette « construction » est l'amour, qu'elle renvoie, *in fine*, à la famille et au rôle de mère, puis de grand-mère, qu'elle a finalement réussi à endosser :

> « […] l'histoire de l'énorme pouvoir de l'amour dans ma vie, de la façon dont les aventures amoureuses m'ont à la fois propulsé au sommet du monde et causé plus tard l'un des plus profonds chagrins de ma vie. Le pouvoir d'accepter la gentillesse et l'amour de tant de personnes qui étaient toujours prêtes à me tirer vers le haut. Et, à son tour, le pouvoir d'aimer les autres, qui m'a tiré de la chute à sa manière. Une partie de cette histoire raconte comment j'ai retrouvé ma sœur, comment nous sommes parvenues

---

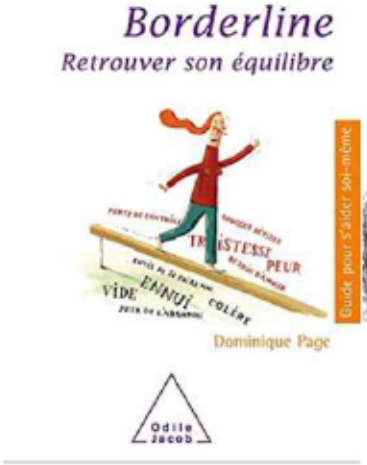
[1041] Benedict Carey, « Expert on Mental Illness Reveals Her Own Fight », *The New York Times*, 23 juin 2011.
[1042] Marsha M. Linehan, *Building a Life Worth Living: A Memoir*, New York, Random House, 2020, version éléctronique.
[1043] *Ibid.* Chapitre 2. « Descent into hell », section « My Vow to God », ma traduction. La version électronique en ma possession ne me permet pas de citer les pages exactes, j'indique donc le chapitre ainsi que la section où se trouve la citation.
[1044] *Ibid.* Chapitre 1. « Building a Life Experienced as Worth Living », section « A Story of the Power of Persistence and Love », ma traduction.

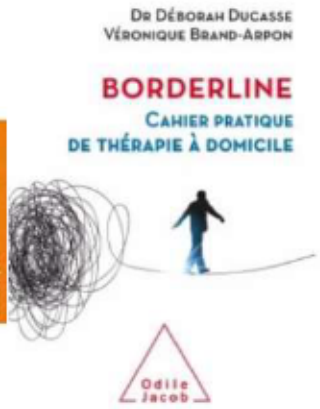
> à nous pardonner après tant d'années de distance et de douleur. Et comment je suis devenue une mère et maintenant une grand-mère[1045]. »

Les voies de l'apaisement du trouble *borderline*, selon la créatrice de la thérapie considérée comme étant la référence pour ce trouble, et que l'on retrouve sur certaines des couvertures de livres, passeraient ainsi par la spiritualité et par l'amour qui se conçoit dans un cadre familial traditionnel et hétéronormé.

Un équilibre précaire

Certaines illustrations du trouble *borderline* ne mobilisent pas quant à elle le registre des corps féminins, mais s'inscrivent dans un registre davantage métaphorique : celui de l'équilibre précaire. On voit ici le plus souvent des dessins, et plus rarement des photos, qui représentent un personnage en équilibre sur un fil.







[1045] *Ibid.* ma traduction.



L'équilibre ici représenté renvoie à la dimension émotionnelle, explicitement indiqué sur la première de couverture du livre intitulé *Borderline. Retrouver son équilibre* de Dominique Page, docteure en psychologie et psychologue spécialiste en TCC[1046]. Cet équilibre indique ainsi la forme que pourrait prendre la « stabilisation » du trouble *borderline* : il s'agit effectivement de savoir tenir cet équilibre. C'est ce qu'indique l'évolution de l'illustration des livres de Frédérique Cretin, alias « Fé », une professeure de français qui raconte dans des romans graphiques son expérience avec le trouble *borderline*. Sa « vie d'aujourd'hui » est représentée par un personnage se tendant debout en équilibre et sur un fil, contrairement à celui de la « vie d'avant », qui n'arrive pas à soutenir le poids de son propre corps. La personne *borderline* qui semble aller mieux est donc représentée par cette figure de l'équilibriste, qui présuppose donc une concentration constante, pour ne pas (re)tomber, et que toute forme de décontraction pourrait, on l'imagine, faire basculer.

Entre savoirs expérientiels et savoirs professionnels

Ce rapide et succinct tour d'horizon des illustrations d'ouvrages sur le trouble *borderline* permet d'asseoir le constat selon lequel ce trouble est une catégorie diagnostique associée à une féminité perçue comme troublée. Cela permet également d'entrevoir les voies de l'apaisement et de la stabilisation du trouble. La spiritualité, la conformité aux attentes sociales traditionnelle vis-à-vis de la féminité, ainsi qu'un travail sur soi permanent afin de

[1046] *Formateurs - Dominique Page - Ifforthecc - Institut Francophone de Formation et de Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive*, https://ifforthecc.org/formateurs/dominique-page, (consulté le 11 septembre 2024).

garder l'équilibre, semblent être les principaux éléments qui permettrait d'aller mieux. La rapide contextualisation de ces ouvrages fait également émerger l'imbrication, voire le brouillage de la frontière, entre les savoirs professionnels et les savoirs expérientiels. Marsha Linehan place effectivement dans son expérience personnelle la « véritable origine » du savoir professionnel qu'elle a constitué tout au long de sa carrière. Les illustrations analysées proviennent d'ouvrages écrits à la fois par des professionnel·les et par des personnes concernées. Certaines de ces personnes écrivent d'ailleurs leur histoire après être devenues elles-mêmes des professionnel·les, comme Johanne Lavoie qui est présentée, sur la quatrième de couverture de son livre *Borderline… mais pas folle !*, comme « conférencière, coach et auteure » formée en génagogie et en programmation neuro-linguistique. Elle a ainsi pour objectif de faire connaître le trouble *borderline* et « de donner de l'espoir et des outils pour vivre heureux au quotidien aux gens qui souffrent et à ceux qui les entourent ».



Borderline mais pas folle, c'est mon histoire, celle d'une fille qui en a eu assez de broyer du noir et d'avoir toujours mal à l'âme, d'être sans cesse à la limite entre vivre et mourir. D'après l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal, 10% à 15% des gens souffriront de dépression au cours de leur vie. Ce n'est pas rien, d'où l'importance d'avoir un bon coffre à outils bien remplis pour rapidement changer d'énergie.

Que de questions je me suis posées… et que de réponses j'ai trouvées. J'ai fait des études et testé tout ce qui pourrait me permettre de me reprogrammer afin de vivre heureuse au quotidien. J'ai pris le temps de m'arrêter et de comprendre chaque état, chaque impulsion, chaque comportement qui m'animaient et je me suis ainsi constitué un coffre à outils. Je vous offre ici ces outils, simples et efficaces, qui vous permettent de changer instantanément votre humeur et vos comportements.

Si je vous raconte mon histoire aujourd'hui, c'est dans le but de vous donner de l'espoir. Oui, il est possible de vivre heureux au quotidien, borderline ou pas.

Les seules limites de ta vie sont celles que tu te crées dans ton esprit

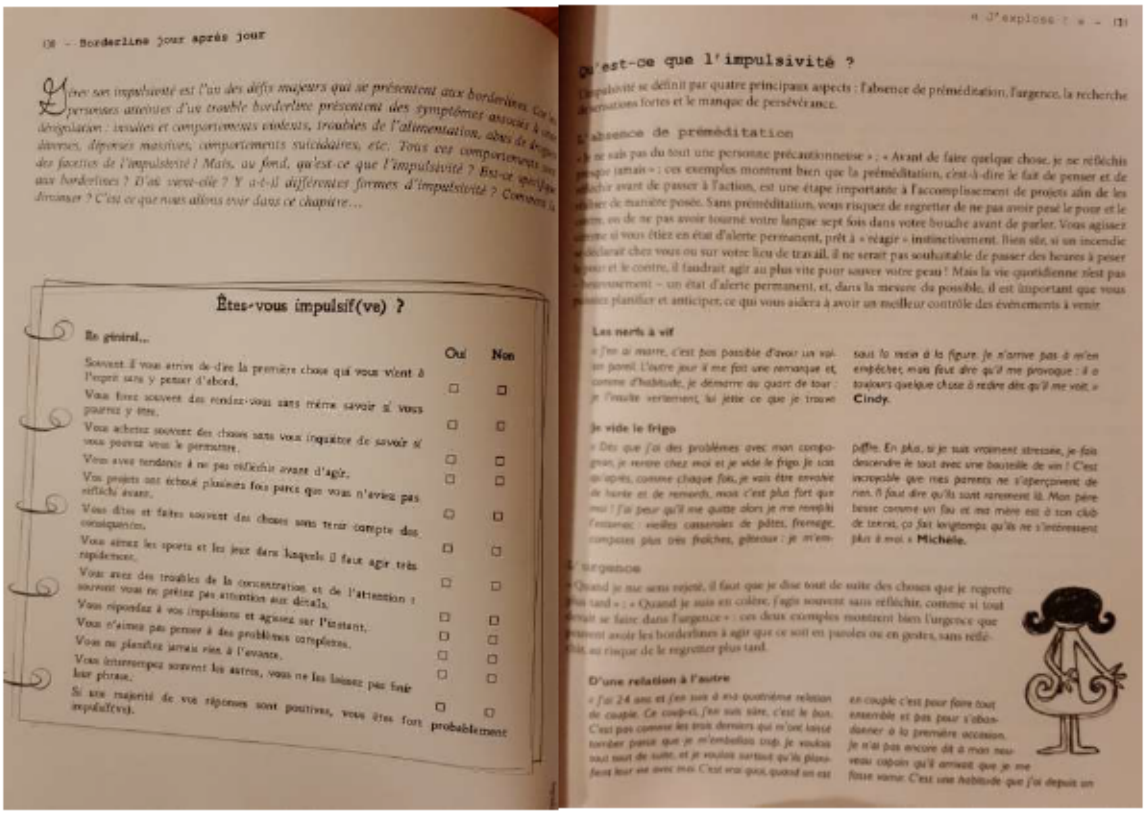
JOHANNE LAVOIE, *conférencière, coach et auteure, se passionne pour l'être humain. Sa formation de génagogue et de coach en programmation neuro-linguistique fait d'elle une experte en résolution de problèmes. Elle agit aussi comme partenaire au sein du comité d'amélioration des services en santé mentale de l'Hôpital de Saint-Jérôme. Johanne s'est donné comme mission de faire connaître le trouble de la personnalité limite ou borderline, et de donner de l'espoir et des outils pour vivre heureux au quotidien aux gens qui en souffrent et à ceux qui les entourent.*

Collection Croissance Personnelle

www.performance-edition.com

Enfin, lorsque les auteurs et autrices sont des professionnel·les du champ de la santé mentale (psychothérapeutes, psychologues, psychiatres), le livre se fonde sur des récits de patient·es et peut prendre la forme de manuels d'exercices, qui invitent les personnes à travailler sur soi-même de manière autonome et éloignée du contact direct avec les professionnel·les et

l'institution psychiatrique. C'est ce que l'on peut par exemple voir dans *Le manuel du borderline*, co-écrit par trois psychiatres. Ce manuel présente, sous une forme ludique et imagée, des exercices à réaliser, des explications et des vignettes de témoignages qui citent le verbatim de personnes diagnostiquées, comme ici à propos de l'impulsivité.



08 – Borderline jour après jour

Gérer son impulsivité est l'un des défis majeurs qui se présentent aux borderlines. Car les personnes atteintes d'un trouble borderline présentent des symptômes associés à une désrégulation : troubles et comportements violents, troubles de l'alimentation, abus de drogues diverses, dépenses massives, comportements suicidaires, etc. Tous ces comportements sont des facettes de l'impulsivité ! Mais, au fond, qu'est-ce que l'impulsivité ? Est-ce spécifique aux borderlines ? D'où vient-elle ? Y a-t-il différentes formes d'impulsivité ? Comment la dresser ? C'est ce que nous allons voir dans ce chapitre…

Êtes-vous impulsif(ve) ?

En général…	Oui	Non
Souvent il vous arrive de dire la première chose qui vous vient à l'esprit sans y penser d'abord.	☐	☐
Vous fixez souvent des rendez-vous sans même savoir si vous pourrez y être.	☐	☐
Vous achetez souvent des choses sans vous inquiéter de savoir si vous pouvez vous le permettre.	☐	☐
Vous avez tendance à ne pas réfléchir avant d'agir.	☐	☐
Vos projets ont échoué plusieurs fois parce que vous n'aviez pas réfléchi avant.	☐	☐
Vous dites et faites souvent des choses sans tenir compte des conséquences.	☐	☐
Vous aimez les sports et les jeux dans lesquels il faut agir très rapidement.	☐	☐
Vous avez des troubles de la concentration et de l'attention : souvent vous ne prêtez pas attention aux détails.	☐	☐
Vous répondez à vos impulsions et agissez sur l'instant.	☐	☐
Vous n'aimez pas penser à des problèmes complexes.	☐	☐
Vous ne planifiez jamais rien à l'avance.	☐	☐
Vous interrompez souvent les autres, vous ne les laissez pas finir leur phrase.	☐	☐
Si une majorité de vos réponses sont positives, vous êtes fort probablement impulsif(ve).	☐	☐

« J'explose ! » – 09

Qu'est-ce que l'impulsivité ?

L'impulsivité se définit par quatre principaux aspects : l'absence de préméditation, l'urgence, la recherche de sensations fortes et le manque de persévérance.

L'absence de préméditation

« Je ne sais pas du tout une personne précautionneuse » ; « Avant de faire quelque chose, je ne réfléchis presque jamais » : ces exemples montrent bien que la préméditation, c'est-à-dire le fait de penser et de réfléchir avant de passer à l'action, est une étape importante à l'accomplissement de projets afin de les réaliser de manière posée. Sans préméditation, vous risquez de regretter de ne pas avoir pesé le pour et le contre, ou de ne pas avoir tourné votre langue sept fois dans votre bouche avant de parler. Vous agissez comme si vous étiez en état d'alerte permanent, prêt à « réagir » instinctivement. Bien sûr, si un incendie se déclarait chez vous ou sur votre lieu de travail, il ne serait pas souhaitable de passer des heures à peser le pour et le contre, il faudrait agir au plus vite pour sauver votre peau ! Mais la vie quotidienne n'est pas heureusement – un état d'alerte permanent, et, dans la mesure du possible, il est important que vous puissiez planifier et anticiper, ce qui vous aidera à avoir un meilleur contrôle des événements à venir.

Les nerfs à vif

« J'en ai marre, c'est pas possible d'avoir un voisin pareil. L'autre jour il me fait une remarque et, comme d'habitude, je démarre au quart de tour : je l'insulte vertement, lui jette ce que je trouve sous la main à la figure. Je n'arrive pas à m'en empêcher, mais faut dire qu'il me provoque : il a toujours quelque chose à redire dès qu'il me voit. » **Cindy.**

Je vide le frigo

« Dès que j'ai des problèmes avec mon compagnon, je rentre chez moi et je vide le frigo. Je sais qu'après, comme chaque fois, je vais être envahie de honte et de remords, mais c'est plus fort que moi ! J'ai peur qu'il me quitte alors je me remplis l'estomac : vieilles casseroles de pâtes, fromage, compotes plus très fraîches, gâteaux : je m'empiffre. En plus, si je suis vraiment stressée, je fais descendre le tout avec une bouteille de vin ! C'est incroyable que mes parents ne s'aperçoivent de rien. Il faut dire qu'ils sont rarement là. Mon père bosse comme un fou et ma mère est à son club de tennis, ça fait longtemps qu'ils ne s'intéressent plus à moi. » **Michèle.**

D'une relation à l'autre

« J'ai 24 ans et j'en suis à ma quatrième relation de couple. Ce couple-ci, j'en suis sûre, c'est le bon. C'est pas comme les trois derniers qui m'ont laissé tomber parce que je m'emballais trop. Je voulais tout tout de suite, et je voulais surtout qu'ils passent tout leur temps avec moi. C'est vrai quoi, quand on est en couple c'est pour faire tout ensemble et pas pour s'abandonner à la première occasion. Je n'ai pas encore dit à mon nouveau copain qu'il arrivait que je me fasse vomir. C'est une habitude que j'ai depuis un

C'est donc tout un registre de l'expérience qui est mobilisé, et qui permet de légitimer ces publications. Il s'agit, pour les personnes qui se reconnaissent ou qui sont diagnostiquées, de s'en inspirer pour (re)prendre le contrôle de leur vie, et de réussir là où d'autres ont ouvert le chemin. Marsha Linehan a d'ailleurs choisi comme phrase d'exergue à son autobiographie : « Si je peux le faire, vous pouvez le faire » (*If I can do it, you can do it*).

Chapitre 6. SE SAISIR OU SE DESSAISIR DU DIAGNOSTIC ? Usages sociaux et construction de la signification du trouble *borderline*

Dans le chapitre précédent, j'ai décrit comment le travail des psychologues de l'*HDJ borderline* participe à qualifier et à construire la signification de déviances émotionnelles et genrées. La qualification diagnostique ne saurait néanmoins être réduite à des moments de prise en charge par des thérapeutes spécialistes du trouble *borderline*. La rencontre de cette catégorie diagnostique par les personnes, la construction d'hypothèses diagnostiques, la reconnaissance de leurs propres comportements dans la description des symptômes, ou encore l'appropriation du trouble de la personnalité *borderline* préexistent bien souvent à l'arrivée dans des espaces de soins spécialisés. Ces différents mécanismes s'opèrent dans des contextes variés et plus ou moins institutionnalisés : d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie à une discussion entre ami·es, en passant par une séance de psychothérapie ou de médecine alternative. Il s'agit en ce sens de se demander : comment se réalise le passage d'un sentiment de difficultés émotionnelles à la qualification du trouble *borderline* ? Quelles sont les conditions d'un tel passage et quels en sont les effets ?

Depuis le travail de Mildred Blaxter[1047], considéré comme l'un des travaux fondateurs de la sociologie du diagnostic qui connaît un regain d'intérêt depuis une quinzaine d'années[1048], cette sociologie propose une approche processuelle du diagnostic. La qualification diagnostique y est pensée comme le résultat d'un ensemble de négociations entre plusieurs acteurs et actrices. Dans le prolongement de cette perspective processuelle, Céline Borelle a par exemple proposé une « approche séquentielle » des diagnostics médicaux. À partir du cas de l'autisme, où la démarche diagnostique est actuellement « éclatée dans le temps en plusieurs étapes institutionnalisées (première consultation, réalisation des tests, réunion de synthèse et consultation finale) », cette autrice souligne que « la consultation pédopsychiatrique devient une étape parmi d'autres[1049] ». Il s'agit de transférer ce constat au diagnostic qui nous intéresse ici. En effet, l'*HDJ borderline,* dont il a été principalement question précédemment, constitue,

---

[1047] Mildred Blaxter, « Diagnosis as category and process: The case of alcoholism », *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 1 janvier 1978, vol. 12, p. 9-17.
[1048] Annemarie Jutel, « Sociology of diagnosis: a preliminary review », *Sociology of Health & Illness*, 2009, vol. 31, nº 2, p. 278-299.
[1049] Céline Borelle, « Pour une approche séquentielle du diagnostic médical. Le cas de l'autisme », *Sciences sociales et santé*, 2017, vol. 35, nº 3, p. 14-15.

lui aussi, une séquence du processus de qualification diagnostique parmi d'autres. Ces autres séquences peuvent s'inscrire dans des contextes institutionnels (psychiatrie), para-institutionnels (cabinets de psychothérapie en libéral), mais aussi dans des contextes extra-institutionnels. Durant mon enquête, j'ai rencontré et réalisé des entretiens biographiques, parfois répétés, avec 30 personnes. Le recrutement pour ce volet de l'enquête s'est réalisé dans trois espaces : en ligne, dans une formation de pair-aidance, à l'*HDJ borderline* ou par interconnaissance[1050]. Afin de contextualiser les profils de ces personnes, je préciserai à chaque fois en note la modalité de recrutement ainsi que les traitements médicamenteux évoqués durant l'entretien lors de la première occurrence de leur prénom. L'indication des traitements permet de situer les profils psychiatriques qui, comme on l'a vu, sont bien souvent associés aux profils de prescriptions de médicaments psychotropes[1051].

Il s'agit donc désormais d'élargir la focale, et d'interroger la circulation de la catégorie diagnostique en dehors des murs de l'institution psychiatrique et des cabinets de psychothérapie. Le trouble *borderline*, en tant qu'« idiome de détresse » (cette forme symbolique qui participe à donner du sens à des souffrances au sein d'un contexte sociohistorique donné et à partir d'un ensemble de significations culturelles partagées) est effectivement plus ou moins approprié par des personnes qui cherchent à rendre compte de souffrances et de déviances émotionnelles. Je propose d'interroger ces dynamiques d'appropriation ou de non-appropriation du trouble *borderline* à partir de l'angle de la « réception-appropriation culturelle ».

> « Pour la sociologie de la réception-appropriation culturelle, le sens de l'œuvre n'est, d'une certaine façon, pas inscrit dans l'œuvre, comme attendant d'être dévoilé ou déchiffré, mais se produit dans la rencontre entre l'œuvre et les "récepteurs" de l'œuvre (qui sont donc les coproducteurs actifs du sens de l'œuvre). Il n'y a donc pas un "sens" mais des usages et des significations produits à chaque rencontre[1052]. »

Cette perspective qui interroge les réceptions-appropriations du trouble *borderline* ouvre ainsi un questionnement concernant les usages et les significations produits à chaque rencontre de cette catégorie, et donc à une analyse des *usages sociaux et de la construction de la signification du trouble borderline.*

[1050] Cf. Introduction générale. Une enquête dans trois espaces.
[1051] Cf. Chapitre 4. 2.3.1. Le trouble *borderline*, la version universitaire de l'hystérie.
[1052] Bernard Lahire, « Entre sociologie de la consommation culturelle et sociologie de la réception culturelle », *Idees economiques et sociales*, 2009, vol.155, nº 1, p. 8.

Cette analyse s'inscrit également dans le sillon des approches en termes de représentation sociale de la santé et de la maladie[1053], où les questions de différenciations sociales et de rapports de pouvoir étaient initialement traitées de manière secondaire[1054]. En sociologie, l'hypothèse habituellement mobilisée pour comprendre ces différenciations sociales, notamment perçues à partir de la plus ou moins grande distance vis-à-vis des savoirs médicaux, est issue du travail de Luc Boltanski qui a mis en lumière l'existence de « cultures somatiques[1055] » associées aux différentes classes sociales. Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman ont plus récemment proposé une approche en termes de « théories diagnostiques » qui, partant de cette hypothèse de cultures somatiques différenciées, propose « d'aller plus loin » en interrogeant la

> « […] construction sociale et morale des pathologies, les configurations de prise en charge propres à chaque secteur médical ou médicosocial, et, enfin, les configurations familiales qui font varier les enjeux liés aux arrangements pratiques [rendus possibles par les manières de nommer les "maux"][1056]. »

En effet, ces auteur·ices soulignent, dans un article à paraître, le fait que dans l'analyse des manières de nommer les troubles de la vie mentale (des handicaps mentaux aux troubles psychiques), « l'opposition classique entre classes populaires et classes supérieures se dissout […] en une multitude de fractions de classe qu'il s'agit de distinguer et de caractériser[1057] ».

Afin de saisir ces variations, il s'agit d'adopter une perspective attentive aux socialisations et aux dispositions, à l'image du travail de Bernard Lahire concernant les pratiques culturelles[1058]. Ce travail permet de montrer que les individus, loin de s'adonner à des activités culturelles strictement associées à leur position sociale, s'inscrivent en réalité dans une pluralité d'activités potentiellement contradictoires et sources de tension. Ces luttes concernant les légitimités culturelles, classiquement abordées à un niveau collectif et interindividuel[1059], se jouent également à un niveau intra-individuel. Cette analyse des pratiques culturelles fait ainsi émerger « une distinction de soi par rapport à autrui », mais aussi une « distinction de soi par

---

[1053] Claudine Herzlich, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale.*, Paris, École Pratique des Hautes Études et Mouton, 1969.
[1054] Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman, « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », *Revue francaise de sociologie*, 2014, Vol. 55, nº 3, p. 508.
[1055] Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, 1971, vol. 26, nº 1, p. 205-233.
[1056] A. Béliard et J.-S. Eideliman, « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », art cit, p. 531.
[1057] Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman, « Problèmes mentaux et inégalités dans les trajectoires des enfants », *Sociétés contemporaines*, À paraître.
[1058] Bernard Lahire, *La culture des individus : dissonances culturelles et distinction de soi*, Paris, La Découverte, 2004.
[1059] Pierre Bourdieu, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1979.

rapport à soi[1060] », où « domination de soi et domination d'autrui se révèlent ainsi indissociables et les distinctions et luttes symboliques sont autant individuelles (intra-individuelles et inter-individuelles) que collectives (inter-classes)[1061] ».

Cette perspective, concernant les mécanismes de distinction et de domination dans les pratiques culturelles – où la déviance vis-à-vis d'une norme de la consommation culturelle légitime se joue à plusieurs niveaux (collectif, inter-individuel et intra-individuel) –, gagne à être transposée à l'analyse de la déviance de manière plus générale, et notamment à des formes de déviances qui sont source de souffrances : les déviances émotionnelles qui s'articulent aux processus d'« auto-étiquetage » dans le cadre de la maladie mentale[1062] (processus que l'on pourrait alors rapprocher d'une forme de lutte symbolique intra-individuelle concernant les normes émotionnelles et comportementales). En ce sens, l'étiquetage de la déviance, notamment lorsqu'elle est émotionnelle, n'est pas seulement réalisé par les « autres », mais émane également des personnes elles-mêmes (ou plutôt d'une intériorisation normative plurielle rendant probables des luttes symboliques intra-individuelles). Cette perspective permet de penser l'incorporation des structures sociales et leurs tensions à un niveau intra-individuel, à partir de l'analyse des pratiques de catégorisation de la vie mentale. Cela rend ainsi compréhensibles les demandes de soins, mais aussi la quête diagnostique pour nommer un malaise provenant d'un sentiment d'échecs répétés du travail émotionnel.

Afin de rendre compte de ces mécanismes, je choisis dans ce chapitre d'utiliser la terminologie de la « catégorisation » plutôt que celle de l'« étiquetage ». J'interroge effectivement moins les processus d'étiquetage que les arrangements symboliques produits par les formes de réception-appropriation du trouble *borderline*. Ces arrangements symboliques sont le résultat de pratiques de catégorisation qui consistent à mobiliser des catégories de santé mentale plutôt que d'autres, à en préférer certaines pour en dévaloriser d'autres. En ce sens, ces catégories constituent des « artefacts incarnant des choix moraux et esthétiques qui, en retour, façonnent les identités des individus, leurs aspirations et leur dignité[1063] ». Je questionne ainsi la manière dont l'usage de cette catégorie participe de la « mise en ordre du monde social [à partir du] processus qui consiste à évaluer puis à subsumer sous un même terme […] un nombre souvent mal défini d'individus supposés partager certaines propriétés sociales, certains goûts

[1060] B. Lahire, *La culture des individus : dissonances culturelles et distinction de soi*, *op. cit.*, p. 60.
[1061] *Ibid.*, p. 30.
[1062] Peggy A. Thoits, « Self-Labeling Processes in Mental Illness: The Role of Emotional Deviance », *American Journal of Sociology*, 1985, vol. 91, nº 2, p. 221-249.
[1063] Geoffrey C. Bowker et Susan Leigh Star, *Arranger les choses: des conséquences de la classification*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2023, p. 40.

culturels ou certains traits psychologiques[1064] ». Analyser les pratiques de catégorisation, c'est questionner un processus qui consiste à « discrétiser *et* hiérarchiser », en ce sens que la catégorisation transforme « une variable continue en variable catégorielle » et « donne lieu à un classement et véhicule donc des enjeux normatifs[1065] ». Les usages sociaux et la construction de la signification de la catégorie « trouble de la personnalité *borderline* » ne sont cependant pas totalement stabilisés. Ils varient en fonction des socialisations et des trajectoires des personnes. Son appropriation nécessite ainsi que cette catégorie soit construite comme une véritable ressource de santé mentale[1066]. Constitution qui, comme je le montrerai, dépend de certaines conditions.

Ce chapitre éclairera dans un premier temps les conditions à partir desquelles le diagnostic fonctionne (ou non) comme une ressource permettant de rendre compte de difficultés existentielles (I). Il s'agira ensuite d'éclairer les conditions de la constitution du trouble *borderline* en véritable ressource de santé mentale à l'aune d'une typologie de ses réceptions-appropriations (II.) Ces formes de réceptions-appropriations s'articulent avec des rapports politiques vis-à-vis de la santé mentale, que ce soit dans une forme ordinaire de la critique ou dans des formes plus franches d'engagements dans le champ de la santé mentale, ce qu'une troisième partie éclairera (III.). L'analyse de la constitution ou de la non-constitution du trouble *borderline* comme ressource permet *in fine* d'éclairer les dimensions relationnelles des catégories de santé mentale ainsi que les enjeux de positionnements relatifs que supposent leurs réceptions-appropriations.

[1064] Jean-Baptiste Comby et Julie Pagis, « Introduction. Politiques de catégorisation du monde social », *Politiques de communication*, 2018, vol. 10, nº 1, p. 5-6.
[1065] *Ibid.*, p. 6.
[1066] Pour un cadrage concernant cette approche en termes de ressources et d'appropriation, voir notamment Ivan Garrec et Arthur Vuattoux, « Introduction. Interroger la crise de santé mentale des jeunes par le biais des ressources et de leur appropriation », *Agora débats/jeunesses*, 2024, vol. 2, nº 97, p. 46-55.

I. D'une souffrance diffuse à la rencontre du diagnostic

La rencontre avec le diagnostic trouble de la personnalité *borderline* s'inscrit, pour les personnes avec lesquelles j'ai réalisé des entretiens, dans des situations de souffrances diffuses. Il constitue en ce sens une des manières possibles de nommer leur vie mentale vécue comme troublée. Comment ces personnes en sont-elles venues à rencontrer le diagnostic « trouble de la personnalité *borderline* » ? Qu'est-ce qu'elle permet de nommer ? Et parmi quelles autres possibilités de catégorisations s'inscrit cette catégorie ?

1.1. Les types de rencontre du diagnostic

Afin de contextualiser les usages sociaux et la construction de signification du trouble *borderline* (qui se forgent lors de la rencontre avec le diagnostic), il s'agit donc tout d'abord d'éclairer les trois types de rencontres identifiées à partir des entretiens : une rencontre par la psychiatrie, une rencontre par la psychothérapie, et une rencontre par des recherches personnelles ou des sociabilités à partir desquelles se diffuse la culture psychologique.

1.1.1. Une rencontre par la psychiatrie

La rencontre du diagnostic dans le cadre psychiatrique est la plus courante au sein de mes entretiens[1067]. Cette modalité de rencontre prend deux formes : une rencontre dans des interactions cliniques, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, et une rencontre après-coup, lors d'une lecture du dossier médical[1068].

La majorité des rencontres de la catégorie par la psychiatrie proviennent d'hypothèses diagnostiques verbalisées directement par des psychiatres. Ces annonces diagnostiques ont majoritairement lieu durant une consultation psychiatrique dans le cadre d'un suivi en libéral ou dans un Centre Médico-Psychologique (CMP)[1069]. Cette annonce diagnostique peut intervenir dans le cours d'un suivi psychiatrique, comme pour Mathilde Dumont[1070]. À la sortie de sa première hospitalisation, qui s'inscrivait dans un suivi psychiatrique débuté cinq ans

[1067] Sur les 30 entretiens réalisés, 16 personnes ont entendu parler pour la première fois du diagnostic auprès de professionnel·les de la psychiatrie ou à la suite d'une prise en charge psychiatrique.
[1068] Sur les 16 personnes qui ont découvert le diagnostic par la psychiatrie, 12 l'on entendu dans une interaction clinique et 4 l'ont lu sur leur dossier médical.
[1069] Sur les 12 personnes à qui des professionnel·les de la psychiatrie ont fait une annonce diagnostique, 7 l'ont entendu durant une consultation psychiatrique dans le cadre d'un suivi en libéral ou en CMP.
[1070] Rencontrée à l'*HDJ borderline*. Médicaments évoqués en entretien : antidépresseurs, thymorégulateurs.

auparavant pour dépression, phobie sociale et idées suicidaires, sa psychiatre lui a annoncé son hypothèse diagnostique.

> MATHILDE DUMONT : Ma psychiatre m'a parlé du trouble *borderline*. Et elle m'a expliqué que c'était un diagnostic qui était assez long à définir. On ne pouvait pas… Enfin, là, ça faisait 5 ans que j'étais suivie. Mais qu'on ne pouvait pas forcément définir avant.

Certaines annonces du diagnostic par des psychiatres interviennent quant à elles après des périodes d'errance diagnostique dans lesquelles les personnes ont reçu d'autres diagnostics, à l'image de Romane Barthes[1071]. Cette doctorante en sciences sociales de 25 ans a commencé un suivi psychiatrique au CMP durant son année de terminale. Elle souffrait alors d'une « *très grosse dépression* » et d'hallucinations qu'elle associe au harcèlement scolaire et au cyberharcèlement qu'elle subissait. Elle arrêtera rapidement le traitement antidépresseur prescrit par le psychiatre du CMP à cause des effets secondaires délétères qui se traduisaient par une augmentation de ses symptômes. Son entrée à l'université, dans une autre ville, l'éloigne un temps des soins, mais lors de sa deuxième année de licence, à la suite d'une grande perte de poids, elle consulte une psychologue du service qui lui annonce qu'elle souffre d'anorexie. Seulement, elle n'accroche pas avec cette psychologue, et elle arrête rapidement le suivi. Quelques années plus tard, cette fois à la suite d'une rupture difficile avec son copain de l'époque, elle « *décompense* ». Tout lui revient « *en pleine face* ». Elle ressent de très fortes idées suicidaires et expérimente les hallucinations sensorielles qui lui faisaient particulièrement peur. Elle se tourne vers le CMP de la ville où elle réalise ses études. La psychiatre du CMP évoque d'abord une schizophrénie paranoïde. Cette dernière revient ensuite sur cette première hypothèse diagnostique pour déclarer que Romane Barthes souffre plutôt d'un trouble *borderline*. Après deux années de suivi dans ce CMP, Romane Barthes décide de l'arrêter à cause de comportements qu'elle juge particulièrement problématiques et dangereux : le manque d'écoute, la surprescription de sa psychiatre, la mise en doute de sa parole ainsi que la non-réponse à son appel à la permanence de crise du CMP. Romane Barthes se tourne donc ensuite vers les soins en libéral où elle reçoit un nouveau diagnostic, qu'elle s'approprie au moment de l'enquête pleinement : « *Un trouble du spectre de l'autisme de type Asperger avec un haut potentiel intellectuel.* »

[1071] Rencontrée en ligne. Médicaments évoqués en entretien : neuroleptiques (Abilify), antidépresseurs, anxiolytiques (Xanax).

Quelques personnes m'ont également expliqué avoir entendu pour la première fois le diagnostic dans le cadre d'un passage aux urgences psychiatriques ou d'une hospitalisation[1072]. Jessica Moretti[1073], l'une des patientes de l'*HDJ borderline*, a ainsi découvert ce diagnostic lors d'une hospitalisation.

> JESSICA MORETTI : Il y a pas longtemps, en 2019 et 2020, j'ai vécu une année assez compliquée parce que j'étais en couple avec quelqu'un. […] Comme la plupart des *borderline*, je donnais énormément par peur d'être abandonnée, d'être remplacée, qu'on ne m'aime pas à ma juste valeur. Donc du coup, je donnais tout le temps, tout le temps, je recevais peu. Et à un moment donné, j'ai complètement pété un plomb. J'ai fait un burn-out total au travail. C'était impossible pour moi d'avoir une vie sociale. J'étais vraiment détachée de tout. Et j'ai commencé à aller voir un médecin pour me donner un traitement. Et la moindre petite chose qui m'affectait, en fait, je prenais des médicaments. Mais pas un, deux ou trois cachets. Je prenais tout le paquet, en fait. Et j'arrivais à être complètement shootée. Je dormais pendant 24 heures. Je ne me réveillais plus. Je ne parlais à plus personne. Mes parents faisaient une moindre réflexion. Je leur aboyais dessus. Et un jour, j'ai vraiment pris trop de cachets. Et je me suis retrouvée complètement… Mon père m'a récupérée. Il m'a relevée. Il m'a emmenée à l'hôpital. Et à partir de ce moment-là, j'ai eu un diagnostic qui a été posé. Parce qu'ils me posaient énormément de questions. Ils ont un petit peu observé mes réactions. Et du coup, on m'a expliqué comme quoi j'avais un trouble *borderline*. Parce qu'effectivement : hypersensible. On donne toujours trop, mais dans la démesure. C'est vraiment… C'est horrible.

La seconde modalité de rencontre du diagnostic auprès de la psychiatrie est une rencontre après-coup, lors de la lecture du dossier médical[1074], comme dans le cas de Chloé Giraudon[1075], patiente de l'*HDJ borderline* évoquée dans le chapitre précédent. C'est également le cas de Zoé Prunier[1076], étudiante en licence d'art de 21 ans, qui m'explique avoir eu des « *idées très très noires* » à 14 ans. Elle expérimentait alors des envies de mourir de plus en plus intenses, une totale incapacité à aller en cours et elle se scarifiait pour « *contrôler* [s]*es pulsions* ». Elle me décrit un état de « *détresse* » qu'elle ne savait alors pas nommer : « *J'avais besoin qu'on m'aide, en fait, parce que je n'arrivais pas à définir ce mal-être, mais je pleurais beaucoup et je faisais déjà des crises d'angoisse* ». Quelques années plus tard, au cours desquelles elle a connu une hospitalisation de jour, et après la lecture de son dossier médical, elle comprend que son trouble avait été qualifié de « *borderline* ».

[1072] Sur les 12 personnes à qui des professionnel·les de la psychiatrie ont fait une annonce diagnostique, 5 l'ont entendu dans le cadre de passage aux urgences ou durant une hospitalisation.
[1073] Rencontrée à l'*HDJ borderline*. médicaments évoqués en entretien : anxiolytiques.
[1074] Sur les 16 personnes qui ont découvert le diagnostic par la psychiatrie, 4 l'ont lu sur leur dossier médical.
[1075] Rencontrée à l'*HDJ borderline*. Médicaments évoqués en entretien : anxiolytiques, antidépresseurs (Deroxat).
[1076] Rencontrée en ligne. Médicaments évoqués en entretien : anxiolytiques, antidépresseurs (sertraline).

> ZOE PRUNIER : Et du coup, c'est là que j'ai compris que j'avais le trouble, c'est quand j'ai pu voir, j'ai eu accès à mon dossier médical. Donc j'ai pu le lire et j'ai vu que je manifestais apparemment des symptômes de trouble *borderline*. »

Suzanne Barbet[1077], qui a connu plusieurs hospitalisations, et pour qui les urgences psychiatriques étaient un endroit refuge lors de moments de détresse, a aujourd'hui l'impression que ce diagnostic a toujours été présent de manière latente, mais se rappelle l'avoir lu dans son dossier médical.

> SUZANNE BARBET : J'ai fait une demande de dossier médical, et quand je l'ai lu j'ai vu que dans mes toutes premières hospitalisations, un médecin avait noté « *borderline* ».

1.1.2. Une rencontre par la psychothérapie

La rencontre du diagnostic dans le cadre d'un suivi psychothérapeutique est la modalité la moins répandue chez les personnes que j'ai rencontrées[1078]. Pascaline Bréant[1079], étudiante en formation de pair-aidance de 33 ans, a commencé une trajectoire psychiatrique après avoir été pendant plusieurs années engagée dans le militantisme anarchiste. À la suite d'un évènement qui l'a amenée à s'éloigner de ses anciennes sociabilités militantes, Pascaline B. commence à expérimenter une souffrance psychique intense. Après s'être tournée vers le chamanisme, elle connaît rapidement une première hospitalisation psychiatrique. C'est dans le cadre de cette trajectoire de soin naissante, croisant médecines alternatives et soins psychiatriques, qu'elle consulte une Gestalt-thérapeute qui évoque le diagnostic. Par la suite, un psychiatre lui conseille des lectures qui vont la conforter dans ce diagnostic.

Les deux autres personnes qui ont découvert le diagnostic via des séances de psychothérapie sont les deux seuls hommes cisgenres rencontrés dans le cadre de ce volet d'enquête, l'un via son psychothérapeute, Alain Charvet, et l'autre en ligne. Le premier est Baptiste Dubois[1080], dont l'entretien a été évoqué dans le chapitre 3. Le second est Anaël Morillon[1081], étudiant en quatrième année de sciences sociales dans une grande école. Son récit de la rencontre du diagnostic est centré autour de ses relations avec son groupe d'amis (tous des garçons) durant son lycée, ainsi que l'enjeu entourant son homosexualité et son *coming-out*. À cette époque, il avait un « *complexe d'infériorité* » par rapport à ses amis et se retrouvait dans

---

[1077] Rencontrée dans une formation de pair-aidance. Médicaments évoqués en entretien : anxiolytiques (Temesta), neuroleptiques.
[1078] Sur les 30 entretiens, 3 personnes m'ont dit avoir découvert le diagnostic durant une psychothérapie.
[1079] Rencontrée dans une formation de pair-aidance. Médicaments évoqués en entretien : anxiolytiques
[1080] Rencontré via son psychothérapeute. Pas de médicaments.
[1081] Rencontré en ligne. Pas de médicaments.

une ambivalence. Il aspirait à agir comme eux, tout en étant en décalage avec les goûts et les pratiques de ses amis.

> ANAËL MORILLON : Ils étaient très intéressés par le foot, moi non pas du tout, mais en même temps quand ils organisaient des parties de foot entre eux, qu'ils organisaient des soirées foot et que j'étais pas invité parce que objectivement j'aimais pas ça, donc c'était normal qu'ils m'invitent pas, mais moi le fait de pas être invité je le vivais très mal ou… même eux en soirée ils étaient très extravertis, ils parlaient très fort, ils chantaient des chants paillards, ils se mettaient beaucoup en avant, etc. Et moi pas du tout, parce que j'ai toujours été beaucoup plus introverti. Et du coup ce décalage moi je le vivais très mal parce que, bah j'avais l'impression de pas pouvoir m'amuser avec eux, de pas être aussi cool qu'eux, de pas être à leur niveau et en même temps du coup j'avais un peu l'impression de faire un complexe d'infériorité par rapport à eux, ce que je ressentais dès que j'étais invité à une soirée, que j'étais exclu d'une conversation, que je pouvais pas me mettre à leur niveau.

Ce sentiment de décalage qu'il ressentait vis-à-vis de ses amis – que ce soit dans les manières d'être ou dans leurs pratiques culturelles[1082] – le mettait dans des états de colère et parfois de violences intenses. L'apogée de ces « *crises* » a eu lieu au moment de son *coming-out*, et à la suite des réactions de ses amis. Anaël Morillon a mal vécu le fait que ces derniers aient « *dédramatisé la chose alors que pour* [lui] *c'était vraiment très important* ». Pour ces amis, par ailleurs militants, qu'Anaël Morillon classe à l'« *extrême gauche* », l'homophobie n'existe plus. Ils lui ont reproché de ne pas l'avoir « *assumé* » avant. L'un d'entre eux a d'ailleurs comparé son homosexualité au fait qu'il ait de grandes oreilles.

> ANAËL MORILLON : Celui qui avait comparé mon *coming-out* au fait qu'il avait des grandes oreilles, j'avais dit que j'attendais qu'il s'excuse d'avoir dit ça. Et il refusait de s'excuser. Et on se retrouvait tous les deux à la soirée, et je voyais qu'en fait il n'en avait rien à faire et ça m'a mis hors de moi. Et après là je l'ai frappé et sauf qu'ensuite moi j'étais vraiment mal. Je me souviens, j'étais en crise totale, j'étais en pleurs j'avais fait une crise d'angoisse et il était 3 heures du matin. J'avais appelé tous mes amis qui étaient pas là pour essayer de trouver du recul parce que tous les gens présents à la soirée me prenaient vraiment pour un fou furieux parce que du coup c'était moi qui l'avais frappé donc c'était moi qui étais en tort, ce qui en soit est vrai, mais moi je le ressentais pas comme tel à l'époque.

[1082] Elles sont typiques des sociabilités masculines hétérosexuelles telles que décrites par Isabelle Clair. Dans son article sur les ressorts biographiques des acuités et cécités ethnographiques, Isabelle Clair évoque une de ses cécités nées d'ignorances biographiques : « Pour ma part, par exemple, je suis totalement passée à côté d'une interprétation sur mes deux premiers terrains que les garçons gays rencontrés sur le troisième m'ont permis d'identifier, un peu plus tard : l'importance du football et des sports collectifs dans la vie des garçons s'identifiant comme hétérosexuels, qui m'est finalement apparu comme un marqueur central non seulement de leur groupe de sexe mais aussi de leur sexualité. » Isabelle Clair, « Nos objets et nous-mêmes : connaissance biographique et réflexivité méthodologique », *Sociologie*, 30 septembre 2022, N° 3, vol. 13, § 29.

C'est sur les conseils de ce groupe d'amis qu'il est finalement allé consulter une psychothérapeute. Cette dernière lui a fait passer des tests psychométriques indiquant la présence d'un trouble *borderline*.

> ANAËL MORILLON : J'avais été diagnostiqué. Encore, c'était plutôt un diagnostic informel. C'était dans le cadre où je suivais une psychologue. Et elle m'avait diagnostiqué avec ça, mais c'était sur la base d'un test relativement formel. Et du coup, c'était un diagnostic, mais en même temps on ne m'a jamais prescrit le traitement. Aussi parce qu'à l'époque, la psychologue m'a expliqué qu'il n'y avait pas de traitement. C'est quelque chose qui pouvait passer avec le temps ou alors simplement consulter une psychologue. Mais qu'il n'y avait pas de traitement médicamenteux en tout cas. Ou alors pour soigner vraiment les symptômes tels que des dépressions, où là, uniquement, il pouvait y avoir des traitements.

Les difficultés d'Anaël M. se sont estompées lorsqu'il a quitté sa ville d'origine et s'est installé à Paris pour entamer ses études, d'abord en classe préparatoire puis dans une école prestigieuse à la suite d'un concours. Il explique cette disparition de ses difficultés par le fait d'assumer son homosexualité et par son implication dans le travail : «*Je suis arrivé à Paris, j'avais plus… je me suis tout de suite présenté comme… enfin, je n'ai plus du tout caché, déjà pour moi je pense que ça, ça m'a enlevé un poids, ce qui fait que déjà j'avais des relations beaucoup plus détendues avec les autres, et en fait c'est juste que j'ai complètement arrêté d'y penser à tout ce qui est lié au diagnostic*».

Tout comme Anaël Morillon, Baptiste Dubois n'a connu aucune hospitalisation et n'a jamais eu de prescription de médicaments psychotropes. Ces éléments permettent de situer ces cas minoritaires dans mon corpus d'entretien, quant au type de trajectoire de soins. Ce point a d'ailleurs été souligné par Anaël Morillon lui-même lorsqu'il m'a dit : «*Je me souviens d'avoir les réponses à ton tweet, il y avait des gens qui disaient qu'il était sous traitement, alors que moi ils m'ont dit qu'il n'y avait pas de traitement, peut-être qu'on parle pas de la même chose.* »

Le faible nombre de personnes qui ont découvert le diagnostic via un suivi psychothérapeutique s'explique très certainement par le fait que le recours à des psychothérapeutes spécialistes du trouble *borderline* arrive bien souvent après une rencontre préalable du trouble, via la psychiatrie suscitant une orientation vers une psychothérapie ou via des recherches sur internet et des discussions entre ami·es, qui engendre une recherche d'espaces de soins spécialisés.

1.1.3. Une rencontre par des sociabilités et la culture psychologique

Le second grand ensemble de récits de rencontre du diagnostic décrit des moments de recherches personnelles par des personnes socialisées à la culture psychologique, ainsi que des

discussions entre amis concernant les catégories de santé mentale[1083]. Ces rencontres arrivent moins tardivement que celle par la psychiatrie, généralement dans le courant de l'adolescence, à un moment où des difficultés et des souffrances émergent, et où les personnes n'ont pas encore connu d'hospitalisations ou de suivis psychiatriques.

Manon Bonnet[1084], qui était à la recherche d'un contrat doctoral en sciences sociales au moment de notre entretien, a découvert le trouble *borderline* au début du lycée. Elle était en filière littéraire, et se retrouvait dans un groupe d'ami·es qui mobilisait des catégories de santé mentale pour se décrire.

> MANON BONNET : Je pense que la première fois que j'en ai entendu parler, j'étais assez jeune, en fait. Ça devait être au… peut-être en seconde. Mais bon, à l'époque, j'étais pas mal dans… Je ne sais pas comment dire… le délire poète torturé de Première L. Donc, bon, à la fois, je m'y reconnais, à la fois, pas mal de gens que je connaissais s'y reconnaissaient aussi. Donc, c'était pas vraiment perçu comme une maladie. C'était plus… Je ne sais pas comment dire. Je disais plus… Je suis trop torturée dans ma tête. Mais ça s'est passé au bout de peu de temps, en fait. Au bout d'un an, c'était complètement oublié.

Elle décrit son groupe d'ami·es de l'époque comme situé à l'opposé des groupes « *populaires* » du lycée, quant à eux composés de personnes « *bien dans leur peau* ». Elle décrit la composition de son groupe en évoquant spontanément les positions minoritaires et dominées de ses membres au sein des rapports de genre.

> MANON BONNET : […] Il y avait le groupe des gens super bien dans leur peau, et bon, ce n'était pas mon groupe, quoi. Et donc, oui, ça passait pas uniquement par ça, mais par le fait que j'avais un groupe qui m'a aidé pas mal… à écrire des poèmes tristes, avoir des chagrins d'amour écrasants, vivre les choses intensément, ce qui, en fait, est un des symptômes. Mais là, c'était un peu généralisé parce que… Je ne sais pas, c'était un genre de… Je ne sais pas trop comment dire… de personnalité du groupe. Ouais, nous, on est trop intenses et tout, les émotions, les pensées, c'est vachement important dans la vie. Et comme il y avait aussi ce truc de se dire : on est inadapté·es au monde, nous, on n'est pas les populaires et tout ça, souvent, il y avait une espèce de pathologisation qui était cherchée à côté, quoi.
>
> IG : Et ce groupe, il était composé de qui ?
>
> MANON BONNET : Alors, ça a pas mal bougé mes groupes d'ami·es quand j'étais au lycée, mais à ce moment-là, c'était… Alors, c'était mixte, mais je ne sais pas, on va dire qu'on devait être une dizaine et que sur les trois garçons, il y en avait un de gay et un… un qui était hétéro, mais qui n'était clairement pas dans les… dans les… dans les normes de genre, il était tout petit, tout maigre, il n'avait pas mué, en fait, au lycée. Donc, je ne sais pas si ça joue. Et sinon, ouais, c'est que des filles, enfin, le reste des filles, quoi.

[1083] Sur les 30 entretiens, ce type de rencontre a été rapporté par 11 personnes.
[1084] Rencontrée en ligne. Pas de médicaments.

Selon Manon Bonnet, son groupe était un peu le « *cliché des littéraires* » : « *on est contre la société, on a les cheveux roses et on fume des pétards après les cours* ». Plusieurs personnes s'automutilaient et l'une d'entre elles « *avait une gigadépression adolescente* ». C'est à la suite de recherches menées pour aider cette dernière que Manon Bonnet et ses ami·es découvrent le trouble *borderline*. Cette catégorie correspondait alors pleinement à la « *personnalité du groupe* » : « *En lisant les symptômes, on se disait, mais c'est nous quoi.* » Après ce moment de recherche collective qui débouche sur la rencontre d'un terme qui permet de désigner la « *personnalité* » de ce groupe d'ami·es en décalage avec les attentes et normes lycéennes dominantes, Manon Bonnet oublie pendant plusieurs années ce diagnostic, jusqu'au moment où elle se retrouve dans une « *grosse période dépressive* ».

> MANON BONNET : Donc beaucoup plus tard, en 2017, j'étais dans une grosse période dépressive pour d'autres raisons. Et bon, je voyais bien, je ne sais pas comment dire, mais qu'il n'y avait pas que la dépression, qu'il y avait des choses qui ne correspondaient pas du tout à ce que j'en connaissais. Et à force de… Déjà, souvent, quand je lisais des trucs, donc, en fait, à ce moment-là, je me suis mise à plus m'intéresser à tout ce qui était santé mentale. Surtout qu'à côté de ça, j'avais une amie qui s'est retrouvée sur le spectre autistique, une autre qui se demandait s'il y avait une schizophrénie. Donc, bon, on s'intéressait à toutes ces choses-là. Et du coup, c'est vrai que quand je suis retombée sur la description des symptômes, je me suis dit c'est vrai que c'était quand même assez… ça me parle, quoi. Et après, j'ai regardé une série qui s'appelle *Crazy Ex-Girlfriend*. […] Et j'aimais bien. Et c'est vrai que ça m'est arrivé de… de me reconnaître pas mal dans le personnage. Et du coup, quand elle s'est fait diagnostiquer, je me suis dit, bon, ça fait quand même plein de fois que je tombe sur ce truc. Il faudrait que je creuse plus, quoi. Donc, on peut dire qu'il y a eu une période d'auto-diagnostic avant de chercher un diagnostic final, quoi.

Cette redécouverte du diagnostic, qui cette fois ne sert pas seulement à décrire un style de vie lycéen, s'inscrit à la croisée de trois dimensions : une souffrance dont le simple terme de dépression ne suffit pas à rendre compte, une quête concernant les troubles psychiques et la santé mentale qu'elle partage avec ses amies, ainsi que des consommations culturelles, ici la série *Crazy Ex-Girlfriend*. Cette série a été plusieurs fois évoquée durant les entretiens réalisés et elle a fait l'objet de plusieurs discours publics comme dans cet épisode du podcast « Après la pluie » de *Binge audio*, qui donne la parole à Pauline.

> « Après une enfance et une adolescence troublées par des problèmes de comportement, Pauline s'est décidée à consulter à la mort de son chat. Mais c'est grâce à la série *Crazy Ex-Girlfriend* qu'elle a compris qu'elle souffrait d'un trouble de la personnalité limite – aussi appelé trouble borderline. Passée par de nombreux·ses psychanalystes, psychiatres et psychologues, elle raconte comment l'établissement de son diagnostic

> lui a permis d'ouvrir ses horizons, de faire communauté, et de trouver des solutions pour aller mieux[1085]. »

La série *Crazy Ex-Girlfriend* met en scène l'histoire de Rebecca, une avocate qui travaille initialement dans un prestigieux cabinet new-yorkais. À la suite d'une rencontre fortuite avec Josh, un amour de jeunesse, ce dernier lui apprend son déménagement imminent pour une petite ville de Californie. Rebecca, à qui l'on vient de proposer de devenir associée de son cabinet d'avocat, décide sur un coup de tête de déménager dans cette même ville. La suite de la série évoque les péripéties de Rebecca, et une place centrale est consacrée aux questions de santé mentale. Durant la saison 3 de la série, Rebecca est finalement diagnostiquée avec un trouble *borderline* (*Cf. encadré n° 5*).

[1085] Binge Audio, *J'ai tout compris en regardant « Crazy Ex-Girlfriend » - Après la pluie*, https://www.binge.audio/podcast/apreslapluie/jai-tout-compris-en-regardant-crazy-ex-girlfriend, (consulté le 19 avril 2024).

Encadré n° 5 : La rencontre du diagnostic de Rebecca dans *Crazy Ex-Girlfriend* (Saison 3, épisode 6 « Josh is irrelevant »)

Au début de cet épisode, Rebecca est hospitalisée à la suite d'une tentative de suicide. Elle a avalé l'intégralité d'une boîte de médicaments. Cette tentative de suicide fait suite à une dispute avec Josh et s'inscrit dans la continuité des enjeux de santé mentale évoqués dans cette série. Rebecca est alitée dans une chambre d'hôpital. Paula, sa meilleure amie, est présente dans la chambre. Deux autres amies, Heather et Valencia, sont installées dans la salle d'attente. Durant une discussion avec Paula, Rebecca lui dit qu'elle n'a pas voulu mourir, mais voulait plutôt que la souffrance cesse. Avant sa sortie de l'hôpital, le Dr Shin, le psychiatre qui la suivra désormais, fait un point dans la chambre d'hôpital pour expliquer la suite de la prise en charge.

REBECCA : OK, docteur, dites-moi ce que je dois faire… Première question : combien de médicaments vais-je prendre ? Et quel sera le dosage quotidien ? Parce que les médicaments que l'on m'a prescrits m'ont engourdie ou endormie.

DR SHIN : Votre protocole de traitement ne sera pas centré sur les médicaments.

REBECCA : Attendez, quoi ?

PAULA (MEILLEURE AMIE) : Oui, comment est-elle censée aller mieux sans médicaments ?

DR SHIN : Il y en aura peut-être, mais ce n'est pas la priorité. Rebecca, vous avez été mal diagnostiquée ces dernières années. C'est pour ça que c'est si difficile. Je pense qu'avec le bon diagnostic et un traitement, vous irez beaucoup mieux.

REBECCA : Vous avez un nouveau diagnostic ? Pas d'anxiété, de TOC, de dépression ou d'autres trucs vagues. Mon Dieu, qu'est-ce que je suis ?

DR SHIN : Excellentes questions, mais n'allons pas trop vite. Nous allons reparler de tout ça, et des étapes de guérison tout à l'heure à la clinique.

REBECCA : Waouh, c'est énorme.

DR SHIN : À tout à l'heure [il sort de la chambre]

REBECCA : Paula, tu as entendu ce qu'il a dit ? J'ai un nouveau diagnostic. Il a ouvert un avenir de possibilité pour moi. Un nouveau chemin pour ma vie.

Après ce dialogue s'ouvre une scène musicale où Rebecca chante une ode au diagnostic. L'air de la musique est exaltant, et il transmet la sensation de soulagement que ressent Rebecca vis-à-vis de l'optique d'avoir enfin un diagnostic. Cette scène, qui n'est pas exempte d'ironie quant à la volonté de Rebecca d'être mise dans une case diagnostique et qui décrit un vécu d'errance diagnostique, permet la transition de la chambre d'hôpital au bureau du Dr Shin où un nouveau dialogue commence.

DR SHIN : Il est important de se rappeler qu'aucun diagnostic n'est simple ni exhaustif. Il est important de ne pas faire de recherches diagnostiques en ligne avant le début du traitement.

REBECCA : Entendu. Je ne chercherai rien. Je suis sérieuse. Je m'en tiendrai aux recommandations.

DR SHIN : Rebecca, je remarque comme vous êtes énergique. Ce n'est pas rare après une tentative de suicide.

REBECCA : Trop énergique. Désolée. Je suis calme, maintenant. […]

DR SHIN : D'après la conversation avec le docteur Akopian [la psychologue habituelle de Rebecca] et nos entrevues à l'hôpital, je pense que, bien que vous ayez des symptômes d'anxiété, de dépression, de Troubles obsessionnels compulsifs, et possiblement de Stress post-traumatique…

REBECCA [EN COUPANT LE PSYCHIATRE] : Je savais déjà. Vous avez parlé d'une nouvelle chose.

DR SHIN : Je suis encore en train de parler.

REBECCA : Pardon.

DR SHIN : Je pense que vous manifestez de nombreuses caractéristiques du trouble de la personnalité *borderline* (*Borderline personality disorder)*.

REBECCA : Waouh, ok… euh… Première question : qu'est-ce que c'est ?

DR SHIN : Une personne avec un TPB (*BPD*) est quelqu'un qui a du mal à réguler ses émotions. Quelqu'un qui n'a pas la peau émotionnelle protectrice (*protective emotional skin)* pour se sentir à l'aise dans ce monde.

REBECCA : Waouh. Questions : Comment ai-je eu le TPB ? Ça se soigne ? C'est grave ? Est-ce facile à régler ? Est-ce que c'est génétique ? Est-ce que ça vient de ma mère ? Ça vient d'elle… […]

Le Dr Shin lui dit qu'ils en parleront en thérapie et lui propose une séance de psychothérapie de groupe. Une nouvelle scène s'ouvre : Rebecca est assise dans des toilettes, penchée sur son téléphone portable, et réalise des recherches en ligne malgré l'interdiction du psychiatre. À la question « qu'est-ce que le trouble de la personnalité borderline ? », Rebecca tombe sur quelques réponses : « un des diagnostics les plus stigmatisés », « le traitement dure souvent toute une vie », « Plusieurs psychiatres refusent de traiter les patient·es avec un TPB », « Les troubles de la personnalité sont parmi les plus difficiles à traiter », « le traitement est lent et souvent difficile », « 10 % des personnes souffrant de TPB finissent par se suicider ». La scène se clôture sur un plan de Rebecca qui lève les yeux au ciel et répète : « non, non, non… ».

Rebecca, qui est toujours accompagnée de Paula, arrive ensuite chez Heather chez qui se trouve également Valencia.

[…]

REBECCA : En gros, j'ai reçu le pire diagnostic qui soit. Je le déteste vraiment. C'est le trouble de la personnalité *borderline*. J'ai lu deux phrases là-dessus et c'était les pires et je ne veux pas en savoir plus. C'est juste horrible [elle fond en larmes]. […] Je n'ai pas de maladie, j'ai un trouble de la personnalité. Ce n'est pas quelque chose que j'ai, c'est ce que je suis. Je l'ai craint toute ma vie, je suis cassée.

Paula lui dit que si elle n'aime pas ce diagnostic, elle devrait demander un second avis. Elle propose à Rebecca d'aller voir le Dr Akopian, sa psychologue habituelle qui la connaît mieux que le Dr Shin. Rebecca et Paula se rendent au cabinet du Dr Akopian, puis entrent alors que cette dernière est en pleine consultation avec un patient. Ce dernier laisse sa place à Rebecca, malgré les protestations de la psychologue.

[…]

DR AKOPIAN : Rebecca, c'est extrêmement déplacé.

REBECCA : Désolée, mais c'est une urgence. J'ai été mal diagnostiquée.

PAULA : Oui. Ils lui ont parlé d'un truc de personnalité.

REBECCA : Et je sais que le Dr Shin vous a consultée, mais il a dû vous pousser à faire ce diagnostic en faisant du *mainsplaining*.

DR AKOPIAN : Rebecca, avez-vous parlé au Dr Shin ? Êtes-vous allée en thérapie de groupe ?

REBECCA : Non, parce que je ne veux plus en entendre parler. Je sais que c'est faux. Donnez-moi un autre truc, donnez-moi quelque chose que vous voulez me donner, ce sera mieux.

DR AKOPIAN : [soupire]

[…]

DR AKOPIAN : J'ai l'impression que vous n'avez pas d'informations exactes sur le TPB. Le Dr Shin vous a demandé de ne pas regarder en ligne, mais je vous soupçonne de l'avoir fait.

REBECCA : Et alors, oui, je l'ai fait.

DR AKOPIAN : Ok. Et si on regardait une nouvelle fois la liste, pour voir si des choses résonnent.

PAULA : Quelle liste ?

DR AKOPIAN : Pour déterminer si quelqu'un a un TPB.

PAULA : On dirait des devoirs, tu aimes les devoirs ? [Rebecca hoche de la tête de manière indéterminée] On écoute et on voit ce qu'on pense. Je suis là, juste à côté de toi.

DR AKOPIAN : […] Pour recevoir un diagnostic de TPB, il faut avoir au moins cinq des neuf tendances suivantes. Gardez l'esprit ouvert. [Dr Akopian énonce la liste des critères du DSM, après la lecture de chaque critère, des flashbacks de scènes de la série représentant Rebecca dans des situations similaires aux critères apparaissent]. La première est : « graves sautes d'humeur » [scène de flashback] « peur profonde de l'abandon » [scène de flashback] « relations instables » [scène de flashback] « sens instable de l'identité » [scène de flashback] « Paranoïa ou crise de dissociation » [scène de flashback] « colère excessive et fréquente » [scène de flashback] « sentiment de vide » [scène de flashback] « comportement impulsif » [scène de flashback] et enfin, « Tentatives ou menaces de suicide récurrentes ».

REBECCA : Oh mon dieu.

PAULA : Je sais. Complètement à côté de la plaque.

REBECCA : Paula… c'est mon portrait. Je n'en ai pas cinq, j'en ai neuf.

De retour chez Heather, Rebecca retrouve ses amies qui lui demandent si elle a un nouveau diagnostic. Elle répond que c'est le même et qu'il est correct.

REBECCA : Je suis officiellement médicalement entre guillemets folle.

PAULA : Personne n'a parlé de folie

Rebecca remercie ses amies, et va se coucher. […]

L'épisode se clôture sur une discussion dans laquelle est évoqué Josh. Rebecca dit alors que tout cela n'a rien à voir avec lui, et prononce la phrase qui donne le titre à l'épisode : « Josh est hors sujet » (*Josh is irrelevant*).

La rencontre du diagnostic par Manon Bonnet est celle qui rend le plus explicite le rôle de la socialisation à la culture psychologique ainsi que des sociabilités par lesquelles se diffuse cette culture. Parmi mes enquêtées, d'autres personnes ont découvert également le diagnostic à partir de discussions avec des ami·es. Margaux Viguier[1086], libraire anarchiste et militante antipsychiatrique de 28 ans, a rencontré le diagnostic dix ans auparavant lors de discussions avec une de ses amies québécoises. Charlène Salaun[1087], étudiante en école de travail social de 24 ans, a également découvert le diagnostic lorsqu'une de ses amies lui a dit qu'elle était « *borderline* » et qu'elle devrait consulter une psychologue. Le début de suivi psychologique qui s'ensuit confirmera alors le diagnostic. D'autres rencontres sont également le fruit d'une socialisation à la culture psychologique qui engendre des recherches personnelles sur internet ainsi qu'à partir d'articles et d'ouvrages psychologiques. C'est par exemple le cas d'Ombeline

[1086] Rencontrée en ligne. Médicaments évoqués en entretien : neuroleptiques.
[1087] Rencontrée en ligne. Médicaments évoqués en entretien : anxiolytiques.

Robic[1088], qui venait de passer un bac littéraire au moment de notre entretien. Sa mère était suivie pour un trouble bipolaire et s'est vue proposer, à un moment de sa trajectoire, le diagnostic de trouble *borderline* qu'elle a refusé. Ombeline Robic a réalisé des recherches personnelles sur internet à partir du mot clé « *sensation de vide* », et s'est retrouvée dans le trouble *borderline*.

Les rencontres dans le cadre de sociabilités à partir desquelles se diffuse la culture psychologique, ou à travers des recherches diagnostiques exclusivement personnelles, se déroulent généralement durant l'adolescence, tandis que les rencontres par la psychiatrie, et même lorsqu'elles se réalisent après-coup durant la lecture des dossiers psychiatriques, ont lieu plus tardivement. En ce qui concerne les types de rencontre en fonction des modalités de recrutement des personnes enquêtées : sur les 8 patientes de l'*HDJ borderline* interviewées, 5 ont rencontré le diagnostic par la psychiatrie et 3 dans le cadre de recherches personnelles et de sociabilités marquées par la culture psychologique ; sur les 3 personnes rencontrées dans le cadre de la formation de pair-aidance, 1 a rencontré le diagnostic par la psychiatrie, 1 par la psychothérapie et 1 dans le cadre de sociabilités (une amie psychiatre lui a dit qu'elle était *borderline*) ; sur les 18 personnes recrutées en ligne ou par interconnaissance, 10 ont rencontré le diagnostic par la psychiatrie, 1 par la psychothérapie, et 7 par des recherches personnelles et/ou des sociabilités. Enfin, Baptiste Dubois, qui est la seule personne que j'ai rencontrée par le biais de son psychothérapeute, a rencontré le diagnostic dans le cadre de cette psychothérapie.

Les différentes manières de découvrir le diagnostic permettent d'éclairer les socialisations différenciées à la culture psychologique ainsi que certaines variations en termes de trajectoires de maladie. Ces modalités de rencontre du diagnostic indiquent effectivement en creux une variation du degré de sévérité des troubles que la catégorie diagnostique vient nommer : une rencontre par la psychiatrie indique la présence de symptômes jugés plus sévères qu'une rencontre par la psychothérapie et, *a fortiori*, qu'une rencontre dans le cadre de sociabilités et de recherches personnelles. Les rapides descriptions des contextes dans lesquels prennent place ces rencontres (rupture amoureuse, dynamiques de masculinité, positions minoritaires de genre, etc.) dévoilent également le rôle central des rapports de genre dans la probabilité de rencontrer cette catégorie diagnostique.

[1088] Rencontrée en ligne. Pas de médicaments.

1.2. Un outil culturel pour comprendre l'incapacité à dominer une partie de soi

Comme on l'a vu dans le cadre de *l'HDJ borderline*, les comportements perçus comme problématiques et source de souffrances (crises de colère, automutilations, tentatives de suicide, troubles alimentaires, difficultés relationnelles, etc.) découlent d'un sentiment de décalage avec le monde qui les entoure.

> AGATHE BOUILLOT[1089] : En fait, pour moi, c'est l'humain qui a un problème. Et comme la plupart des *borderline*, on a l'impression qu'en fait, on est en décalage avec le monde. Et que ce sont les autres personnes qui ont un problème, en fait.
>
> AMELIE ROUX[1090] : C'est pas facile parce que je me suis souvent sentie en décalage, souvent à part, souvent différente aussi avec le harcèlement scolaire que j'ai pu connaître au collège, mais c'est vrai que je suis un extraterrestre quelque part pour les gens.
>
> CHARLENE SALAUN : Il y a plein de choses, moi que je savais pas faire, que ma mère m'a pas appris, même comment se comporter avec les gens quand on a commencé à grandir en fait, moi je me suis sentie en décalage avec tout le monde.

En quoi consiste ce sentiment de décalage ? Répondre à cette question permet d'éclairer plus avant les circonstances dans lesquelles se déroulent les rencontres avec le diagnostic, et notamment le type de malaise et de souffrance que le trouble *borderline* peut nommer.

1.2.1. Des comportements qui engendrent de la honte et de la culpabilité

Les jugements négatifs concernant les comportements adoptés lors de « *crises* » sont omniprésents dans les entretiens réalisés. Les personnes soulignent que telle réaction, tel accès de colère, ou tel comportement sont particulièrement « *stupides* », comme par exemple pour Ombeline Robic.

> OMBELINE ROBIC : Mais je sais que c'est quelque chose qui est vachement fréquent chez les *borderline*, c'est qu'on se sent extrêmement stupide, en fait, quand on parle de nos réactions, parce qu'elles peuvent le paraître vraiment, comme quand on va se mettre dans des états qui peuvent paraître invraisemblables, comme se mordre jusqu'au sang, ce qui peut être complètement démesuré, en fait, ou se rouler par terre tant on est énervé, mais c'est quelque chose qu'on ne contrôle pas en fait.

Durant notre entretien, Éléa Jallaud explique que les échanges avec une de ses amies, qui se reconnait également dans le trouble *borderline*, lui permettent de se rendre compte du caractère

[1089] Rencontrée à l'*HDJ borderline*. Médicaments évoqués en entretien : antidépresseurs.
[1090] Rencontrée à l'*HDJ borderline*. Médicaments évoqués en entretien : antidépresseurs (Zoloft - Sertraline), neuroleptiques (Ketiapine, Abilify, Loxapac).

« *insensé* » et « *débile* » de ses réactions et de la « *pousser vers la guérison* ». Je l'interroge alors sur ce jugement.

> IG : Quand tu dis des choses débiles, insensées, pourquoi tu dis ça ?
>
> ÉLEA JALLAUD : parce qu'il y a des choses qu'on fait, on sait que c'est insensé. On parlait par exemple du fait de, par exemple, t'es énervée par quelqu'un et tu lui envoies une centaine de messages ultras longs, tu l'insultes ou tu dis à quel point ça va pas, ou des trucs comme ça. Et on parlait de ça et on se disait qu'à ce moment-là t'as un truc dans la tête qui te dit de pas le faire, mais tu le fais quand même. Ce genre de truc là, se rendre compte entre nous même, se dire l'une en face de l'autre : ouais bon des fois on abuse, mais on a quand même ça, ça, ça et ça qui sont des plus quoi. Parce qu'on parle des plus aussi.

Ces jugements peuvent être en partie compris comme le résultat de la normativité produite par la situation d'entretien, où les personnes évaluent la légitimité de leurs actions en fonction des attentes sociales qui s'actualisent durant l'interaction. Ils s'articulent néanmoins avec une omniprésence du registre de la honte et de la culpabilité dans les récits, indiquant que ces jugements débordent en réalité du seul cadre de l'entretien sociologique.

Ces sentiments de honte peuvent provenir de choix de vie perçus comme impulsifs et incompréhensibles. Charlène Salaun, qui a décidé sur un coup de tête de partir vivre à l'étranger et qui s'est mariée au bout de deux mois de relation, pour ensuite divorcer quelques mois plus tard, m'explique qu'il était alors difficile d'envisager un retour en France : « *En fait j'avais tellement un sentiment de honte de m'être mise dans des situations comme ça.* » Ces sentiments sont également suscités par des « *crises* » caractérisées comme des moments de colère, de violences, ou encore de prises excessives de médicaments. Ombeline Robic m'explique ainsi sa honte vis-à-vis de surréactions par rapport à des choses qu'elle juge pourtant futiles.

> OMBELINE ROBIC : C'est quelque chose qui est vachement honteux, en fait, quand je suis énervée. Et puis, c'est pas facile de l'expliquer parce que ça semble tellement surréaliste et puis invraisemblable de réagir aussi fort pour quelque chose qui a pas d'intérêt en soi, qui a pas autant d'intérêt que ça.

Cette honte peut dans certains cas amener à éviter certains endroits, notamment le travail ou le lieu d'étude. C'est ce que me raconte Mathias Villeneuve[1091], qui a 28 ans et est en transition F To M au moment de notre entretien. Il a commencé par éviter le lycée à cause de ses crises pour finalement arrêter sa licence quelques années plus tard.

> MATHIAS VILLENEUVE : Au lycée, ça a empiré au point où, bah, j'allais plus vraiment en cours parce que j'avais honte d'avoir des crises en public. […] Puis, plus les crises ont empiré, et plus j'avais honte de moi, c'est-à-dire plus j'avais honte qu'on me voie

[1091] Rencontré en ligne. Médicaments évoqué en entretien : anxiolytiques (Atarax), antidépresseurs.

> en fait, et plus j'ai intégré une sorte de manque de confiance en moi, une mauvaise estime de moi. Et par la suite, c'était toujours la même rengaine, quand j'allais mal, je me coupais et je restais enfermée chez moi, et petit à petit, j'ai juste quitté la fac. »

Ces sentiments peuvent aussi empêcher la parole lors de séances de psychothérapie. Suzanne Barbet explique ainsi la honte qui l'empêchait de raconter à son psychologue les « *états* » dans lesquels elle pouvait se mettre.

> SUZANNE BARBET : […] il y avait certaines choses que je ne disais pas. J'ai longtemps été dans un blocage dans les entretiens et à omettre de dire vraiment pas mal de choses ou alors aller dire six mois plus tard ou un an plus tard. J'ai beaucoup été dans le secret même vis-à-vis des soignants, et très souvent je ne montrais pas que ça n'allait pas. Ce qui faisait qu'ils me comprenaient encore moins bien.
>
> IG : Et ça touchait quel sujet ces choses que tu ne disais pas ?
>
> SUZANNE BARBET : Les états dans lesquels je me mettais quand ça n'allait pas. C'était des anecdotes entre guillemets, si on peut parler d'anecdotes, c'est là que j'avais honte de ce qui s'était passé.

Cette honte peut également être verbalisée pendant l'entretien sociologique, où certaines personnes ont été mal à l'aise de décrire leurs moments de crise. Durant notre entretien, et alors qu'Élodie Guitard[1092] vient de me dire que ses « *crises* » engendraient des prises excessives de médicaments, je lui demande de me raconter ce type de moment. Après une description abstraite et générale de ce type de situation, je la relance et lui demande de me raconter la dernière fois que cela lui est arrivé.

> IG : Est-ce que tu peux m'expliquer une situation où ça t'est arrivé de prendre trop de médicaments ?
>
> ÉLODIE GUITARD : Ouais, en fait ça m'arrive très souvent quand je fais une erreur. Par exemple, je sais pas, alors j'ai pas d'exemple en particulier parce que c'est pas arrivé depuis un petit moment, mais si je fais une erreur, c'est-à-dire on a un conflit, et il me fait une remarque et je me rends compte que j'ai tort.
>
> IG : Qui ça « il » ?
>
> ÉLODIE GUITARD : Mon copain. Il me fait une remarque et je me rends compte que j'ai tort et j'arrive pas à gérer ça en fait, me rendre compte que j'ai fait une erreur et j'arrive pas à le gérer, parce qu'il y a toute une… je me rends pas forcément compte tout de suite que j'ai fait une erreur, mais je me sens coincée en fait, je me dit : « mince j'ai mal agi, etc. », et du coup j'ai envie de me calmer, je suis dans un état de panique incroyable et du coup je prends une double ou triple dose de cachets pour pouvoir dormir en fait.

[1092] Rencontrée en ligne. Médicaments évoqués en entretien : antidépresseurs (Zoloft), thymorégulateur (Tégrétol), antipsychotique (Tercian), anxiolytiques (Xanax).

> IG : Et là tu me dis que ça fait longtemps que ça n'est pas arrivé, mais c'était quoi la dernière fois ?
>
> ÉLODIE GUITARD : Ouais, pour le coup c'était pas une erreur, c'était une frustration en fait, donc c'est absolument ridicule à raconter donc j'ai un peu honte[1093].

Ces situations de crises sont donc décrites comment honteuses et source de culpabilité. Ces descriptions permettent de saisir que les comportements sont adoptés malgré elles, comme si une partie d'elles-mêmes, qu'elles n'arriveraient pas à maîtriser, s'exprimait. On retombe ici sur la définition de la déviance émotionnelle, résultat d'échecs du travail émotionnel et donc d'une incapacité à dominer une partie de soi. La catégorie diagnostique, ainsi que les prises en charge spécialisées, constituent ainsi des propositions de mise en sens de cette incapacité.

1.2.2. Les crises : des réactions excessives aux sentiments d'injustices ?

À l'image d'Élodie Guitard, qui évoque spontanément son copain lorsqu'elle aborde ses « *crises* », la plupart des personnes rencontrées rattachent les moments de crises à leurs relations amoureuses. De nombreux récits évoquent effectivement les enjeux liés à la cohabitation lorsqu'il est question de l'origine des crises, notamment en termes de répartition de tâches domestiques. Se retrouvent également les moments de ruptures ou des relations décrites comme « *abusives* » avec des hommes « *manipulateurs* ». Un second foyer des « *crises* » est l'espace professionnel, où les relations avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques entraînent des réactions décrites comme excessives. Ces deux situations types, qui peuvent s'élargir aux relations familiales ou amicales, ne sont pas anodines. En effet, les récits des crises évoquent systématiquement des relations qui s'inscrivent dans des rapports de pouvoir et de domination, où s'actualisent l'ordre du genre et l'organisation sexuelle du travail, notamment domestique lorsqu'il est question de relations amoureuses, ou encore des rapports d'autorité sources de violences.

Dans quelques entretiens, les personnes identifient explicitement ce lien entre « *crises* » et des vécus d'injustices ou de violence. C'est par exemple le cas de Mathias Villeneuve qui me raconte comment sa réaction face à une remarque à caractère sexuel de son tuteur de stage l'a amené jusqu'à une hospitalisation en psychiatrie. Il réalisait ce stage avant sa transition de genre, dans sa ville d'origine en Guadeloupe.

> MATHIAS VILLENEUVE : Et donc, j'avais un stage dans une boutique de ma ville. Et, en fait, quand j'arrive au bureau, mon tuteur de stage me fait une remarque à caractère

[1093] Il s'agissait d'une situation où elle souhaitait jouer à un jeu vidéo sur l'ordinateur alors que son copain l'utilisait.

sexuel, en fait, vis-à-vis de ma tenue. Et j'étais en colère toute la matinée. Et quand il y a mon collègue de stage qui arrive, il me demande encore… Enfin, il voit que je suis énervé, il me demande pourquoi je suis énervé. Bon, je lui explique. Il me dit, oui, mais en même temps, c'est normal parce que les hommes-ci, les hommes-ça, et là, je m'énerve en fait. Et là, je pète un câble. Je m'énerve et… et j'en ai marre, en fait. Je commence à gueuler et tout. Là, j'ai une crise. Mais en même temps… Là, je suis en colère. Je suis encore lucide. Et c'est vraiment après, en fait, quand je sens que là, je ne peux plus contenir ma colère et que je commence à frapper partout et que… Enfin, je commence à mettre des coups de poing dans les murs. Et ça me fait même pas mal, en fait. C'est ça, le pire. Donc, je continue et je… Je gueule sur tout le monde. Je dois dire que j'en ai marre qu'on ne me respecte pas, en fait. Que j'en ai marre qu'on ne me voit pas comme un être humain et que ça me saoule. Et là, j'avale ma plaquette de Xanax. Parce que… Je ne sais pas, parce que… Parce que je ne sais pas ce que je fais, en fait. Et après, je pars du stage. Enfin, je pars. Et je vais me poser quelque part. Et je fume un joint. Sauf que, du coup, j'avais avalé une plaquette de Xanax. Donc, quand je finis par me lever, je me sens pas bien et je vais chez le médecin. Et je dis au médecin que je ne veux absolument pas aller à l'hôpital. Est-ce que c'est possible qu'il m'emmène chez moi, en fait ? Parce qu'en Guadeloupe, on va dire, bon, là où est ma ville, c'est une petite ville, tout le monde se connaît […]. Sauf que le gars, en fait, il voit que, visiblement, j'ai l'air drogué et il ne veut pas m'aider. C'est incroyable. Et donc, je lui raconte ce qui se passe et il ne m'écoute pas. Et lui, tout ce qui l'intéresse, c'est de savoir, en fait, à quel point je suis drogué. Mais il ne veut pas savoir pourquoi je suis drogué dans un premier temps. Et donc, à un moment, il me dit de m'allonger sur le truc. Enfin, j'ai oublié comment ça s'appelle, le petit lit-là, qu'il y a dans le machin. Bref, donc, il y a l'infirmière qui vient me voir et je lui parle. Et pendant que je lui parle, je m'endors, en fait. Et quand je me réveille, je suis à l'hôpital. Je suis aux urgences. Il fait nuit. Je n'ai rien du tout. Je n'ai pas de téléphone. Je n'ai pas de sac à dos. Je vois que je n'ai rien du tout et je ne comprends pas ce qui se passe. Je ne comprends pas ce qui m'arrive. Je ne sais pas, en fait, ce qui s'est passé. Donc, je vois des psychiatres qui n'arrêtent pas de remettre en question ma parole, déjà. Et ça, ça m'énerve. Je dis que j'ai des problèmes à gérer le monde qui m'entoure à cause de la dépression, à cause de tout ça. […] Bref, je finis avec les psy qui m'énervent et je vais dans ma chambre, et je me dis : mais je suis paumé parce que je n'ai rien à faire, en fait. Et si je ne peux rien faire avec mes mains, si je n'ai pas au moins un truc dans mes mains, je me sens perdu. Donc je n'ai pas de téléphone, je n'ai pas de cahier, je n'ai rien pour écrire, je n'ai rien du tout. Donc, je demande au téléphone pour appeler ma mère pour qu'elle m'emmène quelque chose. Sauf qu'il est trop tard et je ne sais pas quoi. Là il y a un truc qui se brise en moi, en fait. Et je pète un câble. Pendant que je suis au téléphone avec ma mère parce qu'elle me dit qu'elle ne peut pas venir. Et moi, ça m'énerve parce que je me dis : mais comment je vais faire ? Je n'arrive pas à me projeter demain. Là, pour moi, c'est l'immédiat. Et dans l'immédiat, il faut que j'aille bien, en fait. Et tout le monde s'en fout que je n'aille pas bien tout de suite. Et donc, je pète un câble pendant que je suis au téléphone avec ma mère et j'éclate le téléphone par terre. Je commence à crier et je ressens toute la frus… C'est comme si j'avais une boule, en fait, dans ma poitrine et il faut que ça s'ouvre, quoi. Donc, je crie pour dénouer quelque part le nœud. Et je balance la table. J'ai une crise, quoi. Et c'est là qu'il y a les infirmiers qui arrivent et tout. Ils sont au moins 100, je ne sais pas, mais ils sont beaucoup. Et on m'attrape et on me met sur le lit et on m'attache, mais n'importe comment. J'ai un bras tordu, j'ai un bras dans je ne sais pas quel autre sens. Et on me pique, en fait, pour que je m'endorme. Et je m'endors n'importe comment.

> Et le lendemain, je me réveille, j'ai l'épaule, mais… En fait, j'ai dormi avec le bras retourné toute la nuit, quoi. Et c'était horrible. Et… J'ai été… Enfin, c'est… ça m'a traumatisé, en fait. J'ai déjà eu des crises de colère, par exemple dans la clinique [nom de la clinique]. Et jamais on m'a fait ça. À chaque fois, c'est à l'hôpital public que je me retrouve attaché à un lit et traité n'importe comment, comme un animal, en fait. Et c'est pour ça que j'ai peur des pompiers, parce que je sais que si les pompiers ils arrivent, déjà, les pompiers, ils sont aussi violents que les infirmiers. Et je sais que si les pompiers ils arrivent, ben on va me foutre à l'hôpital public et je vais… Et je vais mourir. Enfin, je sais pas si je vais mourir, mais c'est sûr que je vais essayer d'attenter à ma vie. Parce que j'ai absolument pas envie d'y aller. Genre, j'ai plus peur d'aller à l'hôpital que de mourir limite.

Ce passage de l'entretien, cité extensivement, permet de saisir le lien tissé dans le récit de Mathias Villeneuve entre un vécu d'injustice (un commentaire sexiste qui lui donne l'impression de ne pas être considéré comme un être humain) et son hospitalisation qui est à la source de violences institutionnelles décrites comme traumatisantes et qui l'a amené, aux côtés d'autres expériences d'hospitalisation, à une peur de la psychiatrie publique. Cet extrait permet également de saisir les origines et les logiques des « *crises* », en termes de ressentis et de comportements que ce terme présuppose chez les personnes rencontrées. Alors que pour la majorité de ces dernières, les crises sont décrites comme « *débiles* » et « *insensées* », Mathias Villeneuve souligne quant à lui la légitimité de son comportement. Ce sentiment de légitimité n'efface pas pour autant la honte qu'il peut ressentir. En effet, la peur de faire des « *crises* » l'a amené à éviter les cours au lycée et arrêter une des licences qu'il avait commencées.

1.2.3. Le « super pouvoir » des émotions

Au sein des entretiens réalisés, et à l'image de Mathias V., les personnes m'ont décrit leurs crises comme une forme de puissance émotionnelle qui se dégagerait malgré elles, et qui entraînent des sentiments de honte et de culpabilité. Cette puissance émotionnelle n'est cependant pas toujours perçue de manière négative. Il s'agit également d'une forme de « *super pouvoir* » qui leur permet d'être sensibles à ce qui les entoure, de s'extasier des petites choses de la vie, ou encore d'être « *hyper-empathiques* », ce qui a notamment pu être évoqué durant un échange entre des patientes de l'*HDJ borderline*.

> SARAH DEMANGE : Je suis comme ça parce que je suis hypersensible… et donc parce que je suis malade.
>
> LAURIE DELPIERRE : Mais vois ça comme un super pouvoir !
>
> EMMA LAUNAY : J'ai une amie qui m'a dit que c'était comme un don[1094].

[1094] Journal de terrain, 29 septembre 2020.

Éléa Jallaud évoque également les avantages (« *plus* ») du trouble *borderline*. Après avoir énuméré les symptômes qui lui posent problème, cette dernière me dit qu'il y a néanmoins des « *aspects positifs* ».

> ÉLEA JALAUD : Après, je pense qu'il y a quand même beaucoup d'aspects positifs, on est quand même hypersensible pour le bon, ce qui fait que c'est pas toujours gênant d'avoir la maladie en vrai.

De la même manière, Amélie Roux explique qu'elle se sentait toujours *borderline* même lorsqu'elle pensait être « *guérie* ». Au moment de notre entretien, cette dernière, qui travaille en tant que Conseillère Principale d'Éducation, était prise en charge pour la seconde fois dans l'*HDJ borderline*.

> AMELIE ROUX : Je me dis quand j'allais bien, même si je trouvais que j'étais guérie, j'avais conscience d'être *borderline*, mais j'étais guérie dans le sens où ça ne me gênait plus dans ma vie quotidienne, et au contraire je trouvais que c'était une qualité.
>
> IG : Dans quel sens du coup ?
>
> AMELIE ROUX : Parce que je suis hyper-empathique et hypersensible, et que quand c'est bien manié, ce sont deux belles qualités, surtout dans mon métier notamment où on a beaucoup de relations humaines, ça me sert énormément. J'ai une écoute que je pense que peu de gens ont, et ça c'est une grande qualité et ça fait que je fais très bien mon travail.

Le trouble *borderline*, en tant que catégorie qui permet de rendre compte d'émotions vécues et perçues comme trop intenses, s'inscrit donc dans ce que Ian Hacking a nommé une « polarité culturelle[1095] » où l'hyperémotivité peut à la fois être dévalorisée et valorisée socialement : la surpuissance émotionnelle, source de crise, permettrait également d'avoir un rapport au monde qui est jugé de manière particulièrement positive.

Cette dimension amène alors certaines personnes à questionner les effets de « la société » sur des fonctionnements cognitifs et émotionnels jugés différents. Dans un cadrage que Nicolas Marquis retrouve au sein des réceptions des ouvrages de développement personnel[1096], la société est ici conceptualisée comme pathogène, comme un obstacle à la pleine réalisation de soi, et donc comme vectrice d'une répression émotionnelle. Pour ces personnes, se libérer des contraintes sociales qui pèseraient sur la sensibilité et l'émotivité permettrait à l'inverse des formes d'épanouissement et d'amélioration de la vie collective. C'est ce que m'explique Pascaline Bréant.

[1095] Ian Hacking, *Les Fous voyageurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en Rond, 2002.
[1096] Nicolas Marquis, *Du bien-être au marché du malaise. La société du développement personnel*, Paris, PUF, 2014.

> PASCALINE BREANT : Ça me pose vachement question. Ça rajoute un peu ce que je te disais tout à l'heure, c'est à dire que donc, je suis pas sûr, mais je suspecte le fait d'être Haut Potentiel dans le sens où il y a une… Bah je pense que c'est des facultés cognitives tu vois, c'est des facultés cognitives différentes. Cette capacité de se mettre en méta-cognition, d'avoir un fonctionnement, de s'éparpiller, de partir dans tous les sens, d'avoir une pensée en arborescence, tout ça c'est caractéristique du Haut Potentiel. Ça c'est cognitif, mais c'est au niveau émotionnel aussi : hyper-sensibilité, hyper-réactivité émotionnelle, etc. Donc moi, ce que je trouve intéressant là-dedans, c'est que, encore une fois, je pose la question par rapport à : est-ce que c'est un trouble ou en fait, est-ce que c'est des fonctionnements cognitifs, sensitifs, émotionnels différents qui, mal accueillis dans notre société hyper-normative, créent en fait ce trouble, tu vois.

Comme je le développerai, Pascaline Bréant croit en une ascension spirituelle et biologique de l'espèce humaine, qui serait de plus en plus sensible. Selon elle, l'acceptation sociale de cette hypersensibilité pourrait alors engendrer un monde meilleur.

Lorsqu'elles rencontrent la catégorie trouble de la personnalité *borderline*, la « problématique existentielle[1097] » des personnes se cristallise donc au sein de situations qualifiées de « *crise* ». Pour reprendre les mots de Mathias Villeneuve, ces situations sont caractérisées par la sensation que quelque chose se brise à l'intérieur de soi et par une boule d'énergie émotionnelle (notamment de colère) qu'il s'agirait d'expulser (par des comportements violents) ou de calmer (par la consommation de substances psychotropes ou des automutilations). Les comportements adoptés dans ces situations sont bien souvent, et sur le moment, jugés adéquats et légitimes, mais engendrent ensuite de la culpabilité et de la honte. On retrouve donc ici le même mécanisme que celui décrit dans le chapitre précédent. La catégorie diagnostique constitue un artefact qui fonctionne comme un « outil discursif[1098] » qui permet de qualifier un sentiment diffus de souffrances et qui offre de potentielles solutions pratiques à des difficultés existentielles. À la suite des travaux sur la déviance émotionnelle[1099], ce sentiment diffus de souffrance peut être interprété sociologiquement comme relevant d'une

---

[1097] Je reprends cette expression à Bernard Lahire, qui définit la « problématique existentielle » d'une personne comme le résultat d'un « parcours biographique [qui] charrie une série de "problèmes" qui dépendent des expériences faites dans les différents cadres de socialisation, et en tout premier lieu celui de la famille, suivi de près par l'école, le milieu professionnel et tous les groupes ou institutions fréquentés plus ou moins durablement par la personne. Ces situations-problèmes, vécues souvent comme des affaires tout à fait personnelles, dépendent pourtant des places occupées au sein des différents groupes ou institutions, des difficultés ou des obstacles rencontrés, des conflits, des tensions et des contradictions vécus du fait de la nature de ces expériences sociales. […] Les problèmes "personnels" ne sont rien d'autre que des problèmes liés aux conditions de la vie collective : à la structure familiale, à l'institution scolaire, au milieu professionnel, aux institutions religieuses, politiques, culturelles, etc. ». Bernard Lahire, *La part rêvée. L'interprétation sociologique des rêves, volume 2*, Paris, La Rencontre, 2021, p. 27.

[1098] Baptiste Brossard et al., « On the Social Existence of Mental Health Categories: The Case of Sex Addiction », *Social Problems*, 2023, p. 4.

[1099] P.A. Thoits, « Self-Labeling Processes in Mental Illness », art cit.

incapacité à dominer une partie de soi. Cette partie de soi s'activerait alors à la suite de vécus d'injustices et transgresserait les règles de sentiments d'une situation donnée. Cette puissance émotionnelle peut néanmoins être parfois jugée positivement. L'hypersensibilité et l'hyper-empathie sont vécues comme des « *dons* » ou des « *super pouvoir* », la capacité de s'émouvoir devant un simple coucher de soleil ou devant la beauté de la nature, deux exemples qui m'ont également été rapportés en entretien, serait autant de qualités qui vont de pair avec des souffrances émotionnelles. L'hyperémotivité au fondement de l'identification d'un trouble *borderline* s'inscrit dans une polarité culturelle qui conditionne l'existence des maladies mentales transitoires, selon Ian Hacking[1100]. Elle peut également susciter un mécanisme de retournement du stigmate[1101], où les personnes sont fières et revendiquent ce trait caractéristique de ce qu'elles et leurs entourages perçoivent pourtant comme un trouble.

1.3. Stratification de la catégorisation et valeur sociale des catégories de santé mentale

Les récits de rencontre du diagnostic évoquent bien souvent des catégorisations préalables et parfois postérieures à la catégorisation en termes de trouble *borderline*. En reprenant l'explication de sa psychologue, Charlène Salaun décrit ainsi comment le diagnostic de trouble *borderline* permet de désigner une myriade de difficultés qu'elle percevait auparavant de manière déconnectée.

> CHARLENE SALAUN : Pour ma psychologue, [*borderline*] c'est le mot qui me correspond pour me décrire en fait, parce que je pensais que j'avais plein de petits problèmes, mais en fait elle m'a dit que tous ces problèmes là ça se résumait en une seule chose et en un seul comportement quoi […]. Il y avait trop de petits morceaux de choses en fait et pour elle bah ça voulait dire que une seule chose quoi, ça voulait dire ça…

Dans la même idée, Eléa Jallaud mobilise quant à elle une métaphore qui illustre la capacité de ce diagnostic à devenir une ressource pour mettre en cohérence, au sein d'un récit unifié, des difficultés jusque-là perçues de manière fragmentée.

> ÉLEA JALLAUD : C'est comme si on filait des perles quoi, de base quand t'es *borderline*, tous ces trucs tu les ressens et c'est comme plein de perles qui sont éparpillées, partout sur le sol, et une fois que tu lis quelque chose qui t'explique le trouble en lui-même, c'est comme si […] d'un coup tu comprenais qu'est-ce que c'est

[1100] I. Hacking, *Les Fous voyageurs*, *op. cit.*
[1101] Erving Goffman, *Stigmate*, Paris, Éditions de Minuit, 1975.

> le cheminement en fait, parce qu'on se rend pas forcément compte que nos réactions elles sont liées en fait.

Ces extraits montrent une forme de stratification de la catégorisation des personnes qui découvrent le trouble de la personnalité *borderline*. Penser cette stratification permet premièrement de comprendre comment cette catégorisation met en cohérence un ensemble hétérogène de difficultés et de souffrances qui deviennent dès lors « discrétisées[1102] ». Les personnes me décrivent effectivement des automutilations, des tentatives de suicide, des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie), ou encore des consommations jugées excessives de substances psychoactives (principalement alcool, cannabis, cocaïne et ecstasy)[1103]. Cette pluralité de difficultés paraît difficilement abordable à partir d'une approche classique en termes d'étiquetage concernant le trouble *borderline*. En effet, quelle unité rassemble cet ensemble hétérogène de pratiques ? Ne pouvant ni se focaliser sur les automutilations (se blesser soi-même[1104]), les tentatives de suicide (se donner la mort consciemment[1105]), le comportement alimentaire (manger « trop », ne pas manger, se faire vomir[1106]), ou encore la consommation de substances psychoactives[1107], il apparaît davantage pertinent d'interroger la construction de la signification de cet ensemble de pratiques que l'on retrouve chez les différentes personnes qui découvrent le trouble *borderline*. J'ai ainsi opté pour une approche qui interroge les arrangements symboliques que suppose la qualification diagnostique, plutôt qu'une approche séquentielle en termes de carrière par exemple[1108]. Envisager cette stratification permet également de décrire comment les pratiques de catégorisation, qui ne sont pas exemptes de conflits, éclairent les valeurs sociales différenciées des catégories de santé mentale ; ce qui participe à reconstruire des hiérarchies sociales par la catégorisation[1109].

1.3.1. Catégorisations primaires, secondaires et tertiaires

Afin de rendre compte de ces différents niveaux des processus de catégorisation, je propose de différencier les catégorisations primaires, secondaires et tertiaires. Cette partition évoque la

---

[1102] J.-B. Comby et J. Pagis, « Introduction », art cit.
[1103] Voir chapitre 4. 3.1.2. Comportements étiquetés déviants dans les dossiers et les entretiens.
[1104] Baptiste Brossard, *Se blesser soi-même. Une jeunesse autocontrôlée*, Paris, Alma éditeur, 2014.
[1105] Emile Durkheim, *Le Suicide*, Paris, PUF, 1999.
[1106] Claire Scodellaro, Jean-Louis Pan Ké Shon et Stéphane Legleye, « Troubles dans les rapports sociaux : le cas de l'anorexie et de la boulimie », *Revue française de sociologie*, 2017, vol. 58, nº 1, p. 7-40 ; Muriel Darmon, *Devenir anorexique : une approche sociologique*, Paris, La Rencontre, 2008, 349 p.
[1107] Howard Saul Becker, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié, 1985.
[1108] Muriel Darmon, « La notion de carrière. Un instrument interactionniste d'objectivation », *Politix*, 2008, vol. 82, nº 2, p. 149-167.
[1109] J.-B. Comby et J. Pagis, « Introduction », art cit.

théorisation des processus d'étiquetage proposée par Robert M. Emerson et Sheldon L. Messinger[1110]. Je décale néanmoins ici le regard, en le focalisant moins sur les chaînes d'identification en fonction des acteurs et actrices qui participent de la solidification du processus d'étiquetage, que sur l'arrangement symbolique des catégories, et cela quelles que soit les personnes qui identifient les troubles – même si la source de la catégorisation a bien évidemment un effet quant à ce type d'arrangement.

Dans les entretiens que j'ai réalisés, les catégorisations primaires correspondent aux qualifications de pratiques listées précédemment (automutilations, tentatives de suicide, ne pas manger, se faire vomir, « trop » manger, consommation excessive de produits psychotropes, etc.). Les termes qui servent à les décrire peuvent ainsi être considérés comme des *catégories pratiques*, c'est-à-dire des catégories descriptives que l'on pourrait substituer par l'expression « le fait de… » (se donner la mort, ne pas manger, se blesser soi-même, etc.). Les catégorisations secondaires permettent quant à elles de mettre en cohérence un ensemble de catégorie pratiques. Elles proposent une explication causale et constituent en cela des *catégories diagnostiques*. Un troisième niveau de catégorisation peut être ajouté afin de nommer des catégories qui mettent en cohérence un ensemble de catégories pratiques *et* de catégories diagnostiques. Dans la plupart des entretiens, le trouble *borderline* peut ainsi être compris comme une catégorisation tertiaire ou une méta-catégorisation. Il permet bien souvent de mettre en cohérence un ensemble de pratiques jugées néfastes et source de souffrance, ainsi que des catégories diagnostiques qui servent à rendre compte d'une partie de ces pratiques, mais ne semblent pas suffisantes. Au sein de ces catégories diagnostiques potentiellement perçues comme insuffisantes, trois reviennent de manière récurrente : la dépression, l'hypersensibilité et le stress post-traumatique.

Le terme de dépression est actuellement un des idiomes de détresse hégémonique dans nos sociétés[1111], il permet effectivement de traduire dans un langage commun des souffrances psychiques qui sont loin de relever des mêmes raisons ou des mêmes formes, et qui prennent en réalité une dimension diffuse[1112]. Il n'est donc pas étonnant de constater qu'avant la

---

[1110] Robert M. Emerson et Sheldon L. Messinger, « The Micro-Politics of Trouble », *Social Problems*, 1977, vol. 25, nº 2, p. 121-134.

[1111] Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.

[1112] Nadia Garnoussi note effectivement que « La rationalisation du vécu dépressif est un analyseur des nouveaux schèmes sociaux par lesquels sont appréhendés les troubles psychiques courants. Ces troubles, inscrits désormais dans la vie sociale ordinaire, viennent traduire et organiser des expressions d'une souffrance psychique diffuse qui brouille la logique distinguant la détresse psychologique « normale » de l'affliction « pathologique ». […] ce durcissement du sens des troubles courants […] ne réduit pas la diversité des raisons et des formes de souffrance et de mal-être que la dépression canalise. Peut-être est-ce là l'une des explications à la démultiplication problématique des dénominations pathologiques, comme autant d'offres de traduction, dans le langage socialement légitime de la maladie, de ce qui se joue dans les fors intérieurs. » Nadia Garnoussi, « Une maladie comme une

rencontre du trouble *borderline,* les personnes évoquent des vécus qu'elles qualifient de dépressifs.

> VERONIQUE LEGRAND[1113] : À l'âge de 37 ans, je vivais depuis déjà 10 ans avec un manipulateur. On peut dire qu'à ce moment-là, mon patron avait des difficultés financières. Et il parlait de me faire changer en mi-temps, etc. Il y a eu ça. Il y a eu des problèmes aussi au niveau de ma thyroïde. Et donc, du coup, du poids, mon copain… Et en plus de ça, un déménagement. Et aussi, la perte d'une amie, quoi. Donc, tout ça en un, ça a fait que je suis aussi tombée en dépression. Et je n'ai pas voulu prendre tout de suite des médicaments. Mais c'est pendant, si tu veux, ma dépression, qui est toujours là actuellement, que j'ai été diagnostiquée *borderline*.
>
> ANAËL MORILLON : Il y a eu tout un été où j'avais l'impression d'être en dépression. Ce qui m'a été confirmé par la suite avec une psychologue. Et c'était vraiment relatif à cette bande d'amis. Parce qu'auparavant, je n'avais jamais ressenti les symptômes. Et justement, c'est mes amis en question qui m'ont recommandé d'aller voir une psychologue. Et c'est là qu'en en parlant, on m'a diagnostiqué avec le trouble de la personnalité de *borderline*.
>
> CELIA DUPORT[1114] : Dans cette clinique-là que mon psychiatre m'a parlé pour la première fois, en fait en gros le premier diagnostic qu'il m'a posé c'était celui-là, fin après la dépression, c'est ça la première chose dont il a parlé quoi.

Durant l'entretien dont est issu le dernier extrait, Célia Duport raconte sa pratique récurrente de l'automutilation, ainsi qu'une période où elle ne mangeait pas à la fin du lycée. Les psychiatres qui la suivaient en consultation et lors d'une hospitalisation en clinique privée lui ont alors annoncé qu'elle était anorexique. Elle était, à ce moment, en désaccord avec ce diagnostic, et imputait ce manque d'appétit à sa dépression. Pour certaines personnes, le terme de dépression ne permettait pas de rendre compte de l'ensemble de leurs souffrances, comme Manon Bonnet citée précédemment qui trouvait que sa souffrance ne se résumait pas à une «*simple*» dépression. La dépression est également parfois perçue comme une catégorie trop vague pour réellement être un outil de compréhension efficace des souffrances.

> MATHILDE DUMONT : Je suis contente de mettre un terme, un mot sur ça, parce que c'est vrai que pendant cinq ans, j'étais hospitalisée et tout ça. On parlait de dépression, mais la dépression c'est un peu vague. Moi je trouve, même s'il y a de la dépression, mais je ne savais pas trop pourquoi, comment, enfin… Et le fait d'avoir posé les mots de personnalité *borderline*, ça permet de travailler vraiment là-dessus.

Cela permet d'illustrer le mécanisme de stratification des catégories. Célia Duport s'automutilait et ne mangeait pas, et en rendait compte par le terme de « dépression » jusqu'à

---

autre ? Logiques de redéfinition de la dépression et du vécu dépressif », *Lien social et Politiques*, 2012, nº 67, § 40.

[1113] Rencontrée en ligne. Médicaments évoqués en entretien : antidépresseurs (effexor).

[1114] Rencontré en ligne. Médicaments évoqués en entretien : antidépresseurs et anxiolytiques.

ce qu'elle rencontre le diagnostic de trouble *borderline* qui lui permet de mettre cet ensemble en cohérence. Manon Bonnet trouvait que le terme de dépression ne permettait pas véritablement de rendre compte de l'ensemble de ses difficultés, tandis que Mathilde Dumont trouve dans le trouble *borderline* une catégorie plus précise.

L'hypersensibilité est quant à elle perçue de manière évidente et non questionnée comme le fondement du trouble *borderline*. Cependant, et à l'image des explications étiologiques des psychologues de l'*HDJ borderline*, l'hypersensibilité constitue une condition nécessaire, mais non suffisante du trouble *borderline*. Cette insuffisance de la catégorie « hypersensible » pour rendre compte des difficultés peut ainsi être au fondement d'une recherche personnelle et de la rencontre du diagnostic. Elea Jallaud[1115] s'est ainsi rendu compte de son hypersensibilité lorsqu'elle a commencé à fréquenter, en classe de Seconde, un groupe d'ami·es qui était « *majoritairement zèbre, des EIP*[1116]*, des enfants précoces quoi, des trucs comme ça* ». Elle m'explique que ces personnes « *ont naturellement ce truc de l'hypersensibilité* » et qu'elles l'ont « *introduite à cette notion* ». Ces sociabilités l'ont ainsi amenée à se « *qualifier d'hypersensible personnellement* » puis à la rencontre du trouble *borderline*.

> ÉLEA JALLAUD : Je m'étais reconnue dans certains trucs, l'hypersensibilité et tout. Du coup là je suis allée me renseigner sur internet, des articles qui en parlaient et des vidéos, et surtout genre j'ai juste lu toute la… l'entièreté de la page Wikipédia sur le *borderline* et je me suis tellement reconnue dedans que je me suis dit maintenant, tu peux enfin, j'avais enfin une clé pour ouvrir les portes, me guérir et passer au-dessus de ça quoi.

La rencontre du trouble *borderline* permet ainsi à certaines personnes d'avoir des outils supplémentaires qui ouvrent alors des « arrangements pratiques » qui permettraient d'aller mieux. Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman soulignent effectivement que

> « […] les mots employés pour décrire ses problèmes sont aussi porteurs d'un éventail de possibles concernant les modes de prise en charge ou les organisations domestiques, que nous regroupons sous l'expression "arrangements pratiques", considérés comme acceptables[1117]. »

La question du traumatisme émerge de son côté de manière moins systématique dans les entretiens que celle de la dépression ou de l'hypersensibilité. Dans plusieurs entretiens, la question du traumatisme a affleuré spontanément avant que les personnes me disent ne pas vouloir en parler. Lorsque cette thématique a été pleinement évoquée, des interrogations quant

[1115] Rencontré en ligne. Pas de médicaments évoqués en entretien.
[1116] Enfants Intellectuellement Précoces.
[1117] A. Béliard et J.-S. Eideliman, « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », art cit, p. 528.

au rôle que joue le vécu traumatique dans le développement d'un trouble *borderline* émergent. Chloé Giraudon s'interroge ainsi sur l'effet du viol qu'elle a subi à l'âge de 13 ans dans le développement du trouble *borderline*. À la fin de notre entretien, et alors que je venais de lui demander si elle souhaitait ajouter des éléments, elle a insisté sur l'importance de la prévention et la prise en charge du post-traumatisme pour éviter l'apparition du trouble.

> CHLOE GIRAUDON : Maintenant ce que j'ai découvert aussi c'est que je sais pas s'il n'y avait pas eu le viol je serais *borderline*. Je sais pas parce qu'il faut savoir que d'être *borderline* aussi c'est souvent quand vous êtes face à la mort, la guerre, les agressions sexuelles, les choses comme ça. Est-ce que cet évènement-là, s'il n'y avait pas eu, j'aurais été *borderline* ? Je sais pas. Mais c'est pour ça que c'est important aussi, pour des enfants comme moi qui ont subi des agressions, de faire de la prévention, les encadrer, observer, pour pas qu'ils basculent en fait dans ces troubles-là.

Le discours de Chloé Giraudon illustre également la stratification de la catégorisation. Elle a été hospitalisée à plusieurs reprises dans le cadre de tentatives de suicide et m'explique qu'elle a perdu « *beaucoup d'ami·es* ». Ses relations amicales et professionnelles sont traversées par des « *crises* » qui la coupent et l'éloignent des autres et de son travail. Ces comportements sont ainsi interprétés comme le résultat d'un traumatisme qui n'a pas été identifié et pris en charge, ce qui aurait entraîné leur aggravation. Aggravation que le diagnostic trouble *borderline* permet alors d'expliquer.

1.3.2. Des conflits de catégorisation

Dans de nombreux entretiens, cette stratification de la catégorisation n'est cependant pas clairement établie. Se pose la question de la catégorisation tertiaire la plus adéquate pour mettre en cohérence l'ensemble des difficultés et donc de la pertinence du trouble *borderline* pour nommer les souffrances et les comportements perçus comme problématiques. Tandis que pour Chloé Giraudon le traumatisme était à la source du trouble, certaines personnes mettent en balance la catégorie de traumatisme et celle de trouble *borderline*. Alix Barbot[1118] qui au moment de notre entretien est dans une incertitude diagnostique entre le trouble *borderline* et le trouble bipolaire[1119] – deux diagnostics candidats à cette place de méta-catégorisation – s'interroge quant à elle sur la pertinence du trouble *borderline* par rapport à une compréhension en termes de traumatisme. D'autres personnes s'interrogent également sur la spécificité du trouble *borderline* vis-à-vis des effets de traumatismes.

[1118] Rencontrée en ligne. Médicaments évoqués en entretien : anxiolytiques (Lexomil), neuroleptiques (Tercian).
[1119] Sa psychiatre a récemment évoqué deux hypothèses diagnostiques toujours en cours d'investigation au moment de l'entretien.

> EMMA LAUNAY[1120] : Moi parfois je trouve qu'en fait le trouble *borderline*, il ressemble au stress traumatique complexe.
>
> PAULINE AUBERT[1121] : Parce que pour moi, je me demande si c'est même un trouble, si ce n'est pas juste presque du syndrome de stress post-traumatique.

Comme je le développerai ensuite, la résolution de ce questionnement entraîne des modalités de réception du diagnostic polarisées[1122].

Ces conflits concernant les catégorisations se retrouvent également avec l'autisme, comme on a pu le voir dans la description de la trajectoire de Romane Barthes, qui après un diagnostic de schizophrénie paranoïde, puis de trouble *borderline*, a reçu un diagnostic d'autisme Asperger avec un haut potentiel dans lequel elle se reconnaît pleinement au moment de l'entretien. L'hypothèse diagnostique d'un trouble du spectre de l'autisme a également été formulée dans la trajectoire de soin de Célia Duport par un psychiatre qui l'a orientée vers des tests neuropsychologiques. De son côté Mathias Villeneuve m'explique avoir été diagnostiqué *borderline* parce qu'il était féminisé, c'est-à-dire perçu comme femme, alors qu'il se reconnaît désormais dans l'autisme Asperger à la suite de recherches personnelles et de discussion avec sa mère. La même dynamique se retrouve chez Lucas Martin[1123], médiateur de santé pair et homme trans' de 30 ans. Avant sa transition, ce dernier avait été diagnostiqué et s'était pleinement approprié le trouble *borderline*. Il avait notamment témoigné publiquement à propos de son expérience avec ce trouble à l'époque. Cependant, à la suite de sa transition, les regards extérieurs ont changé. Lors d'une communication concernant l'autisme dans un colloque de psychiatrie, un psychiatre lui demande son ressenti en tant que «*personne concernée par l'autisme*». Après avoir rapporté cette interaction à sa psychologue, cette dernière lui confirme la pertinence de cette hypothèse diagnostique. Hypothèse qui sera encore davantage étayée par son groupe d'ami·es, dont plusieurs ont été diagnostiqué·es avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA), sous la forme de ce qu'il nomme un «*pair-diagnostic*» : c'est-à-dire un diagnostic fondé sur l'avis des pairs. Ce changement d'identification s'accompagne de l'émergence d'une lecture critique du trouble *borderline* chez Lucas Martin, pour qui désormais il s'agit d'une catégorie imprégnée de présupposés genrés et dont la pertinence est plus que discutable. Ce point, qui sera développé ultérieurement[1124], montre

[1120] Rencontrée à l'*HDJ borderline*. Pas de médicaments.
[1121] Rencontrée dans une formation de pair-aidance. Médicaments évoqués en entretien : neuroleptiques (Abilify).
[1122] Cf. infra. II. Des réceptions polarisées.
[1123] Rencontré en ligne. Médicaments évoqués en entretien : anxiolytiques (Xanax) et Thymo-régulateur.
[1124] Cf. infra. 2.2.2. Des identifications alternatives.

encore une fois l'emprise du genre sur la signification sociale des catégories de santé mentale, et l'effet du positionnement dans l'espace social du genre[1125] concernant les processus d'étiquetage et d'auto-étiquetage.

Ces conflits de catégorisation peuvent également reposer sur un manque de compréhension et de clarté concernant le trouble *borderline*, et où un terme comme « hypersensible » est parfois plus clair et appropriable qu'un diagnostic potentiellement stigmatisant et contesté, et dont la définition peut paraître instable.

> CELIA DUPORT : Parce que déjà avant qu'on m'en parle je me sentais hypersensible, pas en tant que diagnostic, mais juste en tant que mot quoi : hyper-sensible [en détachant le mot]. (…) J'ai plus compris de quoi on me parlait que quand c'est un mot qui veut rien dire quoi, « *borderline* », des trucs comme ça, ça veut pas dire grand-chose.

Tout ceci illustre les conflits entre les différentes formes de méta-catégorisation. Le trouble *borderline*, en tant que catégorie candidate à l'explication de l'ensemble des difficultés vécues, se retrouve ainsi parfois en balance avec des catégories qu'elle pourrait expliquer (traumatisme, hypersensibilité), ainsi qu'avec des catégories diagnostiques potentiellement concurrentes (trouble bipolaire, autisme, etc.). La signification sociale de ces catégories est alors en jeu : le trouble *borderline* existe-t-il vraiment comme entité indépendante de celle de traumatisme ? Est-il possible d'avoir un trouble bipolaire ou un trouble du spectre de l'autisme *et* un trouble *borderline* ?

1.3.3. À la recherche de la manière socialement acceptable de nommer ses souffrances

Ce jeu dans la signification sociale des catégories de santé mentale peut être appréhendé à partir des interrogations concernant la manière de nommer les souffrances publiquement. Plusieurs personnes m'ont ainsi dit avoir reçu le diagnostic de trouble *borderline*, mais préfèrent ne pas le dire à leurs proches et leurs collègues, choisissant alors d'autres termes pour se justifier des arrêts maladie ou pour expliquer la raison de leurs suivis psychothérapeutiques ou psychiatriques. Émerge ici un usage stratégique de la catégorisation de soi, qui permet d'éclairer les valeurs sociales différenciées des catégories de santé mentale et qui participe à la reproduction des hiérarchies sociales par la catégorisation.

À l'image de Rebecca dans la série *Crazy Ex-Girlfriend* (*Cf. Encadré n° 5*), plusieurs personnes m'ont fait part de l'ambivalence de leurs ressentis à la suite de la rencontre du

[1125] Emmanuel Beaubatie, « L'espace social du genre. Diversité des registres d'action et d'identification dans la population trans' en France », *Sociologie*, 2019, vol. 10, nº 4, p. 395-414.

diagnostic. Elles m'expliquent ainsi leur soulagement d'avoir enfin un mot pour nommer leurs souffrances, tout en précisant leur inquiétude à la suite de leurs recherches réalisées sur internet. C'est ce que me raconte Emma Launay qui est « *branchée sur le spirituel* » et qui a découvert le diagnostic à la suite d'un commentaire sur sa colère de la part d'un médecin holistique[1126]. Les recherches personnelles qui ont suivi ce commentaire ont par la suite suscité une ambivalence : elle était à la fois soulagée de trouver son diagnostic et déprimée par son image « *péjorative* ».

> EMMA LAUNAY : En allant voir un médecin holistique… j'étais un peu branchée sur le spirituel, énergie et tout. Et il m'avait dit : « t'as une colère monstrueuse en toi ». Et du coup, j'ai fait des recherches sur les gens qui ont des problèmes de colère. Et c'est là que je suis tombée sur *borderline*. Donc, au final, c'est lui qui m'a aidée à trouver. Et donc, à partir de ce moment-là, en fait, je suis allée chez un spécialiste. J'ai trouvé un spécialiste… qui m'a confirmé. Et au final, c'était plus un soulagement et me dire, bon, c'est cool, il faut que je travaille dessus. Ce qui était le plus difficile, je trouve, c'est que… C'est un peu difficile de trouver de l'info pertinente, on va dire, de l'info qui est juste, en tout cas. Du coup, les premiers trucs qu'on lit, c'est en tapant des recherches Google. Et quand on fait des recherches Google, on a l'impression qu'on va mourir, qu'on va jamais guérir. Qu'on est des psychopathes. Et en fait, c'est une image qui est hyper péjorative et qui rajoute encore plus de stigma. Et du coup, moi, ça m'a fait vraiment déprimer.

L'image péjorative décrite par Emma Launay fait écho à la stigmatisation des personnes étiquetées *borderline* dans les services de psychiatrie[1127]. Cette image est également perçue par plusieurs personnes que j'ai rencontrées, et qui choisissent des étiquettes perçues comme moins stigmatisantes et davantage acceptables socialement, comme la dépression ou le vécu traumatique.

> EMMA LAUNAY : Je trouve que le problème avec le *borderline*, par exemple, c'est que les gens, ils pensent qu'on est… Enfin, ils pensent qu'on est normal, entre guillemets, alors que c'est un handicap… Bon, c'est un trouble, mais ça peut être un vrai handicap. Parce que ça ne se voit pas. Et donc, les gens, parfois, ils peuvent te juger : Allez, pourquoi ? Mais bouge-toi les fesses ! […] Ce que je dis, généralement, parce que j'ai des gens proches avec qui, genre, j'en ai parlé, je leur dis que c'est… que je fais un travail sur les traumas. Parce que les traumas, les gens, ils disent au moins : oh, la pauvre. Ils te font pas chier, ils n'osent pas trop de questions. […] C'est pour ça que j'aime bien le terme stress post-traumatique complexe. Parce que c'est exactement les mêmes symptômes, mais ça sonne mieux.
>
> ÉLODIE GUITARD : Concrètement aujourd'hui, je le dis pas, à personne. J'ai pas envie d'en parler, je préfère dire que je suis malade, j'ai des soucis. Ou que j'ai des problèmes d'angoisse, ou que j'ai fait une dépression, mais j'ai pas du tout envie de dire ça […] Je sais que ça m'a, au début ça m'a soulagée. Et après je me suis rendu

[1126] La médecine holistique s'inscrit dans les médecines dites alternatives.
[1127] Cf. Chapitre 2. À la frontière de la psychiatrie.

> compte que c'était pas, pas que c'était pas un très bon diagnostic, mais que c'était pas la meilleure chose que j'aurais pu espérer, mais voilà, la littérature dessus est faible, je vois pas une manière de guérir, sur internet les articles scientifiques disent que les médicaments sont pas très efficaces, juste que ça passe avec l'âge, donc finalement je pense que j'aurais préféré quelque chose de plus réconfortant, qui se soigne avec des médicaments, plutôt que ça passe avec l'âge en fait.

L'ambivalence concernant le diagnostic, qui fonde l'une des modalités de réception que je développe dans la section suivante[1128], révèle ici le jeu de la valeur sociale des catégories de santé mentale, et ce que les personnes imaginent de leur acceptabilité sociale. Le flou concernant cette catégorie, le mauvais pronostic *a priori* annoncé par les résultats sur Google, ainsi que la stigmatisation potentiellement vécue aux urgences psychiatriques ou en hospitalisation, en font un « mauvais » diagnostic, qui risquerait de déteindre sur la valeur des personnes elles-mêmes, suscitant des formes de déclassements. À l'inverse, et comme je le développe dans la prochaine section, les conditions pour que ce diagnostic soit positivement approprié reposent sur les anciennes catégorisations et sur le positionnement social des personnes. En effet, en fonction de ces éléments, le trouble *borderline* peut alors parfois élever socialement davantage qu'il ne déclasse, contrecarrant de ce fait son caractère potentiellement stigmatisant.

Lors de la rencontre du diagnostic, les personnes sont en recherche de sens quant à leurs problèmes. Elles ont souvent eu des parcours de soins erratiques et un vécu d'errance diagnostique. Il n'est pas rare que plusieurs diagnostics aient été proposés en amont. Une explication quant à un sentiment de décalage récurrent avec le monde est recherchée. Le diagnostic peut alors devenir, pour les personnes qui le découvrent et qui sont disposées à l'accueillir, une ressource pour mettre en cohérence au sein d'un récit unifié des difficultés jusque-là perçues de manière fragmentée. La catégorie trouble de la personnalité *borderline* peut ainsi fonctionner comme une *ressource cognitive*, c'est-à-dire une ressource qui permet de rendre compte des difficultés que les personnes expérimentent. Ces difficultés s'inscrivent dans des situations et des relations où s'actualisent des rapports de pouvoir et de domination. Néanmoins, ce diagnostic ne constitue pas toujours une ressource cognitive jugée efficace, car il suscite des formes de déclassement : certaines personnes ne se reconnaissent pas dans cette catégorie, ne l'investissent pas et préfèrent utiliser d'autres catégories pour nommer leurs souffrances et difficultés. À l'inverse certaines personnes perçoivent cette catégorie comme une source d'élévation sociale. Il s'agit donc désormais d'interroger ces mécanismes à travers

[1128] Cf. Infra. 2.3. Les appropriations ambivalentes.

l'analyse des formes de réceptions-appropriations de la catégorie, telles que je les ai recueillies lors des entretiens.

II. Des réceptions polarisées

Les enjeux d'appropriation d'une catégorie diagnostique ont notamment été abordés par Wilfried Lignier dans son travail sur les enfants surdoués. Ce dernier s'intéresse à ce qu'il nomme, dans sa thèse, la « psychologie appropriée[1129] ». Cela correspond à une analyse des extensions non-thérapeutiques des savoirs médico-psychologiques documentées, au début des années 1980, par Robert Castel[1130]. Ces extensions prenaient alors deux formes, et posaient des questions relativement distinctes : l'une « *politique* de mode de gouvernement, de pouvoir sur les autres » (la gestion des populations) et l'autre « *culturelle*, touchant au rapport à soi et à la sociabilité » (la culture psychologique de masse)[1131]. Cependant, Wilfried Lignier précise qu'

> « […] une différenciation nette des enjeux typiquement associés à chacune des deux extensions non thérapeutiques du champ médico-psychologique est moins tenable aujourd'hui. […] Le pouvoir médico-psychologique sur soi connaît une forme de décloisonnement social. Parce que la culture psychologique s'est vraisemblablement déplacée non seulement en dehors des situations cliniques, mais aussi en dehors des cercles très limités des adeptes du "développement personnel" – autrement dit parce que cette culture s'insère aujourd'hui dans des relations sociales plus habituelles, notamment des relations aux institutions – le pouvoir sur soi qu'elle fonde apparaît de façon plus évidente comme étant toujours-déjà un pouvoir sur les autres[1132] ».

Dans cette veine, Wilfried Lignier a étudié l'appropriation sociale de la catégorie « enfant surdoué », afin de montrer « comment l'appropriation d'un savoir de type médico-psychologique, par des personnes ou des groupes particuliers, peut renforcer leur pouvoir privé sur leur propre destin social[1133] ».

Ce point semble néanmoins valable dans la mesure où la catégorie d'« enfant surdoué » est socialement méliorative dès lors qu'une personne est reconnue par une instance légitime comme étant effectivement surdouée. Elle institue de fait une « noblesse de l'intelligence », potentiellement source de souffrances, mais dans la mesure où ces souffrances sont rattachées

---

[1129] Wilfried Lignier, *Une noblesse psychologique. Enquête sur les appropriations sociales du diagnostic de « précocité intellectuelle » en France*, Université Paris 7 Diderot, Paris, 2010, cf. Introduction.
[1130] Robert Castel, *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit, 2011.
[1131] Wilfried Lignier, *La petite noblesse de l'intelligence. Une sociologie des enfants surdoués*, Paris, La Rencontre, 2012, p. 9-10.
[1132] *Ibid.*, p. 10.
[1133] *Ibid.*, p. 11.

à un titre de noblesse (psychologique), sous la forme de l'expression « noblesse oblige[1134] ». Il s'agit ainsi d'une catégorie appropriée par les parents de classes moyennes et supérieures et qui leur permet alors de renforcer leur pouvoir vis-à-vis de l'institution scolaire. De plus, cette catégorie est tendanciellement genrée au masculin, car « quelle que soit la famille, la masculinité augmente les chances d'anoblissement psychologique[1135] ». Tout ceci fait donc de la « douance », on dirait aujourd'hui le « haut potentiel intellectuel », une catégorie à destination des positions et des classes tendanciellement dominantes afin de reproduire leur domination.

Lorsque l'on se penche sur la catégorie trouble de la personnalité *borderline*, il s'agit d'interroger les réceptions de personnes adultes ou jeunes adultes, qui expérimentent elles-mêmes une souffrance. De plus, et notamment au vu de son caractère potentiellement stigmatisant, le renforcement du pouvoir sur son propre destin social par l'appropriation du trouble *borderline* ne paraît pas évident, et ce même lorsque le diagnostic est institutionnellement validé. En suivant les sociologues Annemarie Jutel et Sarah Nettleton, il s'agit ainsi de souligner qu'

> « Il existe des paradoxes inhérents au diagnostic médical. Un diagnostic peut justifier et blâmer, légitimer ou stigmatiser, faciliter l'accès aux ressources tout comme il peut restreindre les opportunités. Un diagnostic peut être accueilli favorablement ou rejeté[1136] ».

Face à ce type de savoir médico-psychologique, dont l'usage dépasse les frontières de l'institution psychiatrique ou du champ psychothérapeutique, et dont la signification sociale est incertaine, il s'agit d'élargir la question de la psychologie appropriée pour interroger, dans le prolongement de la problématisation générale de cette thèse, l'*existence différenciée du psychologique*. Cette existence peut effectivement, selon les contextes, les trajectoires et propriétés sociales individuelles, prendre des formes et des significations variées, et finalement engendrer des effets symboliques et matériels tout à fait différents. Il s'agit en ce sens

---

[1134] Sur cette expression, Pierre Bourdieu note : « C'est […] ce que signifie l'expression « Noblesse oblige » : ma noblesse m'oblige à croire dans ma noblesse et à agir en conséquence ; j'ai un habitus de noble, je ne peux pas ne pas agir noblement. C'est plus fort que moi. Je dois y croire, mais avec mon corps, pour faire croire. […] Deux conséquences majeures […] de l'enracinement de la noblesse dans la croyance : premièrement, les stratégies de reproduction de la noblesse devront faire une place importante aux stratégies, notamment éducatives, visant à reproduire la croyance, tant dans la noblesse qu'au dehors (à travers par exemple l'acquisition du maintien indispensable à la sauvegarde de l'honneur et de l'apparence du groupe) ; la crise de la noblesse résulte toujours, pour une part déterminante, d'une crise de la croyance, dans le groupe et au dehors, c'est-à-dire d'une transformation des catégories de perception. » Pierre Bourdieu, « La noblesse : capital social et capital symbolique » dans Didier Lancien et Monique de Saint-Martin (dir.), *Anciennes et nouvelles aristocraties : De 1880 à nos jours*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2007, § 17-18.

[1135] W. Lignier, *La petite noblesse de l'intelligence*, *op. cit.*, p. 170.

[1136] Annemarie Jutel, Sarah Nettleton, « Towards a sociology of diagnosis: reflections and opportunities », *Social Science & Medicine*, n° 73/6, 2011, p. 797, ma traduction.

d'interroger non seulement les processus qui amènent à renforcer le pouvoir sur son destin social, mais aussi la constitution même de ce pouvoir ainsi que ses conditions de possibilité.

À partir de mes entretiens, plusieurs modes de réception se dégagent. J'ai identifié deux pôles, l'un qui est caractérisé par des *appropriations complètes* où le diagnostic est approprié de manière positive, et l'autre qui est caractérisé par un *rejet du diagnostic*. Entre ces deux pôles se situe la grande majorité des réceptions qui prennent la forme d'appropriations *ambivalentes*[1137].

2.1. Les appropriations complètes

Dans un premier mode de réception de la catégorie diagnostique, on retrouve des personnes qui se reconnaissent pleinement dans le trouble *borderline*. Au cours de ces entretiens, une formulation revient régulièrement lorsqu'il s'agit de décrire les difficultés : « *nous, les borderline…* ». Les trois dimensions de ce qu'un diagnostic rend possible dans la vie d'un individu, mises en évidence par Svend Brinkmann[1138], se retrouvent dans ce mode d'appropriation. Pour ce dernier, le diagnostic peut d'abord être considéré comme une entité qu'une personne pourrait avoir ou ne pas avoir (*having*). La seconde dimension concerne le rôle du diagnostic dans la construction identitaire (*being*). La troisième dimension renvoie enfin à l'aspect performatif des diagnostics ; les personnes diagnostiquées ne se contentent généralement pas d'avoir un diagnostic ou de s'identifier avec, mais agissent également selon sa définition et ses critères (*doing*).

Dans ce mode de réception, les personnes considèrent ainsi posséder l'entité que représente le diagnostic. Il structure également grandement leur identité, ce qui est visible à travers l'usage du « *nous* », et leurs comportements sont en majeure partie imputés au trouble *borderline*. Il s'agit donc de se demander : quelles sont les conditions qui rendent possible cette forme d'appropriation ? La réponse à cette question permet d'éclairer les potentiels effets distinctifs du diagnostic ainsi que l'affinité des personnes qui s'inscrivent dans ce type d'appropriation avec le style thérapeutique adopté par les spécialistes du trouble *borderline*, la bonne volonté culturelle et le travail quasi-permanent sur soi adopté par ces personnes, et enfin, l'actualisation différenciée de ce travail sur soi qui est favorisé par le support symbolique que constitue le trouble *borderline*.

[1137] Cette typologie a fait l'objet d'une publication, et sera ici davantage développée. Ivan Garrec, « Diagnostic misogyne ou émancipateur ? Les modes d'appropriation du « trouble de la personnalité borderline » », *Terrains/Théories*, 2022, nº 16, en ligne.

[1138] Svend Brinkmann, *Diagnostic Cultures. A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*, *op. cit.*

2.1.1. Distinction avec la « folie » et affinité avec la thérapeutique émotionnelle

Cette forme d'appropriation permet tout d'abord de mettre à distance des diagnostics considérés comme « graves ». Le trouble *borderline* constitue donc la méta-catégorisation[1139] jugée la plus adéquate pour expliquer les difficultés et les souffrances. Cette catégorisation est ainsi préférée à d'autres, comme la schizophrénie ou la bipolarité. C'est ce que Toshiro Keller[1140], homme trans' de 42 ans diagnostiqué à 26 ans avant sa transition, m'explique lorsqu'on aborde son rapport aux diagnostics, ici le trouble bipolaire :

> TOSHIRO KELLER : Je me retrouvais pas dedans, tout simplement. Et puis après, de toute façon, j'étais déjà diagnostiqué trouble *borderline* et je le disais, que on continuait à me dire bipolaire quoi, donc là du coup je refusais systématiquement. On me disait : « oui le trouble *borderline*, c'est un truc fourre-tout, ça n'existe plus, c'est un vieux concept abandonné de la psychanalyse », ce qui est vrai, mais il y a aussi une nouvelle définition depuis et puis apparemment ils étaient pas au courant quoi.

Toshiro Keller a été diagnostiqué pour la première fois avec une personnalité « *émotionnellement labile/borderline*[1141] » lors d'un passage aux urgences en Suisse à la suite d'une tentative de suicide. Il dit avoir eu une « *enfance relativement protégée* », mais à l'âge de 10 ans, le médecin de famille lui a diagnostiqué une dépression. Il a par la suite connu de multiples hospitalisations et prises en charge psychothérapeutiques. Il décrit sa première hospitalisation en psychiatrie publique à l'âge de 14 ans, et faisant suite à une tentative de suicide, comme traumatique. Parallèlement, Toshiro K. a réalisé un suivi psychanalytique à l'adolescence, où la thérapie se focalisait sur une présumée relation incestueuse entre lui et sa mère, ce qui le « *choquait plus qu'autre chose* ». Il a voulu par la suite éviter la psychanalyse en recherchant des psychothérapies spécialisées dans le trouble borderline, qui travaillent « *l'instant présent* », et qui s'ancrent dans le courant intégratif et émotionnel : les TCC, la PNL (Programmation Neuro-Linguistique), la psychothérapie transgénérationnelle, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), la thérapie des schémas, et la thérapie comportementale et dialectique. En plus de permettre la distanciation, et une certaine forme de distinction, avec le diagnostic de bipolarité (mais aussi de schizophrénie, qu'il a reçu lors d'une hospitalisation à 21 ans), le fait de s'identifier pleinement comme *borderline* correspond également à son appétence pour ces thérapies intégratives et émotionnelles, constitutives de la

[1139] Cf. supra. 1.2. La stratification de la catégorisation et la valeur sociale des catégories de santé mentale
[1140] Rencontré en ligne. Médicaments évoqués en entretien : neuroleptiques (Tercian), hypnotiques (Téralène).
[1141] La personnalité émotionnellement labile est l'équivalent dans la classification internationale des maladies (CIM-10) du trouble de la personnalité borderline (DSM-5).

thérapeutique émotionnelle décrite au chapitre 3. Toshiro Keller est également à l'origine de la création d'un groupe en ligne d'entraide sur le trouble *borderline*. À la fin de notre entretien, il me dit « […] *merci à vous pour ce travail, en espérant que ça puisse aider un petit peu à changer les choses et à faire reconnaître le trouble en France, c'est vraiment un gros problème encore* ». À l'image de Toshiro K., les personnes qui s'approprient pleinement le diagnostic et qui s'identifient comme borderline entrent dans le jeu et la lutte concernant la reconnaissance de la catégorie dans le champ de la santé mentale. Lors des entretiens elles me remercient de faire un travail universitaire sur cette catégorie et de la mettre en lumière, espérant ainsi que ce travail lui donne de la légitimité et «*participe à la cause*».

Cette affinité avec la thérapeutique émotionnelle, et les thérapeutes qui donnent du crédit au diagnostic trouble de la personnalité *borderline*, se retrouve également chez Sandrine Hebert[1142], qui a 36 ans et est en invalidité professionnelle lors de notre entretien. Elle a été diagnostiquée par son ancien psychiatre avec une schizophrénie, et s'est vue prescrire des médicaments neuroleptiques pendant plusieurs années. Elle explique ce premier diagnostic qu'elle a reçu dans les années 2000 par la quasi-inexistence du trouble *borderline* dans le champ psychiatrique et donc par l'ignorance des psychiatres à ce sujet. En 2012, à la suite d'un déménagement, elle a changé de secteur psychiatrique. Dès sa première hospitalisation dans ce secteur, son nouveau psychiatre référent était persuadé qu'il n'y avait pas de schizophrénie. Il lui a expliqué que son traitement provoquait certainement des symptômes de la schizophrénie, dans une forme d'effet de boucle iatrogénique. L'arrêt du traitement a été l'occasion d'un « *nouveau départ* » et le processus de qualification diagnostique a été remis à plat. Dans un premier temps, ce psychiatre a formulé l'hypothèse d'un trouble bipolaire. L'absence de phases maniaques et de phases dépressives a finalement orienté le processus diagnostique vers le trouble *borderline*, que Sandrine Hebert s'approprie pleinement au moment de notre entretien. Dans son récit, elle mobilise d'ailleurs les explications de son psychiatre pour décrire ses difficultés.

> SANDRINE HEBERT : Alors, en fait, moi, je suis passée par plusieurs diagnostics. Donc, en fait, j'ai des troubles depuis que je suis petite, depuis l'âge de 6 ans. C'est pour ça que je souffre d'un trouble *borderline* sévère. Je me suis mal construite et on ne pourra pas revenir totalement dessus. Donc, j'aurai toujours des symptômes résiduels. Donc, par rapport à quelqu'un qui est devenu *borderline* beaucoup plus tard et où on peut corriger les choses, mon psychiatre aime bien dire qu'on est comme des arbres. En fait, on a des racines, on a le tronc, les grosses branches et les petites branches. Sauf que quand on commence à nous tailler pour pouvoir remettre en ordre par la thérapie ce trouble, on peut toucher qu'aux petites branches et un petit peu aux grosses, mais

[1142] Rencontrée en ligne. Médicaments évoqués en entretien : hypnotiques, anxiolytiques, neuroleptiques.

> comme moi le tronc s'est déjà mal formé, on ne peut pas y toucher, sinon on écroule totalement la personnalité et c'est très dangereux.

La réappropriation des termes et du vocabulaire professionnel montre l'adhésion de ces personnes vis-à-vis de la prise en charge. Cette adhésion s'inscrit également dans leur affinité avec le style thérapeutique des professionnel·les de santé mentale qui donne du crédit au trouble *borderline* et qui propose un traitement. Sandrine Hebert explique ainsi comment la relation thérapeutique qu'elle a nouée avec les professionnel·les depuis son nouveau diagnostic a présidé en grande partie à l'acceptation du trouble *borderline* et son appropriation complète : tandis que ses précédents psychiatres se contentaient de suivre le diagnostic de schizophrénie et faire des prescriptions sans davantage d'explications, le diagnostic de trouble *borderline* a ouvert une fenêtre de parole et d'échange avec les soignant·es. Cette différence dans la relation thérapeutique s'articule également au fait que le trouble *borderline* est à ses yeux moins stigmatisant que la schizophrénie et permet, tout comme dans l'exemple de Toshiro Keller, une distinction vis-à-vis de la folie et permet une forme d'élévation sociale plus qu'un déclassement. C'est d'ailleurs ce qu'elle souligne en précisant que la condition de son adhésion à ce nouveau diagnostic est en grande partie liée à son précédent diagnostic.

> SANDRINE HEBERT : Moi je pense que c'est le fait d'avoir eu surtout un diagnostic de schizophrénie en premier, avoir eu des traitements qui donnent de la dyskinésie[1143], des traitements qui étaient très lourds et que, en fait, je n'allais pas mieux. Aujourd'hui j'ai moins de traitements, mais j'ai toute la thérapie, tout ce qui s'est mis en œuvre derrière. Et du coup je sens que je vais mieux, que je vais mieux que quand j'étais traitée pour la schizophrénie donc. Et puis je suis tombée sur des psychiatres quand même qui m'ont expliqué beaucoup de choses, qui m'ont bien expliqué le trouble et dans lequel je me suis retrouvée. […] Donc je pense que ça aide aussi. Je sais que je viens parler avec mon psychiatre, il y a des fois il parle de sa vie entre guillemets, je sais pas si c'est vrai ou si c'est pas vrai, mais bon peu importe. Mais cette sensation de pas être juste un numéro quoi. C'est cette sensation de pas être qu'un numéro, de pouvoir interagir et puis surtout d'expliquer. Moi je trouve que le fait d'avoir eu beaucoup d'explications, ça m'a permis de me dire : oui je suis atteinte de ça et de me rassurer. De me dire : bon bah cette fois-ci on a trouvé, je vois. Mais je pense que voilà ça me correspond bien parce que j'ai eu un mauvais diagnostic à la base, et où j'en ai beaucoup souffert, et quand on a vraiment trouvé je me suis dit : « bah oui c'est totalement moi ! Ah bah oui cette fois-ci ça me correspond ! »

Cette description montre une forme de symétrisation de la relation thérapeutique qui s'articule à ce nouveau diagnostic, dans laquelle son psychiatre lui raconte des anecdotes personnelles (qu'elles soient vraies ou fausses) et lui explique les ressorts de son trouble et du traitement. Cette symétrisation préside ainsi grandement à l'appropriation du diagnostic chez Sandrine

[1143] La dyskinésie est un terme médical pour désigner les difficultés de mouvement. Elle peut être induite par des neuroleptiques et touche alors particulièrement la sphère bucco-linguo-faciale.

Hebert. Elle lui permet de bénéficier de soins qu'elle juge sérieux et qui ont, de surcroît, des effets bénéfiques. Cela va ainsi dans le sens de ce que notaient Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman :

> « Dans l'éventail de situations ayant fait l'objet de notre enquête, on a ainsi pu observer comment se cristallisent des associations entre définition du problème de santé et solution appropriée[1144] ».

L'affinité avec les thérapeutes spécialiste du trouble *borderline* ou qui lui accordent du crédit, correspond à cette association entre définition diagnostique des difficultés et approche thérapeutique jugée efficace.

Cette affinité s'articule également, et comme on l'a vu, à une dimension symbolique : la distinction vis-à-vis des troubles mentaux jugés plus « graves » renvoyant à la « folie ». On retrouve cette posture dans le discours des psychothérapeutes spécialistes pour qui le trouble *borderline* est une maladie sans pour autant relever de la folie. Les patientes de l'*HDJ borderline* revendiquent également cette distinction. Lorsqu'Anne-Lise Simon, la psychologue de l'*HDJ borderline*, évoque le film *Happyness Therapy*, Emma Launay réagit en disant qu'« *Il est trop bien ce film, et* [que] *pour une fois on ne montre pas des gens mentaux*[1145] ». Cette dernière sous-entendant qu'il ne s'agit pas de personnes représentées comme atteintes de maladies mentales perçues comme graves. Ce schème de distinction vis-à-vis de la folie se retrouve également, dans le style de professionnalité des spécialistes du trouble *borderline*[1146] ainsi que dans la production littéraire sur ce diagnostic[1147].

2.1.2. Bonne volonté culturelle et travail quasi-permanent sur soi

L'affinité avec les thérapeutes spécialistes du trouble *borderline* et la thérapeutique émotionnelle s'articule à une bonne volonté vis-à-vis de la culture psychologique et du travail sur soi. Sandrine Hebert se décrit effectivement comme « *quelqu'un qui écoute beaucoup* [l]*es médecins* ». Il a néanmoins fallu qu'elle « *reprenne confiance* » vis-à-vis des professionnel·les de la santé mentale. Elle a effectivement vécu le diagnostic de schizophrénie et le traitement qui a suivi comme une forme de violence. Cependant, la rencontre avec son nouveau psychiatre et le fait de suivre des groupes de psychothérapie, qui s'inscrivent dans le courant cognitiviste comme en témoigne l'usage du terme « *pensée* », ont adouci sa méfiance vis-à-vis de l'autorité médicale et psychologique.

[1144] A. Béliard et J.-S. Eideliman, « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », art cit, p. 530.
[1145] Journal de terrain, *HDJ borderline*, 29 septembre 2020.
[1146] Cf. Chapitre 3. Se spécialiser dans le soin des émotions.
[1147] Johanne Lavoie, *Borderline… mais pas folle ! Guide pour vivre heureux au quotidien*, Performance, 2017.

> SANDRINE HEBERT : Donc j'ai commencé avec mon psychiatre, on a tout repris à zéro. J'ai commencé à lui faire confiance parce que j'avais perdu confiance… Donc je me méfiais, j'étais devenue méfiante puis j'ai inclus des groupes, le groupe d'affirmation de soi. Le groupe de méditation qui m'a bien aidée aussi pour faire passer les pensées. Donc je pratique toujours, puisqu'il ne faut pas arrêter de pratiquer, sinon on perd les bénéfices de la pensée, les bénéfices de la méditation. Et grâce au groupe d'affirmation de soi, j'ai réussi à m'affirmer un peu plus. Au départ je régressais, parce que l'extérieur venait un peu me reprocher de m'affirmer puisque ça ne leur plaisait pas trop forcément. Puisque j'étais quelqu'un qui se laissait faire. Et j'ai persévéré parce que mon psychiatre et ma psychologue actuelle m'ont expliqué qu'en fait ce que j'étais en train de faire, c'était de sortir de ma zone de confort, que c'était compliqué.

La reprise de confiance de Sandrine H. vis-à-vis de son psychiatre et de sa psychologue, est ainsi passée par un travail actif de sa part qui nécessite une forme d'abnégation. Il a effectivement fallu qu'elle « *régresse*, » qu'elle sorte de sa « *zone de confort* », et qu'elle se confronte à la critique de son entourage face au changement de son comportement. Ce travail a fini par porter ses fruits, et elle a la sensation d'une amélioration qui s'articule avec l'acceptation de vivre avec certaines difficultés dont elle ne pourra pas se débarrasser.

J'ai également saisi cette bonne volonté culturelle dans les discours omniprésents du « *travail* » des personnes qui s'approprient complètement le diagnostic : travail sur soi, travail sur ses émotions, travail sur son corps. La rencontre du diagnostic et l'affinité avec les thérapeutes spécialistes du trouble *borderline*, les amènent à prendre leur vie (mentale) en main à travers un travail permanent sur soi. Toshiro Keller m'explique ainsi avoir « *travaillé sur une partie de sa vie* », notamment en addictologie pour arrêter l'alcool. Pour Elea Jallaud, « *une fois le problème identifié c'est un travail constant à faire sur soi-même pour gérer ses peurs et ses émotions* ». Ombeline Rombic évoque également la dimension de travail sur soi lorsqu'elle m'explique sa rencontre du diagnostic.

> OMBELINE ROBIC : [Ma psychiatre] m'a dit, vraiment, je pense que, oui, tu es atteinte du trouble de la personnalité *borderline*. En revanche, voilà, il faudra quand même que.... Elle m'a dit : c'est un trouble qui peut évoluer aussi, donc, il faudra quand même qu'on, qu'on voie pour au moins savoir si on pose le diagnostic, ou si tu as vraiment évolué, et que tes pulsions entre guillemets ont diminué. Dans ce cas, voilà, parce que c'est vraiment un travail à faire sur soi, et ça je l'expérimente assez pour le savoir.

Cette centralité du travail sur soi est également visible dans certaines réceptions de l'entretien sociologique, qui correspond à une occasion supplémentaire d'approfondir ce type de travail, comme ça a pu être le cas pour Pascaline Bréant.

Durant notre entretien, Pascaline Bréant mobilise abondamment le registre du travail, que ce soit sur son corps pour dépasser les effets des traumatismes, sur la « *re-sociation* » afin de lutter contre la dissociation, ou encore sur l'« auto-*reparentage* » pour soigner des blessures

émotionnelles en apportant à son « *enfant intérieur* » les soins qu'elle n'a pas reçus dans son enfance. La technique du reparentage est issue de la Thérapie des schémas et vise à apporter à cet « *enfant intérieur* » des ressources que la personne n'a pas eu de la part de ses parents durant l'enfance[1148]. Voici comment Pascaline Bréant évoque la rencontre de cette technique de travail sur soi proposé par son psychiatre, qu'elle réalise elle-même et qu'elle associe à l'EMDR :

> PASCALINE BREANT : Par exemple on a vécu un traumatisme où on n'avait pas les ressources nécessaires pour faire face à ça, que l'émotion est complètement décuplée. Et donc par exemple moi on va me dire un truc de rien du tout et bim, j'ai toute l'émotion qui arrive avec une force incroyable donc en fait l'idée de se guérir, ça c'est notamment une technique d'auto-reparentage […]. C'est quand tu touches une blessure émotionnelle comme ça tu vas connecter à l'émotion racine tu vas connecter à l'évènement source et tu retraverses en fait ce moment-là, c'est-à-dire il faut le vivre à fond. Clairement moi j'ai passé des heures à faire de l'auto-reparentage à pleurer toutes les larmes de mon corps à me retrouver la petite fille que j'étais sous les coups de mon père et à aller au bout de cette émotion. […] En fait je dirais même pas digérer, je dirais la traverser. Une émotion ça se traverse, ça s'accueille, et c'est mon psychiatre qui m'a appris ça. C'est mon psychiatre qui m'a prêté le bouquin sur l'auto-reparentage, et c'est lui la première fois qui m'a… On l'avait déjà fait dans des trucs alternatifs, mais pas à ce point-là. C'est-à-dire que je suis arrivée en détresse émotionnelle et là il m'a dit… donc je commence à lui raconter l'évènement actuel, et puis à un moment donné il m'arrête, et puis il me dit : quel âge elle a la petite fille ? Enfin quel âge elle a l'émotion là ? Et je ferme les yeux, et là tout de suite je me vois moi à 8 ans dans une scène très précise, etc. Et c'est comme ça qu'en fait j'ai découvert ce truc-là, qui est assez ouf parce que en fait une fois qu'elle est traitée cette émotion, elle est digérée en fait. C'est un peu le fonctionnement de l'EMDR tu vois. Tu reconnectes à des émotions sauf que tu as le mouvement des yeux en même temps, mais là c'est sans mouvement des yeux, mais l'idée que tu retraverses ton émotion une fois qu'elle est traversée elle se digère.

Durant notre entretien, qui s'est déroulé en visio, Pascaline B. a pris des notes sur son cahier qui lui sert de support à son travail personnel. Après que je lui ai dit que j'avais abordé l'ensemble des thèmes prévus dans mon guide d'entretien, elle m'a demandé si elle pouvait me poser des questions. Elle en avait préparé certaines en amont et noté d'autres durant notre échange. S'en est suivie une discussion d'environ 45 minutes où je suis revenu sur mes hypothèses de travail et sur les travaux sociologiques concernant la santé mentale. Elle a fini par dire que notre discussion lui permettait d'ajouter de nouveaux éléments de compréhension sur elle-même et sa trajectoire, qu'elle envisageait de creuser par la suite.

L'appropriation complète du trouble *borderline* s'inscrit donc dans une alliance totale avec les thérapeutes et leurs propositions thérapeutiques. Les propositions thérapeutiques en

[1148] J'ai déjà évoqué cette technique thérapeutique à travers la retranscription des propos de Mathilde Schneider dans le Chapitre 3. 2.1.4. Cadre et relation thérapeutique pour une pathologie du lien. Cette technique est également mobilisée par les psychologues de l'*HDJ borderline* et par les thérapeutes spécialistes rencontré·es.

direction du trouble *borderline* véhiculent en ce sens des schèmes de travail sur soi, où tous les aspects de la vie deviennent des objets de travail afin de lutter contre le manque de contrôle de son comportement, d'éviter les crises, et finalement d'atteindre une forme de rétablissement.

2.1.3. Esquisse des conditions et des types de travail sur soi

Les personnes qui s'approprient complètement le trouble *borderline* peuvent donc être caractérisées par le travail quasi-permanent réalisé sur elles-mêmes. Cela peut être compris à l'aune de l'articulation entre des trajectoires de soins et des trajectoires sociales. Tandis que les trajectoires de soins entraînent une socialisation au discours réflexif sur soi, qui amène les personnes à en devenir des « quasi-professionnelles[1149] », les trajectoires sociales rendent probable l'investissement dans le travail sur soi. Ici, deux types de profils peuvent être identifiés : des personnes qui développent un *rapport pragmatique* au travail sur soi, dans un objectif premier d'aller mieux, et des personnes qui développent un *rapport vocationnel* au travail sur soi qui s'actualise dans des activités d'entraide ou des activités professionnelles dans le champ de la santé mentale. Ces différents rapports au travail sur soi dépendent en grande partie des origines et des trajectoires sociales. Cette différenciation peut être illustrée à travers les cas de Sandrine Herbert, de Toshiro Keller : tandis que la première s'inscrit dans un rapport pragmatique au travail sur soi, le second illustre le rapport vocationnel à ce type de travail.

Les origines sociales de Sandrine Hebert, qui a 36 ans au moment de notre entretien, peuvent être situées du côté des classes populaires stabilisées. Sa mère n'a aucun diplôme (« *elle n'a même pas son certificat d'études* ») et a travaillé seulement trois ans dans sa vie en tant que femme de ménage. Elle s'est ensuite consacrée au travail domestique, en tant que femme au foyer à la suite de la naissance de la petite sœur de Sandrine H. Son père a passé un CAP de comptabilité. Après son service militaire, les outils informatiques sont arrivés et une remise à niveau était nécessaire. Il ne souhaitait pas reprendre ses études et a préféré rentrer le plus rapidement possible dans le monde du travail. Il a donc commencé en tant que caissier dans un supermarché, et il y fera l'entièreté de sa carrière, en passant par la mise en rayon puis par la réception de marchandises. Sandrine Hebert m'explique que sa mère l'a « *eu dans le dos de son père* », et que sa vie commençait donc « *mal* ». Sa sœur, qui elle était « *voulue* » par son père, était la « *préférée* » de ses parents. Tandis que cette dernière recevait leur amour et leur soutien,

[1149] Muriel Darmon note effectivement, dans le cadre de son enquête sur les personnes anorexiques, que l'entretien sociologique constitue « un énième entretien du jour, de la semaine ou du mois. De ce fait, les patientes sont habituées à parler d'elles et de leur anorexie. Certaines d'entre elles, ayant connu des hospitalisations multiples ou longues, sont même devenues des quasi-professionnelles du discours sur soi. » M. Darmon, *Devenir anorexique : une approche sociologique*, *op. cit.*, p. 46.

Sandrine Hebert m'explique qu'elle était délaissée et négligée. Elle impute ainsi les violences sexuelles qu'elle a subies durant son enfance à cette négligence. Ces violences sont d'ailleurs concomitantes d'une première tentative de suicide lorsqu'elle avait 9 ans et n'ont pas été signalées par sa mère. Du côté de sa scolarité, elle se décrit comme une « *très bonne élève* » en primaire et au collège tout en subissant du harcèlement. Ses enseignant·es ont proposé à plusieurs reprises de lui faire « *sauter une classe* », ce que ses parents ont systématiquement refusé parce qu'ils la voyaient « *plus bête que ce* [qu'elle était] ». Elle dit qu'elle ne recevait aucune félicitation de leur part, et estime que ses parents étaient jaloux de ses facilités à l'école. Sandrine Hebert se décrit comme une personne qui souhaite « *plaire aux autres* », ce qui l'a amenée selon elle à être une « *bonne élève* » : « *Je voulais être bonne élève ou je voulais, justement, que l'autre m'aime absolument. Donc, j'essayais de tout faire pour être la plus gentille et la plus sérieuse. Donc, j'écoutais très bien les cours.* » Elle trouvait ainsi une forme de reconnaissance dans les résultats scolaires et auprès de ses enseignant·es, qu'elle ne recevait pas auprès de ses parents. À la fin du collège, elle rêvait de rentrer dans la police scientifique. Lors d'une rencontre concernant les projets professionnels organisée dans son collège, des policiers lui ont appris que le suivi psychiatrique qu'elle venait tout juste de commencer rendait caduc son projet. C'est à travers le récit de cette déception que Sandrine Hebert explique son orientation vers une formation professionnalisante. Elle a passé un CAP puis un bac professionnel en restauration. Au moment de son bac, son psychiatre lui a expliqué qu'elle n'était pas apte pour un travail salarié. Elle a néanmoins essayé : d'abord quelques années en tant que serveuse, puis elle a fait du ménage et s'occupait de la restauration collective dans la fonction publique. Elle n'arrivait cependant pas à gérer son stress, ce qui a causé plusieurs accidents de travail (exposition à des produits chimiques, chutes, etc.). À la suite de ces incidents, un médecin du travail l'a déclaré inapte au travail. Elle considère que cette situation, qui a été difficile à accepter, lui a néanmoins permis de mettre en œuvre les stratégies d'affirmation de soi et de gestion de ses émotions apprises lors de séances de psychothérapie (en groupe ou avec sa psychologue du CMP). Elle me dit qu'il lui serait impossible de retravailler un jour à cause de l'imprévisibilité des relations professionnelles qui mettraient certainement en échec ce travail sur elle-même. On peut faire l'hypothèse que Sandrine Hebert a transféré son rapport vis-à-vis de l'institution scolaire à l'institution psychiatrique (la volonté de plaire et d'être une « *bonne élève* »). Ce transfert a été favorisé par le fait qu'elle apprécie les relations soignantes depuis qu'elle a été diagnostiquée avec le « trouble de la personnalité *borderline* », ce qui préside comme on l'a vu à l'appropriation complète de ce diagnostic. Ici encore, un parallèle avec son rapport avec l'école peut être évoqué. Sa réussite scolaire était

dépendante de la personne enseignante : « *J'enregistrais rapidement* [les cours]. *Après, ça dépendait du professeur que j'avais. Si c'était un professeur que j'aimais bien, je retenais facilement. Par contre, si je n'aimais pas le professeur, ça ne rentrait pas. Ça ne rentrait jamais* ». La bonne volonté culturelle de Sandrine Hebert, associée à l'adhésion avec ses soignant·es du CMP, jette donc les bases d'une appropriation complète du diagnostic, qu'elle vit comme une source d'apaisement.

La configuration familiale de Toschiro Keller, qui a 44 ans au moment de notre entretien, a quant à elle été marquée par l'ascension sociale de son père. Entré en tant qu'électricien dans un centre de recherche, il a passé ensuite un diplôme qui lui a permis de prendre part aux activités de recherche et a fini sa carrière dans le corps diplomatique. Sa mère, qui travaillait comme secrétaire dans ce même centre de recherche, s'est consacrée par la suite au travail reproductif en tant que femme au foyer, et a accompagné la mobilité sociale ascendante de son mari dans un modèle familial que l'on peut qualifier de traditionnel. Les activités réalisées par Toschiro Keller durant son enfance sont ainsi typiques des stratégies parentales imprégnées par l'aspiration à la réussite scolaire et sociale. En plus de l'école, il a suivi des cours particuliers de piano et des cours de dessin. Il a ensuite été inscrit dans un lycée privé international, indiquant ainsi la construction de dispositions scolaires. Ces dispositions se sont particulièrement illustrées en amont de notre entretien. Il m'a envoyé la veille de notre entretien un document Word de 3 pages, qui listait de manière chronologique ses trajectoires de vie et de soins, qu'il avait organisées en rubriques[1150]. On retrouve ici la quasi-professionnalisation du discours sur soi qui provient de ses multiples suivis médicaux : en psychiatrie et psychothérapie, durant l'accompagnement médical de sa transition de genre, ainsi que de la prise en charge de ses maladies somatiques chroniques. Durant ces suivis, il a ainsi pu apprendre à mettre en ordre son histoire personnelle. Toshiro Keller a également pu mobiliser ses compétences scolaires afin de correspondre aux attentes des équipes soignantes et recevoir ce qu'il souhaitait, notamment dans le cadre de sa demande d'hormones. Après un premier refus médical pour la prise d'hormone dans un hôpital causé par son dossier psychiatrique qui contenait une mention de « schizophrénie », il m'explique comment il a « *caché* » son trouble et ses antécédents psychiatriques. Lors de cette seconde demande, il a

[1150] Ce document comprend sept rubriques (Enfance, adolescence, études, monde du travail, instabilités et deuils, autoentrepreneur, maladie somatique actuelle). S'y trouvent les détails et la liste de ses suivis médicaux et psychothérapeutiques, de ses hospitalisations, de sa vie amoureuse, de sa transition de genre, etc.

particulièrement travaillé pour faire dire au test de Rorschach[1151] ce que les professionnel·les souhaitaient entendre.

> TOSHIRO KELLER : Quand je suis retourné sur [ville 1], et vu que j'avais retiré tous mes dossiers pour les amener à [ville 2], je m'étais rendu compte qu'ils ont pas écrit grand-chose donc il avait eu le temps de tout oublier. Nickel ! On va recommencer à zéro [rires]. Donc, quand j'ai finalement passé les tests, les tests projectifs à la con là, le Rorschach qui a été prouvé que ça sert à rien. Fin bon pardon, si vous voulez utiliser cet entretien [rires].
>
> IG : Il n'y a pas de soucis, de toute façon je vous ai dit, c'est utilisé de manière anonyme donc on vous ne reconnaîtra pas.
>
> TOSHIRO KELLER : [continue à rire]
>
> IG : Mais c'est intéressant ça. Et une fois qu'il y a eu ces tests de Rorschach ?
>
> TOSHIRO KELLER : Bah je les ai utilisés à mon avantage, comme je savais comment ils décryptaient, la grille d'interprétation du test, bah j'ai fait dire au test que j'étais pas schizophrène, parce que c'est ça qu'ils voulaient savoir [en riant de plus en plus]. Qu'au contraire j'allais très bien ! Que j'étais très dynamique ! [Toujours en riant] Et que j'allais très très bien et là évidemment ça a marché.
>
> IG : D'accord et du coup vous vous étiez renseigné sur le test du Rorschach ?
>
> TOSHIRO KELLER : Bah oui parce qu'ils me l'avaient déjà présenté à [ville 1], et comme ils parlent pas entre [ville 1] et [ville 2], bon bah ouais, ils avaient pas récupéré les données donc ils savaient pas ce que j'avais dit la première fois, la première fois je l'avais fait bêtement.
>
> IG : Ok. Donc en fait vous aviez connaissance en fait de la grille des réponses et de ce que ça voulait dire, c'est ça ?
>
> TOSHIRO KELLER : Oui oui, bah du coup je m'étais renseigné sur toutes les figures et qu'est-ce qu'ils espéraient avoir comme réponses pour diagnostiquer la schizophrénie, et puis j'ai bien évité ça, et bon voilà il y a des manières de répondre qui font qu'on se rend compte que la personne est totalement saine d'esprit, et qu'en plus elle est très dynamique enfin beaucoup d'énergie, bref, donc je leur ai donné. Bon évidemment je voulais pas non plus trop, parce que si ils se rendaient compte que j'étais vraiment trop bien, il y avait un problème, de temps en temps j'ai mis quelques trucs qui, voilà, qui reviennent dans la normalité quoi [en riant], que je sois pas trop bien non plus.
>
> IG : Je vois, ne pas être trop bien sinon c'est suspect.
>
> TOSHIRO KELLER : Ah bordel !
>
> IG : Donc ça c'était tout un travail en fait ?
>
> TOSHIRO KELLER : Ah oui oui, c'était tout un travail ! Ah oui j'ai bossé un moment sur ce truc hein. J'étais écroulé de rire en sortant de ça [riant toujours]. Oui, j'ai pris

[1151] Le test de Rorschach est un test projectif qui consiste pour la personne évaluer à commenter des formes d'encres abstraites.

> ça un peu à la rigolade à la fin, mais bon ça a marché, le pire c'est que ça a marché, c'est qu'après j'ai eu l'autorisation pour démarrer les hormones.

L'implication de Toshiro K dans un travail sur soi s'articule donc à une connaissance fine du monde médical et à sa capacité à répondre aux attentes professionnelles de manière stratégique et informée. Cette inclination pour les savoirs médico-psychologiques se concrétise ainsi dans son engagement au sein du groupe Facebook d'entraide qu'il a cocréé, et dont il est l'un des administrateurs. Il s'occupe ainsi de modérer les échanges, d'apporter des ressources aux membres du groupe et il synthétise des publications sur le trouble *borderline*.

La trajectoire de Toshiro Keller fait écho à celle de Pascaline Bréant. Cette dernière m'explique qu'il y a « *plutôt des têtes dans la famille* » et qu'elle a l'impression d'avoir échoué par rapport à ses frères et sœurs. Ces dernier·es sont au moment de notre entretien, docteure en biologie, ingénieurs, linguiste ou encore cuisinier professionnel. Malgré ce sentiment d'échec, les socialisations familiales et scolaires de Pascaline Bréant l'ont néanmoins amenée à forger des dispositions scolaires, rendues notamment visibles dans sa prise de notes durant notre entretien. Au moment de notre entretien, elle s'est aussi inscrite dans une activité qui vise à prolonger ce travail sur soi par le début d'une activité professionnelle, en alternance, en tant que pair-aidante dans une structure de soins psychiatriques.

Les socialisations familiales et scolaires de Sandrine Hebert, Toshiro Keller et Pascaline Bréant sont articulées à des socialisations auprès des professionnel·les de la santé mentale (psychiatrie et psychothérapie). Ils entraînent une forme d'acculturation à la culture psychologique qui amène les personnes à investir le trouble *borderline* comme un véritable support du travail sur soi. Des variations peuvent néanmoins être repérées. Tout d'abord en termes d'implication dans le champ de la santé mentale et de constitution de son expérience comme une expertise. Cette variation peut être en partie expliquée par un rapport différencié au travail sur soi. Sandrine Hebert m'explique ainsi longuement les difficultés et la fatigabilité exacerbée qu'engendre la mise en œuvre des stratégies d'affirmation de soi et de gestion des émotions. Celles-ci sont limitées aux interactions familiales et amicales, et elle n'envisage pas de reprendre un travail salarié un jour. Elle essaye en ce sens d'accepter de vivre avec certaines de ses difficultés, qu'elle considère comme immuables. Toshiro Keller et Pascaline Bréant me font également part de la difficulté de ce travail sur soi, tout en l'adoptant de manière quasi-systématique dans l'ensemble de leur vie et en le prolongeant dans des activités qui consistent à transmettre à d'autres personnes les bienfaits de ce type de rapport à soi et à ses émotions.

Les manières de rendre compte des difficultés, d'expliquer le trouble *borderline* ainsi que les ressorts thérapeutiques varient. Le discours de Sandrine Hebert diffère ainsi de ceux de

Toshiro Keller et Pascaline Bréant, notamment dans la manière de décrire les difficultés. Tandis que la première reprend quasiment mot pour mot les explications médicales et psychologiques, les seconds ont un rapport plus relâché au registre médical, n'hésitant pas à déployer des discours sur les enjeux politiques, sur des dimensions spirituelles, ou encore à expliciter, tout en les reformulant, les principes thérapeutiques spécifiques au trouble *borderline*. Cette capacité à s'approprier les savoirs médico-psychologiques s'illustre également dans la capacité qu'a Toshiro Keller de négocier avec l'institution médicale ou encore dans la possibilité, chez Pascaline Bréant, de projeter une professionnalisation de son expérience en débutant une formation de pair-aidance. Ces variations peuvent certainement s'expliquer par un rapport socialement différencié aux savoirs et à l'autorité médicale, et témoignent des différentes formes d'acculturation à la culture psychologique.

Cette esquisse des types de travail sur soi a émergé durant l'analyse de mes matériaux. Cette analyse, qui adopte une perspective dispositionnaliste, n'a pas fait l'objet d'une réflexion méthodologique en amont, et elle fait donc courir le risque d'une surinterprétation vis-à-vis des données recueillies[1152]. Il me semble néanmoins qu'elle permet de dessiner des pistes pour des prolongements ultérieurs à une analyse des conditions dispositionnelles de l'appropriation complète d'une catégorie de santé mentale. Dans ce mode de réception, la catégorie fonctionnerait alors comme support symbolique d'un travail sur soi quasi-permanent en lien avec des thérapeutes et des théories psychologiques. Il s'agit en ce sens de l'intériorisation des propositions thérapeutiques spécialisées dans le trouble *borderline*. Ces propositions s'inscrivent plus globalement dans l'idéal contemporain de l'intervention psychiatrique : l'injonction à ce que les personnes remplissent de manière autonome les attentes de leur cercle social d'appartenance à partir d'« un travail de soi[1153] » qui leur permettent de vivre en dehors de l'hôpital[1154]. La forme de ce travail varie donc en fonction des origines et des trajectoires sociales : d'une conformation aux dispositifs « psys » à une pleine intériorisation de leurs attentes favorisée par des dispositions individuelles préalablement constituées et qui permet alors de devenir membre de ces dispositifs en passant de la position de profane à celle d'initié.

[1152] Muriel Darmon, « Analyser empiriquement un inobservable : comment "attrape-t-on" une disposition ? »: dans Séverine Depoilly et Séverine Kakpo (dir.), *La différenciation sociale des enfants. Enquêter sur et dans les familles*, Saint-Denis, Presses universitaires de Vincennes, 2019, p. 107-137.

[1153] Voir à ce sujet le chapitre IV « un travail de soi » dans Isabelle Coutant, *Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents*, Paris, la Dispute, 2012, p. 111-139.

[1154] Nicolas Marquis, « Making People Autonomous: A Sociological Analysis of the Uses of Contracts and Projects in the Psychiatric Care Institutions », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2022, vol. 46, nº 2, p. 248-276.

Deux principales conditions président ainsi à l'appropriation positive et complète du trouble *borderline*. Premièrement, il convient que cette catégorie soit davantage valorisante socialement que les formes antérieures de catégorisation, comme la bipolarité ou schizophrénie que l'on retrouve chez Toshiro Keller et Sandrine Hebert, et qui risqueraient de les assigner du côté de la folie. Deuxièmement, l'appropriation complète du trouble *borderline* est également possible lorsque les ressources (capitaux, dispositions, etc.) des personnes permettent de contrebalancer le caractère stigmatisant du diagnostic, en le mobilisant comme objet de professionnalisation, ce qui est le cas de Pascaline Bréant, ou de sensibilisation aux troubles de santé mentale, ce que réalise Toshiro Keller à travers l'administration d'un groupe Facebook d'entraide sur le trouble *borderline*.

2.2. Les rejets de la catégorie

Le second mode de réception prend la forme d'un rejet de la catégorie. Ce rapport à la catégorie est souvent adopté après une période d'appropriation du diagnostic. Cependant, ces dernières ont ensuite connu des expériences qui les ont amenées à le percevoir comme une catégorie misogyne et sexiste. Ces expériences peuvent être des vécus de violences dans le milieu psychiatrique, notamment des expériences d'enfermement et de contention qui viennent redoubler les traumatismes repérés comme étant à la source de leur souffrance. Cependant, ces vécus m'ont aussi été rapportés dans les autres types de réception, à l'image du récit de Sandrine Hebert qui évoque en filigrane la violence institutionnelle de la psychiatrie et sa perte de confiance temporaire vis-à-vis de l'autorité médicale. Ils n'expliquent donc pas à eux seuls le rejet de la catégorie. Comment, dès lors, rendre compte de ce type de posture vis-à-vis du diagnostic ?

2.2.1. Une critique radicale des diagnostics. Le cas de Margaux Viguier

Durant notre entretien Margaux Viguier me dit, ironiquement, s'être « *radicalisée sur internet* ». Elle est actuellement « *du côté des anarchistes* », et fait des permanences dans une librairie libertaire. Margaux Viguier a 28 ans, et comme la majorité de mes enquêtées, a eu un Bac L. Elle a ensuite suivi des études de lettres, d'abord une licence de lettres modernes, puis un master de lettres appliquées. Elle m'explique que ses études ont été compliquées et son entrée dans le milieu professionnel très difficile. Après deux stages arrêtés avant leur terme, et un travail qui s'est mal passé, elle est actuellement bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). C'est d'ailleurs la seule raison pour laquelle elle continue à voir un

psychiatre (« *pour le côté administratif* »). Elle m'explique que l'AAH lui permet de s'investir dans des associations et le militantisme. Sa mère était professeure de langue dans le secondaire et son père, qui a arrêté les études à l'âge de 14 ans, est devenu chef d'entreprise et gagne relativement bien sa vie. Margaux Viguier me dit qu'elle était « *la malade mentale de la famille* ». Elle a connu une première hospitalisation à l'âge de 13 ans, vite suivie par plusieurs autres jusqu'à sa majorité. À 18 ans, alors qu'elle allait « *mieux* » et qu'elle se renseignait sur les diagnostics, une amie québécoise lui a parlé du trouble *borderline*. À ce moment-là, elle n'était « *pas encore réfractaire aux diagnostics* » ; elle cherchait à mettre un mot sur ses difficultés, et c'est le diagnostic qui lui correspondait le mieux. Elle a ensuite connu une trajectoire qui l'a amenée à se politiser.

> IG : Donc là tu cherchais à mettre un terme, un mot sur le problème que tout le monde te disait que t'avais. Et à partir de quand ça a un peu changé cette vision-là ?
>
> MARGAUX VIGUIER : Ça a un peu changé quand j'ai… Bah il y a eu plusieurs étapes. D'abord, ça change pas du jour au lendemain. […] Je pense que la première étape ça a été quand j'ai commencé à parler de mon parcours psychiatrique. Ça a été, à mon avis une première étape, parce que je me suis rendu compte que c'était pas quelque chose d'isolé. […]
>
> IG : Et donc c'est ça qui t'a amenée à ce dont tu me parlais là… de ton positionnement politique sur la psychiatrie.
>
> MARGAUX VIGUIER : Oui parce que du coup, ça m'a surtout amenée à être très, très en colère. Et donc, quand on est très, très en colère, il faut en faire quelque chose donc euh. Donc je me suis renseignée et puis après, c'est comme ça qu'on milite et qu'on fait des trucs, quand on est en colère. Il faut être un peu en colère pour militer.

Margaux a « *commencé à parler de* [s]*on parcours psychiatrique* », qu'elle qualifie d'« *aléatoire* », en publiant un billet de blog. Ce texte a été largement diffusé et très lu – alors qu'elle s'attendait à cinq personnes, 3000 ont consulté son blog. À la suite de cette publication, elle a reçu de très nombreux messages. Elle identifie cet évènement comme un tournant : « *C'était pas vraiment une découverte dans le sens où je m'y attendais un peu, mais c'est pas pareil de s'y attendre un peu et de le comprendre pour de vrai.* » Par la suite, elle s'est mise à « *beaucoup discuter* » et à lire des livres sur la psychiatrie et elle a adopté des positionnements politiques résolument antipsychiatriques, qu'elle qualifie de « *très tranchés* ». Pour elle, « *les diagnostics sont une manière d'individualiser, de pathologiser des problèmes sociaux* ». Cela lui a fait prendre ses distances par rapport à la nécessité de mettre un terme sur ce qu'elle avait :

> MARGAUX VIGUIER : Je suis un peu beaucoup plus renseignée sur la psychiatrie aujourd'hui qu'à l'époque. Et du coup, je suis pas convaincue que les catégories diagnostiques valent vraiment quelque chose. […] le *borderline* en particulier a pas

> mal de… il est très éminemment critiquable, en prime, beaucoup plus que d'autres – même si je pense qu'on peut critiquer le DSM dans son intégralité de toute façon. Le *borderline*, c'est quand même un peu le diagnostic qui a récupéré les hystériques. Enfin, je sais que c'est pas historiquement celui-là qui a repris l'hystérie, puisque c'est la personnalité histrionique qui a repris l'hystérie. Mais dans les faits, c'est à peu près les mêmes personnes qui reçoivent aujourd'hui le diagnostic, que celles qu'auraient reçu une hystérie. […]
>
> IG : Et quand tu dis que c'est les mêmes personnes…
>
> MARGAUX VIGUIER : Bah, ça reste en grande majorité des femmes, qu'ont vécu plutôt des abus sexuels dans l'enfance ou dans l'adolescence, qui sont on va dire un peu réfractaires vis-à-vis de l'autorité psychiatrique en règle générale, c'est pas nécessairement vrai, mais il y a quand même pas mal de ça. Et puis ça pose aussi des problèmes de, alors c'est peut-être des problèmes de vocabulaire, mais de faire porter ce genre de choses sur ta personnalité, ça finit par dire un peu quand même que c'est toi le problème, des trucs comme ça.

À l'image de Margaux Viguier, le vécu de l'errance diagnostique et la confrontation à des expériences difficiles en psychiatrie, entraîne chez les personnes qui rejettent la catégorie une remise en cause de l'autorité psychiatrique et jette donc les bases à des rapprochements avec des groupes de personnes et des lectures qui critiquent la catégorie et l'institution psychiatrique. Cela débouche sur des engagements et des pratiques militantes qui peuvent constituer une manière de relégitimer certaines émotions, comme la colère. Cela constitue aussi une autre manière de les gérer. Ce rapport critique à l'institution présuppose néanmoins certaines dispositions, notamment scolaires et littéraires dans le cas de Margaux. C'est à travers sa capacité à mettre en récit par écrit et publiquement son parcours psychiatrique, ainsi que par sa capacité à trouver et lire des ouvrages marxistes, antipsychiatriques, parfois anglophones, qu'elle a développé cette position critique et remis en cause le diagnostic qu'elle s'appropriait pourtant pleinement. Elle m'a ainsi conseillé la lecture du sociologue marxiste Bruce M. Z. Cohen sur l'« hégémonie psychiatrique[1155] », et m'a ensuite envoyé la version électronique de ce livre.

2.2.2. Des identifications psychologiques alternatives

Alors que Margaux Viguier représente la position la plus antipsychiatrique, au point de refuser d'utiliser des catégories diagnostiques, les autres personnes qui rejettent la catégorie changent plutôt d'(auto)identification psychologique tout en critiquant la catégorie trouble de la personnalité *borderline* pour son caractère misogyne et sexiste. C'est le cas, comme on l'a

[1155] Bruce M. Z. Cohen, *Psychiatric Hegemony. A Marxist Theory of Mental Illness*, London, Palgrave Macmillan, 2016.

vu précédemment, de Lucas Martin qui est l'une des trois personnes rencontrées ayant effectué une transition F To M[1156]. Il a été diagnostiqué et s'est approprié complètement le diagnostic avant sa transition. Par la suite, Lucas Martin s'est rendu compte que les professionnel·les de la santé mentale le voyaient plutôt comme « *Asperger* », et lui-même s'est ensuite reconnu et identifié à cette catégorie. Quelques mois après notre premier échange, j'ai réalisé un second entretien avec Lucas Martin. Il m'a alors fait part d'une nouvelle hypothèse diagnostique : le « trouble dissociatif de l'identité » (TDI). Le TDI est le nom qui a remplacé le trouble de la personnalité multiple lors de la publication du DSM-IV en 1994. Ce trouble est caractérisé par la présence, chez une même personne, de plusieurs identités, nommées des « alters » qui s'inscrivent dans ce qui peut être nommé un « système ». Les causes de ce trouble sont principalement rattachées à des vécus traumatiques « intenses ». Cela engendre une « fragmentation du moi » et des épisodes dissociatifs aigus accompagné d'amnésies[1157]. Cette nouvelle identification psychologique, qui vient s'articuler à celle d'autisme, lui permet de rendre compte des effets de son vécu traumatique. Ainsi, et mis à part Margaux Viguier, les personnes qui rejettent le diagnostic, en formulant une critique de la dimension sexiste et misogyne de la catégorie, sont passées d'une appropriation positive du trouble *borderline* à celle d'un trouble du spectre autistique (TSA), parfois qualifié de « *haut niveau* » ou d'« *Asperger* », pouvant alors s'articuler à une appropriation d'autres catégories de santé mentale, comme le TDI qui permet de rendre compte des effets psychiques des expériences de la domination.

Tout se passe donc comme si ce changement de catégorie diagnostique, articulé à une critique du trouble *borderline*, se réalisait dans une optique de changement de positionnement dans la répartition sexuée entre raison et folie, qui comme je l'ai évoqué dans le chapitre précédent recoupe la partition sexuée entre l'émotivité et la rationalité. Pour ces personnes et leurs groupes de sociabilité, le Trouble du spectre de l'autisme n'est pas vu comme de la « folie » ou de l'irrationalité, mais plutôt comme une « neuroatypie », une autre manière de fonctionner et de penser. Cela présuppose une capacité d'action, de réflexion, et donc de rationalité, tout en véhiculant des schèmes biologisants concernant les difficultés vécues. Cette appropriation du TSA s'articule alors avec une lecture politique de ces difficultés.

Mathias Villeneuve, dont il a été question précédemment et qui réalise au moment de l'entretien une licence de sociologie, a ainsi répondu à mon appel à participation par un message

[1156] Expression pour désigner une transition de femme à homme (*Female-to-male*)
[1157] Ian Hacking a consacré une étude à cette catégorie. Voir Ian Hacking, *L'âme réécrite : étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998.

où il disait vouloir « *rendre visible, d'une certaine façon, la réalité d'être borderline, trans' et noir* », et montrer « *la spécificité de ces intersections* ». Lorsque l'on a commencé l'entretien, il m'explique ceci.

> MATHIAS VILLENEUVE : J'ai été diag avec le TPB [Trouble de la personnalité borderline] je dirais depuis 2014-2015, et même si je pense pas être TPB en soi, je pense être sur le spectre autistique [il me dira quelques minutes plus tard « Asperger »], quelque part on m'a mis TPB parce que je suis féminisée en fait, c'est des doutes que j'ai depuis deux ans là […] Je suis pas TPB, mais on va me mettre TPB parce que, pour moi, il y a la misogynie je pense, il y a le sexisme, si je pète un plomb c'est parce que je suis hystérique, c'est ce que je me dis.

Le rejet du trouble *borderline* permet en ce sens de contourner la pathologisation des émotions qui s'articule à une perception genrée des déviances émotionnelles, en rendant compte de ces déviances par des catégories dont la signification les rattache à une différence ou à des effets « normaux » de traumatismes, et non à une pathologisation et une individualisation des difficultés.

En ce sens, les formes de réceptions de la culture et les savoirs « psys » sont articulés à des positionnements politiques. La compréhension de la souffrance, et donc la déviance émotionnelle, passe par une impression de décalage avec le monde ordinaire que ces personnes veulent changer et voir changer. La catégorie, loin d'être une ressource cognitive qui permet de rendre compte des difficultés, devient ici un obstacle qui participe à invisibiliser les rapports de domination. D'autres catégories de santé mentale peuvent néanmoins être mobilisées et appropriées, à l'image du TSA, où le registre biologique de la neuroatypie permet de critiquer la psychologisation et l'individualisation d'une catégorie comme le trouble *borderline*.

2.2.3. Une lecture du monde social en termes de rapports sociaux

L'un des principaux fondements à ce rejet du trouble *borderline* est donc l'adoption d'une lecture du monde social en termes de rapports sociaux, c'est-à-dire son appréhension à partir des différenciations, des luttes et des différentiels de pouvoir entre les groupes sociaux. En ce sens, cette posture vis-à-vis du diagnostic s'articule avec un usage militant des sciences sociales chez ces personnes[1158]. Ici, les schèmes biologisants et sociologiques[1159] s'articulent pour

[1158] Johanna Siméant, « Friches, hybrides, et contrebandes: sur la circulation et la puissance militantes des discours savants » dans Philippe Hamman, Jean-Mathieu Méon et Benoît Verrier (dir.), *Discours savants, discours militants*, Paris, L'Harmattan, 2002, p. 17-53.

[1159] Marlène Bouvet, « La "biologisation bienveillante" des déprimé·es en clinique privée : La réception de trois répertoires de légitimation au prisme de la classe et des masculinités » dans Laurine Thizy et al. (dir.), *Biologisation(s) : Les usages sociaux de l'argument biologique en santé*, Lyon, ENS Éditions, 2023, p. 71-95.

contrecarrer la psychologisation et l'individualisation qui sont perçues dans le trouble *borderline*.

Mathias Villeneuve évoque ainsi les « *intersections* » entre le sexisme et le racisme, ce qui indique sa connaissance des travaux sur l'intersectionnalité dans le champ des sciences sociales. Il réalise d'ailleurs, au moment de notre entretien, des études de sociologie. De la même manière, Romane Barthes, qui est doctorante en sciences sociales au moment de notre entretien, s'identifie comme on l'a vu à la catégorie d'autisme (« *Asperger avec un haut potentiel* »). En fin d'entretien, et lorsque je lui demande si elle a des choses à ajouter, elle évoque une hypothèse qu'elle me conseille de creuser dans la suite de mon enquête : « *la différence genrée dans la perception de la sexualité avec un diagnostic* [psy] ».

> ROMANE BARTHES : Je pense qu'en même temps, le diagnostic chez les gars peut faire peur aux filles. Alors que si c'est une fille qui a reçu un diagnostic, je pense que ça fait moins peur. Parce que, voilà, je pense… Enfin, un gars qui a reçu un diagnostic, bon, déjà, avec le patriarcat, les normes de domination, on a ce… ce préjugé, non, cette vision de la violence, déjà, patriarcale et de domination de la part des hommes.

De son côté, Lucas Martin chausse également les lunettes des rapports sociaux lorsqu'il évoque le diagnostic de trouble *borderline*. Comme je l'ai évoqué précédemment, Lucas Martin a été diagnostiqué *borderline* et se l'est dans un premier temps approprié complètement. Après la remise en cause de cette catégorisation, il a néanmoins continué de travailler avec son psychiatre, devenu alors un ami, et il s'est impliqué dans le champ de la santé mentale, notamment dans le cadre de conférences et d'une activité de pair-aidant. Il évoque durant notre entretien le texte de la psychologue britannique spécialiste du traumatisme, Jessica Eaton, concernant le caractère misogyne du trouble *borderline*[1160] :

> LUCAS MARTIN : Il y a un article qui est intéressant, je vais te l'envoyer, c'est sur le fait que le diag *borderline* est antiféministe, c'est un truc comme ça, il y a quelque chose là-dessus qui est potentiellement intéressant.

Il a découvert ce texte sur Twitter, et l'a envoyé à son ami psychiatre qui l'avait diagnostiqué :

> LUCAS MARTIN : Et c'étaient des amis qui m'avaient envoyé le tweet. Je lui avais envoyé par mail pour dire « Réfléchis quand tu poses un diag de *borderline* ». Et ensuite, il avait dit : « Ah, c'est intéressant ». Et ensuite, il l'avait repartagé.

Cette lecture en termes de rapports sociaux, partagée par les personnes qui rejettent le diagnostic, n'entraîne cependant pas les mêmes prises de position. Tandis que Margaux Viguier

[1160] Jessica Eaton, *Le trouble de la personnalité limite (ou « borderline ») est une foutaise misogyne.*, https://tradfem.wordpress.com/2019/10/03/le-trouble-de-la-personnalite-limite-ou-borderline-est-une-foutaise-misogyne/ , 3 octobre 2019, (consulté le 25 août 2020).

critique radicalement le système de classification psychiatrique, et espère l'abolition prochaine de l'« hégémonie psychiatrique », d'autres personnes concentrent leur critique sur la seule catégorie « trouble de la personnalité *borderline* », sans pour autant remettre en cause totalement l'institution psychiatrique ou le champ de la santé mentale. Le choix des identifications alternatives informe également les positionnements dans l'espace du militantisme concernant la santé mentale et le handicap. En effet, dans certains groupes militants antivalidistes, la catégorie d'« Asperger » ou d'« autisme avec un haut potentiel » est particulièrement critiquée dans ce que ces catégories disent et véhiculent de la domination sociale, notamment en termes de classe. En effet, l'appropriation et l'usage de cette catégorie reproduisent la différenciation, et surtout la distinction entre le « syndrome d'Asperger », forme définie comme légère de l'autisme et associée à la figure du génie, et l'« autisme de Kanner », une forme sévère qui se déclare dès la prime enfance et qui engendre souvent des troubles de la communication et des interactions sociales (les professionnel·les parlent également parfois d'autisme non-verbal)[1161]. En ce sens, l'adoption de cette posture de rejet vis-à-vis du trouble *borderline* ne suppose pas une implication automatique ou unifiée dans cet espace du militantisme concernant la santé mentale. Elle indique des formes différenciées de politisation de la santé mentale, qui seront dépliées dans la section suivante. Cela éclaire ainsi les usages sociaux différenciés de la culture psychologique et nuance la lecture homogénéisante, et parfois monolithique, véhiculée par une approche en termes de « psychologisation », dans le sens où des catégories de santé mentale sont parfois mobilisées en lien avec des schèmes biologisants, sociologiques ou politiques.

Dans cette modalité de réception du trouble *borderline* se retrouvent des personnes qui ont un volume de capital culturel et économique relativement plus élevé que chez les autres personnes rencontrées. Margaux Viguier qui comme on l'a vu a grandi dans une famille fortement dotée en capital culturel (par sa mère) et en capital économique (par son père), a obtenu, après un Bac L et une licence, un diplôme de Master en lettres modernes. Lucas Martin a une mère professeure des écoles et un père ingénieur qui gagnait « *très bien* » sa vie. Il est diplômé, après avoir obtenu un Bac S, d'une école de travail social, a réalisé une licence dans le domaine de la santé, et a une activité professionnelle dans la sphère de la pair-aidance (travail dans une structure de soins psychiatrique, participation à des congrès de médecine, construction d'outils pour prévenir les risques suicidaires, etc.). La configuration familiale de Romane

[1161] Je remercie Aude Lebrun de m'avoir indiqué cette dimension. Pour un approfondissement, voir sa thèse en cours Aude Lebrun, *La légitimité des concernés : évolutions de l'espace de la cause du handicap depuis la loi du 11 février 2005*, Université de Picardie Jules Verne et Paris Dauphine.

Barthes est quant à elle davantage marquée par le capital économique que culturel. Son père est sous-officier de l'armée et sa mère, qui a dû changer à plusieurs reprises d'activité professionnelle pour suivre son mari, et est aide à domicile. Au moment de notre entretien, Romane Barthes était en doctorat de sciences sociales après avoir eu un Bac S, une licence et un master en sciences sociales. Mathias Villeneuve a vécu principalement avec sa mère, cheffe d'entreprise au moment de notre entretien, et auparavant gérante d'un petit commerce. Il n'a quasiment jamais vécu avec son père, qui est un ancien charpentier devenu agent de mairie. Il est titulaire d'un Bac S, a réalisé deux années d'école d'ingénieur (avec une double inscription en licence d'informatique), il a commencé, après un passage rapide par l'armée, une licence Langue Étrangère Appliquée, une licence Art et Culture et est, au moment de notre échange, en deuxième année de licence de sociologie.

Chez ces personnes, on retrouve également des expériences d'hospitalisation ou de suivi en psychiatrie publique qui ont engendré un vécu de violences institutionnelles. Pour certaines, ces configurations de prises en charge n'ont pas entraîné d'affinité avec les thérapeutes spécialistes du trouble *borderline*, à l'image de Romane Barthes ou Mathias Villeneuve qui ont reçu le diagnostic lors de leurs prises en charge en psychiatrie publique alors qu'ils préféraient les soins privés. D'autres ont d'abord eu une appropriation complète du diagnostic, pour ensuite connaître des trajectoires qui les en ont éloignés et qui ont posé les bases d'une lecture critique du trouble *borderline* : une trajectoire de socialisation militante pour Margaux Viguier et une prise de conscience de l'effet du genre sur le processus diagnostique chez Lucas Martin.

2.3. Les appropriations ambivalentes

Le troisième mode de réception correspond à des appropriations ambivalentes. Tandis que les deux types de réceptions précédentes constituent des pôles où se retrouvent des personnes qui développent des discours particulièrement construits et réflexifs concernant l'intérêt ou le manque d'intérêt du trouble *borderline*, la majorité des personnes me font part, quant à elles, d'une incertitude concernant cette forme de catégorisation de leur vie mentale. Comme on l'a vu précédemment, lorsque j'ai abordé l'enjeu de la meilleure manière de nommer ses souffrances[1162], ce type d'appropriation est majoritairement expliqué par le fait que cette catégorie est illégitime dans le milieu psychiatrique. Cette illégitimité risque de rejaillir sur la valeur sociale des personnes elles-mêmes et susciterait alors le risque d'une forme de déclassement. Cela engendre ainsi une incertitude quant aux manières de qualifier, et même

[1162] Cf. supra. 1.3.3. À la recherche de la manière socialement acceptable de nommer ses souffrances.

quant à l'intérêt de qualifier, ce que les personnes vivent. Ces incertitudes amènent certaines personnes à interroger l'authenticité de leurs symptômes ou encore à une appropriation par défaut de ce diagnostic.

2.3.1. Incertitudes concernant la légitimité et l'efficacité du diagnostic

J'ai évoqué précédemment les récits d'Emma Launay et d'Élodie Guitard qui évitent de revendiquer le trouble *borderline* auprès de leurs entourages. Elles préfèrent des catégories qu'elles perçoivent comme plus acceptables socialement : la dépression et le stress post-traumatique complexe. J'ai ainsi retrouvé, chez la majorité des personnes rencontrées, une tension entre la volonté de comprendre leur difficulté et la crainte d'une potentielle stigmatisation associée au trouble *borderline*. Cela se concrétise, chez elles, par une incertitude vis-à-vis des catégories de santé mentale, et leurs récits illustrent les conflits de catégorisation qu'elles n'arrivent pas réellement à résoudre.

Dans ce mode d'appropriation, la possibilité de légitimer les difficultés à partir d'un diagnostic perçu comme flou et en demi-teinte semble donc très incertaine. Le trouble *borderline* permet dans un premier temps de rendre compte de certaines difficultés. Cependant, la confrontation au statut controversé du diagnostic en psychiatrie vient jeter le doute. Ces personnes n'ont effectivement pas trouvé une accroche institutionnelle solide dans le sous-champ de la santé mentale qui valorise et promeut le diagnostic. Cela ne permet donc pas de contrebalancer le potentiel stigmate que peut constituer le diagnostic.

Élodie Guitard, qui préfère mettre en avant sa « *dépression* » et ses « *problèmes d'angoisse* », a par exemple connu des hospitalisations difficiles en psychiatrie, mais n'a pas trouvé chez une psychologue spécialisée, et donc dans le diagnostic, une ressource efficace pour aller mieux. Ce suivi psychothérapeutique n'a pas duré longtemps, car elle trouvait le type de thérapie proposée (l'EMDR) « *très fumeux* ». Ça lui « *coûtait cher* », elle ne voyait « *pas d'amélioration* », et elle trouvait qu'elle discutait mieux avec ses proches qu'avec cette psychologue. Pour elle, la psychologue ne posait pas les bonnes questions et ne lui avait pas expliqué les tenants et les aboutissants de cette thérapie. Elle en conclut donc que ce n'était « *pas très profitable* ».

Ces personnes oscillent ainsi entre plusieurs modes de réception concernant les catégories de santé mentale et elles naviguent au sein d'une multitude de catégories, plus ou moins intéressantes, et plus ou moins appropriables à leurs yeux. Cela se voit notamment dans leurs groupes de sociabilité, où plusieurs personnes utilisent des catégories de santé mentale pour se désigner.

> CLAIRE MONIN[1163] : Donc par exemple sur le discord[1164] des fois on discute, et il y a d'autres personnes qui se considèrent comme HPI [haut potentiel intellectuel], borderline, ou alors des personnes qui sont sur le spectre autistique. […] Théo iel[1165] se considère comme borderline, j'ai une amie qui se considère comme atteinte de PTSD [trouble de stress post-traumatique], et aussi comme autiste. […] Donc ouais, il y a pas mal de personnes qui se considèrent comme borderline, une personne que je connais qui est bipolaire, voilà.

On voit ainsi l'éventail des catégories disponibles sur le marché des catégories psy, dont la hiérarchie peut s'inverser ou prendre des formes alternatives selon les groupes sociaux, à l'image des normes portées par certains groupes déviants[1166]. Il y a des moments plus ou moins longs d'appropriation d'une ou plusieurs catégories qui permettent successivement de rendre compte des difficultés rencontrées. La possibilité d'une auto-identification repose en ce sens sur la valeur sociale octroyée à une catégorie psychologique. Dans ce mode de réception se développe une recherche de la meilleure manière de nommer son expérience et son vécu, dans laquelle la valeur sociale octroyée à un diagnostic joue fortement sur sa probabilité d'être effectivement approprié.

À l'image des appropriations complètes du diagnostic, cette modalité de réception-appropriation du trouble *borderline* repose sur des configurations de prise en charge, des trajectoires et positionnements sociaux que j'illustre ici à partir des cas d'Élodie Guitard, d'Alix Barbot, Célia Duport.

Élodie Guitard, dont le père est électricien et la mère standardiste, a connu une certaine ascension sociale par le diplôme. Après un Bac L, elle est entrée dans une des classes préparatoires les plus prestigieuses de France, avant d'en partir après quelques mois pour rejoindre une licence à l'université. Elle a par la suite intégré un master recherche en sciences sociales, sans réussir à décrocher un contrat doctoral. Elle est, au moment de l'entretien, chargée de projet dans le milieu culturel et âgée de 27 ans. Contrairement aux personnes qui font un usage militant des sciences sociales vu précédemment, elle n'investit pas les questions de santé mentale avec des formes de politisation, c'est-à-dire qu'elle n'opère, dans son récit, ni une montée en généralité, ni une conflictualisation au sein de sa lecture concernant la santé mentale[1167]. Parallèlement à sa trajectoire scolaire et universitaire, Élodie Guitard a connu une

[1163] Rencontrée par interconnaissance. Médicaments évoqués en entretien : anxiolytiques, antidépresseurs.
[1164] Logiciel de messagerie instantanée.
[1165] Pronom qui permet de désigner les personnes non-binaires.
[1166] BECKER Howard S., *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985.
[1167] Camille Hamidi définit la politisation par la « montée en généralité », qu'elle reprend aux travaux de Luc Boltanski, et la « conflictualisation ». Camille Hamidi, « Éléments pour une approche interactionniste de la politisation. Engagement associatif et rapport au politique dans des associations locales issues de l'immigration », *Revue française de science politique*, 2006, vol. 56, nº 1, p. 5-25 Ces enjeux de politisation de la santé mentale seront pleinement dépliés dans le chapitre suivant.

trajectoire de soins psychiatriques débutée à la fin de son master 2 à la suite d'une rupture amoureuse et d'un refus de contrat doctoral. C'est à ce moment qu'elle connaît une première hospitalisation en psychiatrie. Ce début d'une carrière de maladie en psychiatrie n'émerge pas de nulle part, et fait suite à de nombreux signes de souffrances qu'elle m'indique en entretien : une première tentative de suicide «*passée à la trappe*» à 12 ans, et le début de prise d'anxiolytiques prescrits par un médecin généraliste pendant sa classe préparatoire. Dans le cadre de cette trajectoire de soins psychiatriques au moment de son entrée dans les études supérieures, elle a connu trois hospitalisations en psychiatrie publique à la suite de tentatives de suicide et qui ont été source de violence. Elle ne sait par exemple plus exactement combien de temps elle a passé à l'hôpital durant sa troisième hospitalisation, car elle était «*assez droguée par les médicaments*». Elle a été placée dans une chambre d'isolement, *« avec un matelas par terre et un seau, pour aller aux toilettes et c'est tout, et il y avait une énorme fenêtre sur ma porte, c'était horrible. »*. Après cette première étape de sa carrière de malade en psychiatrie publique, elle a engagé une deuxième étape de malade en cliniques privées et dans les soins psychothérapeutiques en libéral. Ces expériences ont été beaucoup plus positives. Elle décrit sa première hospitalisation en clinique privée de « *très bien* ». Elle voyait un psychiatre tous les jours qui lui a expliqué qu'elle n'était pas en dépression, mais qu'elle était *« désenchantée »*. Lors de cette hospitalisation, elle avait *« besoin de* [s]*e retrouver »*. À son arrivée, elle pensait que cela allait être comme à l'hôpital, mais on ne lui a rien pris. Elle a pu garder ses affaires. Le psychiatre l'a aidée *« à sortir dans le parc, et puis à la Défense, et puis de plus en plus loin, et donc c'était vraiment une très, très bonne étape »*. Élodie Guitard a rencontré le trouble *borderline* lors d'un passage aux urgences qui précédait l'une de ses hospitalisations en psychiatrie publique. Elle rattache donc ce diagnostic au flou psychiatrique qui règne dans ces services et ne l'associe pas à une solution de prise en charge efficace. Cette inefficacité de solutions de prises en charge associée au trouble *borderline* a d'ailleurs été redoublée dans son cas par une rencontre avec une psychologue, présentée comme spécialiste de ce diagnostic et qui proposait des séances d'EMDR, avec laquelle elle n'a pas accroché.

Le père d'Alix Barbot est graphiste et pasteur, tandis que sa mère est professeure dans un collège. Elle a 20 ans au moment de notre entretien et réalise des études en soins infirmiers après avoir eu un Bac L. Elle a vu un pédopsychiatre à l'âge de 6 ans et a été diagnostiquée avec un TDA/H. Entre ses 16 et ses 17 ans, elle a pris des antidépresseurs qui étaient prescrits par un médecin généraliste. À 20 ans, quelques mois avant notre entretien, elle a enchaîné deux tentatives de suicide. Elle fait le lien entre ces tentatives et deux éléments survenus durant l'été qui précède notre entretien : un déménagement, qui fait suite à de nombreux autres, ainsi qu'une

relation sexuelle avec un de ses amis qui, malgré son caractère consenti sur le moment, me dit-elle, l'a grandement déstabilisée. Tandis que la première tentative de suicide faisait suite à une prise excessive de médicaments, elle n'a pas de souvenir de la seconde. Elle m'explique qu'elle s'est réveillée dans un service de réanimation puis a enchaîné un mois d'hospitalisation en psychiatrie. Dans ce cadre, un psychiatre lui a diagnostiqué un trouble bipolaire après 30 minutes de consultation – durée qu'elle trouve un peu rapide. Après sa sortie de l'hôpital, elle a vu une psychiatre qui a hésité entre un diagnostic de trouble bipolaire à cycle rapide et de trouble *borderline*. Cette incertitude diagnostique plonge donc Alix Barbot dans une indétermination quant à la manière de rendre compte de ses difficultés, et surtout la questionne sur l'existence ou non d'alternance entre des phases dépressives et maniaques dans son comportement, sur le substrat physiologique des troubles ainsi que sur les effets des traumatismes.

> IG : Et toi personnellement t'en penses quoi entre ces deux diagnostics[1168] ?
>
> ALIX BARBOT : Bah moi je sais pas, je suis mitigé en fait, j'ai pas forcément les infos sur toutes les maladies. En fait pour moi, tant que ça s'explique pas de façon physique, c'est pas intéressant de poser un mot sur ce que c'est. Pas dans le sens où tout le psychologique c'est physique, mais la plupart des maladies psychiatriques elles ont quand même une cause et on peut les soigner au final, et le trouble *borderline* en fait c'est super compliqué parce que, est-ce que ça résulte pas plus de traumatismes et de façon de se protéger, en fait c'est toute la question, et ils arrivent pas à la résoudre déjà eux alors moi pour avoir un avis là-dessus, c'est un grand sujet.

L'ambivalence d'Alix Barbot vis-à-vis du trouble *borderline* est donc directement liée à l'incertitude diagnostique de la psychiatre qu'elle suit au moment de notre entretien, et s'explique donc en partie par la jeunesse de sa trajectoire de soins en psychiatrie. Son entretien révèle néanmoins sa socialisation à la culture « psy » (plusieurs de ses amies sont diagnostiquées *borderline*) et elle n'est donc pas, *a priori*, réfractaire aux diagnostics et me demande à plusieurs reprises des informations dans le but de stabiliser son identification psychologique.

Célia Duport a également 20 ans au moment de notre entretien, et elle vient de louper son Bac L malgré de bons résultats scolaires : « *J'avais 17 de moyenne donc j'étais contente, mais le bac, j'y suis allée pour que mes parents soient fiers de moi, mais j'ai rien fait du tout aux épreuves, j'ai pas écrit, j'ai rendu copie blanche et je suis partie, donc j'ai pas eu le bac, mais j'ai fini mon année scolaire et là maintenant je fais plus rien, fin je fais du bénévolat.* » Elle a récemment déménagé dans un autre département pour emménager avec son copain, et

[1168] Cet extrait d'entretien est la suite de l'extrait cité dans l'Introduction générale. Des intérêts personnels.

elle est bénévole à la SPA. Son père est professeur dans un lycée technique et sa mère est directrice d'une crèche. À l'âge de 16-17 ans, elle m'explique qu'elle a « *commencé à aller pas bien sans raisons apparentes* ». Alors que tout allait apparemment bien dans sa vie, elle s'est mise à souffrir : « *J'ai passé un an en n'allant pas bien et personne ne s'en rendait trop compte.* » Elle a progressivement arrêté d'aller en cours, ce qui a alerté ses parents et l'a amenée à une première hospitalisation. Pour Célia Duport cette hospitalisation ne « *rimait à pas grand-chose* », car elle ne voyait pas de médecin. À la suite de cette hospitalisation, elle a été « *redirigée vers un centre, une clinique soins-études* ». C'est lors de ces hospitalisations qu'elle a rencontré le trouble *borderline*. Un psychiatre lui a ainsi annoncé l'hypothèse diagnostique du trouble *borderline*, pour ensuite se rétracter.

> CELIA DUPORT : Un jour je lui ai redemandé : vous m'avez parlé de ce truc-là et qu'est-ce qu'on en fait maintenant ? Et il m'a dit : non, non, non, mais ça en fait vous êtes… alors je m'en rappelle de la phrase, mais je l'ai toujours pas forcément comprise, mais je me rappelle qu'il m'a dit : « Non c'est pas ça, de toute façon vous n'êtes pas assez narcissique pour que vous soyez comme ça. » Voilà, peut être que vous comprenez ce qu'il veut dire par là, moi je sais pas, mais je sais que c'est ça qui lui a fait dire que non, je colle pas à ça.

Le rétropédalage du psychiatre de Célia Duport s'articule à l'évocation de plusieurs diagnostics durant sa prise en charge : dépression, hypersensibilité, autisme, troubles du comportement alimentaire et trouble *borderline*. Dans la suite de l'entretien, Célia Duport me dit qu'elle ne comprend pas le terme « trouble de la personnalité *borderline* », qui reste pour elle très abstrait. Elle se reconnaît davantage dans celui d'« hypersensible » sur lequel elle a réalisé des recherches, ainsi que celui d'« autisme ».

> CELIA DUPORT : L'hypersensibilité, on en a parlé quand même et ça je me suis beaucoup renseignée parce que j'ai vraiment l'impression que je colle beaucoup même si ce n'est pas un diagnostic médical, je sais pas trop. Pour l'autisme, à l'époque je m'étais beaucoup renseignée aussi. J'ai l'impression que je colle beaucoup aussi, je sais que je pourrais faire les démarches pour faire le test, mais je sais pas à quoi ça m'avancerait de l'avoir. Euh… ouais *borderline* j'avais dû lire quelques trucs, mais c'était pas, comme c'était au tout début, je me sentais juste pas bien et tout ça, je sais pas, non j'avais pas essayé de creuser beaucoup là-dessus. Après les troubles du comportement alimentaire, ils voulaient me dire, les psys, que j'étais anorexique et je voulais absolument pas en entendre parler. Donc j'ai pas fait les démarches pour voir ce que c'était tout ça. Maintenant, avec le recul que j'ai, si je prends un recul, vraiment du recul sur comment j'étais à cette époque-là, il faudrait que je sois d'accord avec le diagnostic d'anorexie, mais pour moi c'était pas du tout ça, c'était juste la conséquence de la dépression de tout ça qui faisait que j'avais pas faim, c'était pas du tout une envie de maigrir ou quoi que ce soit.

L'incertitude de Célia Duport concernant le trouble *borderline*, qui l'a d'ailleurs amené à ne pas creuser davantage cette hypothèse diagnostique, vient donc en grande partie, tout comme Alix Barbot, de l'incohérence et du peu d'informations issues du monde médical. Par rapport à Alix Barbot, elle est cependant davantage réfractaire au trouble *borderline*, dont elle n'a pas une vision claire et qu'elle connaît seulement à travers des discours médicaux (elle ne connaît personne diagnostiquée *borderline* dans son entourage). Elle favorise donc les catégorisations d'hypersensible, d'autisme et de dépression.

La description de ces quelques trajectoires donne à voir la relative jeunesse des carrières de maladie des personnes qui se retrouvent dans ce mode de réception. Dans ces entretiens, les personnes n'articulent pas les questions politiques avec les questions de santé mentale. Ces différents éléments ne permettraient donc pas de contrecarrer la stigmatisation associée au trouble *borderline*, qui consiste principalement à une forme de disqualification de genre au sein des interactions ordinaires et cliniques. Les personnes qui se retrouvent dans ce mode de réception n'arriveraient donc pas à construire le diagnostic comme une ressource efficace pour aller mieux, car elles ne peuvent pas dépasser le caractère stigmatisant et incertain du trouble *borderline*, contrairement à l'appropriation complète avec un rapport pragmatique au travail sur soi. Elles ne peuvent pas non plus construire leur expérience comme objet d'engagement et de lutte, soit en entrant dans le jeu pour la reconnaissance du diagnostic dans le champ de la santé mentale – comme on peut le voir dans les appropriations complètes avec un rapport vocationnel au travail sur soi –, soit en critiquant l'existence du diagnostic, que l'on retrouve chez les personnes qui rejettent le diagnostic. On peut ici faire l'hypothèse selon laquelle leurs socialisations n'ont pas engendré de dispositions à l'engagement politique, étant davantage originaires des zones intermédiaires et populaires de l'espace social. Cette modalité d'appropriation ambivalente du trouble *borderline* rassemble néanmoins des personnes au profil hétérogène. Ainsi, tandis que certaines personnes se retrouvent dans le flou concernant la manière de nommer leurs difficultés, d'autres vont questionner l'authenticité de leurs symptômes ou alors s'approprier le diagnostic par défaut et donc avec une certaine distance.

2.3.2. L'authenticité des symptômes en question

Cette forme d'appropriation ambivalente du diagnostic amène certaines personnes à questionner l'authenticité de leurs symptômes. Elles se demandent si elles ne les ont pas « *créés* » en souhaitant coller à une certaine définition diagnostique d'elles-mêmes, et qu'elles auraient endossée pour diverses raisons : une recherche d'attention, une volonté d'affirmer une identité, avoir ce qu'elles souhaitaient dans des relations thérapeutiques. Dans ce mode de

réception, j'ai retrouvé des interrogations explicites concernant ce que Ian Hacking a nommé l'« effet de boucle » (*looping effect*) des formes de catégorisation des personnes[1169]. C'est notamment le cas de Suzanne Barbet, étudiante en alternance dans une formation de pair-aidance de 32 ans. Elle explique comment sa lecture du DSM a en partie « *conditionné* » ses comportements.

> SUZANNE BARBET : En fait je crois que le DSM m'a particulièrement… En fait il m'a un peu conditionnée. Mais comme j'ai lu dans le DSM « menace de passage à l'acte », bah je me suis dit : on pourra pas me reprocher d'avoir fait une menace de passage à l'acte. Et bah je vais faire ce passage à l'acte et je vais le dire. Et du coup c'était encore pire quoi. Quand même c'est bizarre ce truc, je suis sûre que ça n'a pas été trop réfléchi, que le DSM pouvait carrément influencer la construction et ouais parce que du coup ça…
>
> IG : T'as l'impression que la lecture du DSM ça a du coup engendré certaines actions de ta part, certains comportements ?
>
> SUZANNE BARBET : Je ne sais pas si ça les a engendrés, mais ça a peut-être évité que… je ne sais pas… Enfin voilà, je voulais correspondre à quelque chose. Mais je ne voulais pas correspondre à quelque chose de négatif.

La condition de valorisation de soi par la catégorisation se retrouve ainsi de manière explicite dans le discours de Suzanne Barbet, et s'articule à des dynamiques performatives entre catégorie et comportements catégorisés.

Vanessa Daval[1170], qui est quant à elle une patiente de l'*HDJ borderline* de 30 ans, a commencé à mobiliser la catégorie *borderline* pour se décrire au collège. Elle avait à l'époque intitulé son blog « *My own borderline* ». Elle commençait, depuis quelque temps, à se poser des questions sur son hypersensibilité, ce qui l'a amenée à découvrir la catégorie lors de ses navigations en ligne. Après cette rencontre, qui constitue une révélation, Vanessa Daval

---

[1169] Ian Hacking évoque dans un article du *London Review of Books* cette notion, centrale dans son travail, en ces termes : « Je m'intéresse depuis longtemps aux classifications des personnes, à la manière dont elles affectent les personnes classées et à la manière dont les effets sur les personnes modifient à leur tour les classifications. Nous considérons de nombreux types de personnes comme des objets de recherche scientifique. Parfois pour les contrôler, comme les prostituées, parfois pour les aider, comme les suicidaires potentiels. Parfois pour les regrouper et les aider, tout en assurant notre propre sécurité, comme les pauvres ou les sans-abris. Parfois pour les changer pour leur propre bien et celui du public, comme les obèses. Parfois simplement pour les admirer, les comprendre, les encourager et peut-être même les imiter, comme les génies (parfois). Nous considérons ces types de personnes comme des classes définies par des propriétés précises. En apprenant à mieux connaître ces propriétés, nous pourrons mieux les contrôler, les aider, les changer ou les imiter. Mais ce n'est pas tout à fait le cas. Ce sont des cibles mouvantes parce que nos enquêtes interagissent avec elles et les modifient. Et comme elles ont changé, elles ne sont plus tout à fait le même type de personnes qu'avant. La cible s'est déplacée. C'est ce que j'appelle « l'effet de boucle » (looping effect). Parfois, nos sciences créent des types de personnes qui, d'une certaine manière, n'existaient pas auparavant. C'est ce que j'appelle " fabriquer des gens ". (making up people) » Ian Hacking, « Making Up People », *London Review of Books*, 2006, vol. 28, nº 16, en ligne, ma traduction.

[1170] Rencontrée à l'*HDJ borderline*. Médicaments évoqués en entretien : anxiolytiques, thymorégulateur, neuroleptiques (tercian), hypnotique (théralène).

mobilise le trouble *borderline*, non pas comme s'il s'agissait d'une maladie, mais pour rendre compte de son style de vie avec une catégorie qui est légitime au sein de l'univers culturel « *Emo* » dans lequel elle s'inscrivait. L'expression *Emo* qualifie initialement un style musical pop-punk particulièrement centré sur les enjeux émotionnels ; par extension, cette expression, aux côtés du terme « edgy », désigne un style, notamment adolescent, associé à l'émotivité, la dépression ou encore l'automutilation.

> VANESSA DAVAL : J'ai trouvé, voilà, le trouble *borderline*. Et j'ai fait la sorte de petit test là qu'ils avaient, sentiment de vide machin et tout. Et puis, j'avais tout, quoi. Et là, je me suis dit, waouh ! Donc, [mon hypersensibilité] s'explique. Parce que c'est bien de pouvoir aussi mettre un mot. Mais très vite, moi, c'est resté dans un coin de ma tête. Mais très vite, c'est devenu pour moi, comme si je m'étais un peu inventé un truc pour valider mes émotions. Je ne le considérais pas comme une vraie maladie. Je ne considérais pas que je l'avais. Je ne considérais pas tout ça. Mais ça me donnait une excuse pour expliquer pourquoi j'étais comme ça. Mais je ne me suis pas penchée à vouloir me soigner. Ça expliquait juste pourquoi j'étais comme ça. Mais jamais j'ai changé. Jamais j'ai cherché la validation de cette hypothèse. Jamais j'ai cherché tout ça. J'ai appelé mon blog « *My own borderline* ». Limite, à l'époque, c'était un peu tendance. Pas tendance, mais moi, j'étais *Emo*. Donc, c'était « Kiss, kiss, bang, bang », trucs morts, machin, etc. Donc, en fait, tout ça, c'était très légitime dans ma façon de vivre en fait. Donc ça rentrait un peu dans ce moule que je m'étais fait, *Emo*, machin, ceci, cela. Mais aujourd'hui, encore une fois, je me dis, si j'avais pris un peu plus au sérieux tout ça, peut-être qu'aujourd'hui, ça fait longtemps que j'aurais vécu tout ça [prise en charge à l'*HDJ borderline*] pour aller mieux. Et j'irais peut-être mieux à l'heure d'aujourd'hui, puisque je me suis rendu compte de ça.

Au moment de notre entretien, Vanessa Daval est diagnostiquée avec un trouble bipolaire, suivie pour anorexie et récemment prise en charge pour un trouble *borderline*. Cette catégorie, qui s'inscrivait principalement dans un style culturel durant son adolescence, est donc devenue aujourd'hui une possible manière de nommer une « *véritable maladie* ». Ce changement de la signification de cette catégorisation engendre un questionnement sur l'authenticité de ses symptômes et de son trouble. Alors qu'elle avait la volonté première, me dit-elle, de jouer avec les professionnel·les de santé, elle se demande aujourd'hui si, finalement, elle ne se mentait pas à elle-même.

> VANESSA DAVAL : En fait, tout m'amusait. En fait, ça m'amusait de voir que je pouvais avoir ce que je voulais. Je demandais un médicament, on me le donnait. On me le prescrivait pour trois mois alors que je venais de faire une tentative de suicide avec le même médicament. Mais en fait, je trouvais ça tellement bon. C'était dingue. Mais ça m'amusait de le faire parce qu'on me le prescrivait. Tu vois ce que je veux dire ? En fait, tout ce qui m'intéressait, c'était de pouvoir manipuler les gens comme je pense. Je pense que c'est ça. Ce qui m'intéressait, c'était de les manipuler pour… En fait, j'arrivais et je leur disais… C'est des psys. Je leur dis : « Bonjour, je suis bipolaire-*borderline* ». Ils me croyaient parce que tout ce que je disais, ça allait vers ce sens.

> C'est pour ça qu'aujourd'hui, je me suis tellement menti à moi-même, quand je pensais que je ne l'étais pas, mais que j'avais vu ce que c'était, qu'aujourd'hui, quand on me dit que je le suis, est-ce que je le suis vraiment ? Oui, c'est la question. Est-ce que le comportement que j'avais avant à essayer de manipuler tout le monde, c'est aussi un comportement de bipolaire et de *borderline* ? C'est pour ça que je suis dans une double identité dans ma tête, que je n'arrive pas à en sortir parce que j'ai tellement menti. Je pensais que je mentais en disant que j'étais ça.
>
> IG : Tu pensais que tu jouais à un rôle.
>
> VANESSA DAVAL : Je pensais que je jouais à un rôle et en fait, je crois que je ne le jouais pas. Mais je pouvais peut-être le surjouer. Mais je me perdais toujours. Par exemple, quand je commençais à faire semblant de faire une crise de pleurs, je me perdais toujours et je finissais en crise de larmes. […] Tout ce truc *borderline*, je le disais : oui, mais moi, je suis *borderline*. Je le disais, mais sans aucune conviction, sans y croire, sans voilà. Et en fait, aujourd'hui, je me dis, des fois, peut-être, à force de le dire, est-ce que c'est devenu vrai ? Est-ce que je ne me suis pas convaincue d'être ça ? Bon, j'avais tous ces problèmes-là avant, mais est-ce que je ne me suis pas donné des… Est-ce que je n'ai pas légitimé tout ce que je faisais par ça ? Et que du coup, aujourd'hui… Mais aujourd'hui, je ne peux pas contrôler tout ça. Donc du coup, est-ce que c'est l'inverse ? Est-ce que j'ai su très tôt que j'étais *borderline* et je n'ai jamais vraiment voulu me l'avouer ? Ou est-ce que j'ai sorti cette hypothèse de je ne sais où ? Je ne sais où, et que ça a tellement légitimé tout ce que je voulais faire que ça m'a rendu *borderline* ?

À travers le récit de Vanessa D., on entrevoit l'effet des catégorisations de la vie mentale et l'intrication actuelle entre les formes culturelles et les catégories diagnostiques qui vise la gestion des populations évoquée précédemment. L'appropriation initiale de Vanessa Daval s'inscrit dans des pratiques culturelles adolescentes qui valorisent des comportements qui sont perçus comme relevant d'un trouble psychique lorsqu'ils sont présents à l'âge adulte. Au-delà de cette valorisation, et donc de cette forme d'élévation sociale par l'usage culturel du diagnostic, Vanessa Daval souligne également la capacité d'action que cette catégorie lui procurait auprès des professionnel·les de santé. Cependant, ces usages stratégiques des catégories de santé mentale s'associent à des souffrances bien réelles, et elle n'arrive pas au moment de notre entretien à différencier ces deux dimensions.

2.3.3. Un diagnostic par défaut

Tandis que certaines des personnes sont confrontées à une incertitude quant aux manières de nommer leur vie mentale et quant à l'authenticité de leurs troubles, d'autres vont s'approprier le trouble *borderline* de manière distante. Cette appropriation se réalise cependant par défaut et «*faute de mieux*», parce qu'elles s'inscrivent au sein d'univers sociaux marqués par une injonction au diagnostic.

J'ai retrouvé ce rapport à la catégorie au sein des trajectoires de professionnalisation de l'expérience – via une formation de médiation en santé paire – dans les cas de Suzanne Barbet et Pauline Aubert. Durant notre entretien, Pauline Aubert, âgée de 38 ans, qui a commencé cette formation après plusieurs études et activités professionnelles, m'explique qu'elle n'est jamais rentrée dans une « *case* ».

> PAULINE AUBERT : Tu vois dans ma vie je suis jamais rentrée dans aucune case en fait. J'étais une fille, mais je faisais de la boxe. J'étais punk, mais je buvais pas. Putain merde, j'ai un pote qui m'a dit l'autre jour : t'es la plus punk des punks, parce que tu viens en soirée techno, tu consommes pas, t'es sympa, t'es quoi ? Tu es vegan, mais je dis pas aux gens : connard arrête de bouffer de la viande. Je suis très tolérante. Ah merde putain, t'es censée être énervée extrême, tu me fais chier. […] J'étais la seule fille avec les cheveux courts qui tenait les filles par la main et qui faisait de la boxe. Je crois tout simplement que ouais, bon ça faisait beaucoup de trucs que les filles faisaient pas […]. C'est pour dire que je rentrais dans aucune case de filles et dans aucune case de rien d'ailleurs. Les gens ont beaucoup de mal à me mettre dans les cases, c'est pour ça que je pense que les diagnostics marchent pas trop sur moi. Après je tiens pas à être dans une case donc ça doit contribuer aussi au truc.

Malgré cette revendication « *anti-case* », on retrouve néanmoins dans son discours des pratiques d'autocatégorisation avec une certaine « distance au rôle[1171] » *a priori* associé aux catégories qu'elle s'approprie : fille, *mais* aux cheveux courts, punk, *mais* qui ne boit pas, végan, *mais* qui n'est pas énervée… Son rapport aux catégorisations ordinaires se transfère ainsi à son rapport aux diagnostics. Pauline Aubert ne ressent pas le besoin de fixer un diagnostic pour expliquer les comportements qui ont entraîné plusieurs hospitalisations en psychiatrie.

Au moment de notre entretien, elle est en stage en tant que pair-aidante dans une structure de soins psychiatriques. Dans ce cadre, elle a été confrontée à l'obligation de revendiquer une catégorie diagnostique. Une de ses amies de longue date, et qui est psychiatre, lui a ainsi expliqué qu'elle devait avoir un diagnostic pour pouvoir travailler en tant que pair aidante.

> PAULINE AUBERT : [mon amie psychiatre] m'a parlé et elle m'a dit… Elle bosse avec un pair aidant, et elle m'a dit : « Bon là Pauline, le problème que tu vas avoir c'est que tu ne peux pas arriver et pas dire : j'ai ça ou j'ai quelque chose enfin voilà ». Elle m'a dit écoute bien. Elle m'a dit moi je pense que tu es *borderline*, état-limite, le simple fait que tu aies pu arrêter les médocs et t'en sortir comme ça, à mon avis c'est ce que tu es. Mais ne leur dis pas ça. Écoute bien ne leur dis pas ça, ça va leur faire peur, c'est très mal vu. Tu leur dis : dépression sévère avec atteinte à la vie, enfin un truc je ne sais plus, dépression sévère atteinte à la vie quoi.

[1171] Erving Goffman, « La "distance au rôle" en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, vol. 143, nº 3, p. 80-87.

Dans cet extrait d'entretien, on retrouve une explicitation du caractère stigmatisant du trouble *borderline* dans les espaces de soins. Ce point a également été souligné par les autres personnes pair-aidantes que j'ai rencontrées : Pascaline Bréant et Suzanne Barbet m'ont ainsi expliqué qu'elles évitaient de dire qu'elles étaient « *borderline* » à leurs collègues, et qu'elles préféraient mettre d'autres catégories, comme la dépression. On retrouve également l'effet de l'incertitude psychiatrique dans la défiance de Pauline Aubert vis-à-vis des diagnostics. Ici, et contrairement à Sandrine Hebert, la succession de « *mauvais* » diagnostics associée à des traitements jugés délétères n'entraîne pas une appropriation complète et positive du trouble *borderline*. L'appropriation se réalise plutôt avec une distance : ce diagnostic est le plus proche de ce qu'elle vit, mais elle n'y est pas pour autant attachée « *à 100 %* ».

Chez Pauline Aubert, et pour reprendre la typologie de Svend Brinkmann[1172], seule la dimension du « faire » comme une *borderline* se retrouve dans son appropriation (*doing*). Elle ne considère pas avoir (*having*) l'entité que constitue le diagnostic, car cette « case » est pour elle une construction que d'autres mobilisent pour la classer, et il ne structure donc pas son identité (*being*). Durant l'entretien, elle pioche plutôt dans les symptômes de différentes catégories diagnostiques pour rendre compte de ses difficultés, tout en évacuant ceux qui sont rattachés à la bipolarité, le seul diagnostic qu'elle a pourtant reçu.

> PAULINE AUBERT : Tu vois, je me reconnais dans mes collègues qui sont plutôt obsessionnels parce que j'ai beaucoup de troubles obsessionnels. Je me reconnais moins dans les bipolaires, mais je me reconnais beaucoup dans les psychotraumas et je me reconnais dans la schizophrénie. Parce que ma façon de voir le monde, il y a un filtre et je suis pas dans le réel partagé comme les personnes schizophrènes. Et j'ai des troubles du comportement en société des personnes schizophrènes. Et je suis complètement parano comme les personnes schizophrènes. Et j'interprète la réalité à ma manière, c'est-à-dire plutôt en mode parano, comme les personnes schizophrènes. Donc j'ai beaucoup de liens avec la schizophrénie pour moi. Et beaucoup moins avec la bipolarité. Pourtant, c'est le seul diagnostic qu'on ait réellement posé sur moi, en plus de dépressive chronique.

Tout ceci exemplifie la dimension relationnelle des catégories de santé mentale et leurs valeurs sociales différenciées. Les appropriations des catégories de santé mentale s'inscrivent au sein d'enjeux de positionnements relatifs, qui sont rendus particulièrement explicites dans ces appropriations ambivalentes, ces doutes, ou encore la revendication de ne pas vouloir être mise dans une « *case* ». Le cas de Pauline Aubert, permet également de documenter l'injonction au diagnostic dans certains espaces de la santé mentale ; espaces qui favorisent l'émergence de

[1172] S. Brinkmann, *Diagnostic Cultures. A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*, *op. cit.*

cette nouvelle professionnalité du champ de la santé mentale qu'est la pair-aidance[1173]. Cela permet ainsi d'illustrer les usages sociaux différenciés des catégories en fonction d'attentes sociales locales, de perception de la valeur sociale d'une catégorie, et la plus ou moins grande capacité à contrecarrer la dimension stigmatisante associée au trouble *borderline*. Le capital culturel et social de Pauline Aubert[1174] lui permet ainsi de revendiquer publiquement ce trouble dans son activité professionnelle tout en échappant à sa dimension disqualifiante.

2.3.4. Le trouble borderline : entre stigmate et ressource

Déplier les modes de réceptions du trouble *borderline* permet de documenter les variations de la signification sociale et des usages sociaux de ce diagnostic qui peut, selon les contextes de réception, constituer soit un stigmate, soit une ressource. Cela s'inscrit pleinement dans la spécificité des catégories médicales qui, comme le notent Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman,

> « […] ont en effet la caractéristique d'être potentiellement des ressources (pour accéder à certains statuts, droits et avantages) et/ou des stigmates (qui dévaluent moralement leurs porteurs). Une catégorie donnée peut même être plutôt une ressource dans certains milieux et un stigmate dans d'autres[1175] ».

La description des différentes modalités de réception permet de montrer comment cette construction de la signification du trouble s'inscrit dans des configurations de prises en charge (psychiatrie publique versus privée), des trajectoires sociales (socialisations familiales, militantes, universitaires et professionnelles), ainsi que dans la capacité de constituer ce diagnostic comme un outil efficace pour des « arrangements pratiques » (travail sur soi, justification des difficultés, traitement jugé efficace, etc.). Pour Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman, les manières de nommer et de donner du sens à des problèmes de santé (les « théories diagnostiques ») ont effectivement en premier lieu des implications pratiques, au sens de Pierre Bourdieu[1176] :

[1173] Cette émergence ne se réalise pas sans luttes, ni sans ambivalences, comme le documente Audrey Linder dans ses travaux sur le rétablissement, concept qui rend possible le déploiement de cette professionalisation de l'expérience. Elle montre effectivement comment des formes de contestation contre l'institution psychiatrique ont finalement été absorbées par l'institution débouchant sur des formes de collaborations, et suscitant dès lors des reconfigurations du rapport entre savoirs profanes et savoirs professionnels ainsi que de nouvelles tensions. Audrey Linder, « De la contestation à la collaboration : tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale », *Sociologie*, 2022, vol. 13, nº 1, p. 43-61.

[1174] L'une des amies est psychiatre et elle a réalisé, après avoir obtenu un Bac L, des études de lettre jusqu'au master, une formation de travail social et qui est, au moment de l'entretien, dans une formation en alternance de pair-aidance.

[1175] A. Béliard et J.-S. Eideliman, « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », art cit, p. 520.

[1176] Pierre Bourdieu, *Le sens pratique*, Paris, Éditions de Minuit, 1980.

> « Ces théories, bien qu'elles soient des constructions intellectuelles visant d'abord à donner du sens à une situation problématique, sont entièrement orientées vers la pratique, c'est-à-dire vers des manières de faire face au problème, de même que le diagnostic médical est un savoir "tourné vers l'action" (Baszanger, 1986, p. 15). Le terme "pratique" renvoie au Sens pratique de Pierre Bourdieu (1980), c'est-à-dire au fait que ces théories sont prises dans des façons de dire et de faire et non consciemment formulées dans un but stratégique[1177]. »

Dans le cadre de mon enquête, j'ai recueilli des discours de personnes qui souhaitent principalement rendre compte de formes de « *handicaps invisibles* », c'est à dire de souffrances et de comportements problématiques *a priori* non perçus comme pathologiques et qui les embarrassent. Le questionnement en jeu est donc le suivant : quelle catégorie résonne le plus avec ce que les personnes expérimentent, et permet donc de rendre compte des difficultés et des souffrances ? Quelle catégorie est la plus acceptable socialement, la moins stigmatisante, et qui permet de faire comprendre aux autres la légitimité des difficultés et des souffrances ? Et finalement, quelle catégorie permet d'accéder à des soignant·es perçus comme compétent·es, à des thérapies jugées efficaces, et d'éviter des lieux de soins jugés néfastes et violents ?

La résolution de ces questions dépend alors de dispositions, de positions sociales, de trajectoires biographiques, ainsi que de configurations de prises en charge. Les arrangements pratiques que permet (ou non) le diagnostic trouble de la personnalité *borderline* ont principalement été évoqués en termes d'efficacité et de légitimité des propositions thérapeutiques, et de la forme de travail sur soi que ces thérapies véhiculent. Les entretiens font ainsi principalement ressortir la dimension symbolique et morale associée à cette catégorie et l'enjeu est alors de constituer un diagnostic pourtant *a priori* stigmatisant comme une ressource de santé mentale.

À travers l'analyse de ces modalités de réception, il apparaît donc que la constitution du trouble *borderline* comme une véritable ressource dépend de la capacité à constituer le diagnostic en une triple ressource. En plus de devoir le constituer comme une *ressource cognitive* efficace, permettant de rendre compte des difficultés, le trouble *borderline* doit également être constitué comme une *ressource symbolique* qui permet aux personnes de se légitimer symboliquement et politiquement en revendiquant ce qu'elles sont (*borderline*) par rapport à ce qu'elles ne sont pas (« *Drama queen* », bipolaire, schizophrène, etc.), et comme une *ressource matérielle*, qui permet d'accéder à des soins jugés bénéfiques, et parfois à des débouchés professionnels dans le champ de la santé mentale (en tant que pair-aidant·e).

[1177] Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman, « Aux frontières du handicap psychique : genèse et usages des catégories médico-administratives », *Revue française des affaires sociales*, 2009, nº 1-2, p. 105.

C'est au sein des appropriations complètes que le trouble *borderline* est constitué pleinement comme une triple ressource. Il correspond effectivement à un support du travail sur soi qui prend des formes différenciées en fonction des origines et trajectoires sociales. Il se prolonge parfois dans une trajectoire de professionnalisation ou d'implication dans des groupes d'entraide. Cette différenciation reflète en partie des « cultures somatiques » différenciées. Pour autant, ils et elles s'approprient complètement le diagnostic. Ici, les effets des « cultures somatiques » s'articulent donc à la construction d'une signification sociale positive du diagnostic ainsi qu'à la configuration de prise en charge qui engendre, dans les deux cas, une forte réceptivité vis-à-vis de ce diagnostic. Cette réceptivité s'actualise néanmoins dans des rapports différents au travail sur soi.

De leur côté, les personnes qui rejettent cette catégorie ne la reconnaissent pas comme ressource légitime et efficace. Elles formulent soit une critique radicale de la psychiatrie et du champ de la santé mentale, soit une critique davantage ciblée sur cette catégorie diagnostique tout en investissant d'autres catégories pour rendre compte de leurs difficultés en termes de « neuroatypie » ou d'effets « normaux » de traumatismes. Les personnes qui s'inscrivent dans ce type de réception sont relativement bien dotées en capital culturel et économique. Elles adoptent ainsi, et à la suite de leurs études ou d'une socialisation militante, une lecture du monde social en termes de rapports sociaux, qui se retrouve au fondement de leurs prises de position vis-à-vis de ce diagnostic[1178].

Enfin, les appropriations ambivalentes comprennent une pluralité de postures. Certaines personnes sont incertaines quant à la légitimité, l'efficacité et la valeur sociale du trouble *borderline*. Cette incertitude peut parfois amener à interroger l'authenticité des symptômes ou encore à naviguer entre plusieurs catégories de santé mentale disponibles. D'autres personnes s'approprient la catégorie, mais de manière distanciée. Dans ce cas de figure, ces dernières ont d'autres ressources pour fonder un pouvoir sur le destin social. Dans le cas de Pauline Aubert, son capital social et culturel lui permet par exemple de constituer son savoir expérientiel comme un support de professionnalisation. Elle arrive ainsi à changer de position au sein du champ de la santé mentale (de profane à professionnelle), sans ressentir la nécessité de stabiliser, pour elle-même, un diagnostic et elle peut de surcroît afficher, avec une certaine « distance au rôle », une catégorie *a priori* stigmatisée.

[1178] Ces caractéristiques font échos à celles des militantes rencontrées par Lucile Quéré dans son enquête sur le Self-Help Gynécologique, qui elles aussi adoptent un discours proche des sciences sociales. Lucile Quéré, *Un corps à nous. Luttes féministes pour la réappropriation du corps*, Paris, Presses de Sciences Po, 2023.

III. Critiques et engagements

L'un des aspects qui traversent les différentes formes de réception du trouble *borderline*, et qui s'intrique aux dimensions morales et symboliques est la question politique. Cette dimension peut *a priori* paraître étonnante. En effet, les dimensions psychologiques, ou la tendance à la psychologisation sont autant d'éléments réputés être source de dépolitisation[1179]. Seulement, lorsque l'on se penche sur les réceptions du trouble *borderline*, les formes de politisation et des rapports politiques au monde social se retrouvent dans les discours. Cela est lié aux modalités de mon enquête (principalement en ligne et par un appel à participation), qui ont réuni des personnes avec un rapport réflexif à leurs troubles et aux catégories diagnostiques. Les modes de réceptions-appropriations décrits précédemment sont ainsi, dans certains cas, articulés à des processus de politisation qui engendrent des formes d'engagement dans le champ de la santé mentale (rejet de la catégorie, appropriation complète avec rapport vocationnel au travail sur soi, pair-aidance, militantisme antipsychiatrique). Plus globalement, pour les personnes rencontrées, l'entretien sociologique a été l'occasion de formuler des critiques concernant l'organisation des soins psychiatriques ou encore vis-à-vis de certains styles de psychothérapie. En quoi consistent ces critiques et ces engagements ? Et comment comprendre les différenciations de ces modalités de politisation et de rapport politique à la santé mentale ?

Il s'agit en ce sens d'interroger premièrement les types de « rapport à la politique » qu'entretiennent les personnes diagnostiquées avec un trouble *borderline* dans l'univers de la santé mentale. Ce rapport est caractérisé par des « relations qu'[entretiennent des personnes] avec des objets de la politique en tant qu'activité spécialisée[1180] ». Ce rapport à la politique de la santé mentale est ainsi marqué par des mécanismes de « montée en généralité et [de] conflictualisations » qui sont au fondement de la définition de la politisation proposée par Camille Hamidi[1181]. À cette première dimension, j'ajoute également une interrogation concernant le rapport politique[1182] ordinaire aux questions de santé mentale, en tant que « rapport politique au monde social ». Selon Sophie Maurer, « ce rapport englobe tout un ensemble de représentations qui débordent largement du champ politique au sens strict : représentations des divisions sociales, des rapports de classe, des mécanismes de privation et

[1179] C'est d'ailleurs ce que j'ai souligné dans l'analyse du cadrage psychothérapeutique proposé à l'*HDJ borderline*.
[1180] Yassin Boughaba, Alexandre Dafflon et Camille Masclet, « Introduction. Socialisation (et) politique. Intériorisation de l'ordre social et rapport politique au monde », *Sociétés contemporaines*, 2018, vol. 112, nº 4, p. 9.
[1181] C. Hamidi, « Éléments pour une approche interactionniste de la politisation », art cit, p. 12.
[1182] Y. Boughaba, A. Dafflon et C. Masclet, « Introduction. Socialisation (et) politique », art cit.

de distribution, hiérarchisation des conflits, mais aussi manières d'être et de faire qui situent l'individu (manières de parler, de s'habiller, de se nourrir)[1183] ». Interroger ensemble le rapport à la politique et le rapport politique au monde permet ainsi d'éviter le « risque légitimiste associé aux définitions stato-centrées du politique[1184] ». Adopter cette perspective amènera donc ici à interroger les formes différenciées de politisation et des rapports politiques vis-à-vis de la santé mentale par les personnes que j'ai rencontrées.

3.1. L'ordinaire de la critique

Lorsqu'à la fin de notre entretien j'évoque mes quelques hypothèses de travail[1185] concernant les critiques politiques du trouble *borderline* à Sandrine Hebert, cette dernière évoque sa distance vis-à-vis de ce qu'elle perçoit comme relevant de la politique :

> IG : Une chose aussi que je vois dans ma thèse, c'est qu'il y a certaines personnes qui vont un peu critiquer le diagnostic, en prenant des positions politiques, en disant que, en fait, c'est pas forcément un trouble de la personnalité, mais c'est une sorte de réaction à des injustices et à des inégalités aussi. J'ai vu ça. Je sais pas ce que vous en pensez de ça.
>
> SANDRINE HEBERT : Non bah après moi des injustices c'est plus voilà oui j'ai vécu des choses, mes parents m'appelaient Calimero donc je trouvais tout injuste donc, mais dans ma vie d'aujourd'hui, honnêtement je regarde pas trop les médias et tout. C'est ce que m'avait conseillé mon psychiatre justement. Il m'avait dit : « évitez », parce que justement c'est aussi anxiogène donc pour limiter… Bon après, voilà, les grandes choses, je suis les grands évènements ou des choses comme ça, mais j'évite justement. Et après, voilà, moi honnêtement la politique, c'est un peu compliqué pour moi parce que justement j'ai pas d'avis. J'ai ce problème là avec… Je pense que c'est un peu comme le fait de voir tout blanc ou tout noir, j'arrive pas à me décider parce que… je comprends, mais j'ai du mal à décider, oui ou non, avoir un avis tranché.

La restriction des activités de certaines personnes diagnostiquées *borderline* à l'objectif de résorber leurs souffrances qui ne s'articule pas avec des modalités de politisation, comme le montre cet extrait d'entretien, pourrait déboucher sur le constat selon lequel ces personnes seraient des « réceptrices » passives de la culture psychologique ainsi que de simples « bénéficiaires » des soins en santé mentale. Cependant, durant les entretiens, ces personnes

---

[1183] Sophie Maurer, *Ecole, famille et politique : socialisations politiques et apprentissages de la citoyenneté - Bilan des recherches en Sciences Politiques*, Caisse Nationale Allocations Familiales, 2000, cité par Y. Boughaba, A. Dafflon et C. Masclet, « Introduction. Socialisation (et) politique », art cit, p. 9.

[1184] Y. Boughaba, A. Dafflon et C. Masclet, « Introduction. Socialisation (et) politique », art cit, p. 9.

[1185] Durant mes entretiens, après avoir abordé l'ensemble des thèmes de mon guide, j'évoquais systématiquement mes hypothèses de recherches et quelques embryons de résultats. Cette pratique permettait à la fois de faire un retour, sur le moment, au personnes interviewées, et suscitait souvent des discours qui permettaient de compléter les informations recueillies en amont.

développent des critiques vis-à-vis de l'organisation des soins, évoquent des préférences quant aux styles de prises en charge, ou encore des discussions sur des espaces d'entraide en ligne (notamment Facebook). Ainsi, il s'agit d'interroger le rapport politique ordinaire aux questions de santé mentale à partir des deux principaux objets de critiques : la psychanalyse et la psychiatrie publique.

3.1.1. La psychanalyse

Le rapport politique à la santé mentale des personnes que j'ai rencontrées se dévoile donc tout d'abord dans les discours concernant les optiques théoriques et les approches psychothérapeutiques. Les personnes que j'ai rencontrées m'ont fait part, à la quasi-unanimité, de leur méfiance, voire de leur hostilité, vis-à-vis de la psychanalyse et des psychanalystes. Cela n'est cependant pas étonnant, car le trouble *borderline* circule principalement dans la sphère des Thérapies cognitivo-comportementales et intégratives centrées sur les émotions, dont les tenants et tenantes sont également critiques de l'orthodoxie psychanalytique. Agathe Bouillot est, comme on l'a vu, la seule personne rencontrée qui fait exception. Elle est l'une des patientes de l'*HDJ borderline* et suit depuis plusieurs années une analyse. Durant ma période d'observation, elle est ainsi la personne la plus réfractaire à la prise en charge proposée dans ce lieu et m'a expliqué sa grande distance vis-à-vis des catégories diagnostiques. Cette posture a d'ailleurs mis en difficulté les psychologues de l'*HDJ borderline*, et documente le fait que la possible appropriation d'une catégorie de santé mentale suppose la recherche initiale d'un diagnostic, et donc d'une « *case* » ; recherche qui s'articule bien souvent à une certaine distance et mise à distance de la psychanalyse.

Mise à part Agathe Bouillot, les personnes que j'ai rencontrées m'ont rapporté des « *mauvaises expériences* » avec des psychanalystes. Pendant son parcours de soins, Élodie Guitard était ainsi « *très contre la psychanalyse* ». Elle cherchait à l'époque « *des psychiatres qui faisaient de la TCC* », même si cela était extrêmement dur à trouver. En effet, elle considère que « *la psychanalyse c'est du flan* ». Ayant lu *L'interprétation des rêves* de Freud durant son adolescence, et fait une licence de philosophie, la psychanalyse lui a toujours paru « *extrêmement fumeux, extrêmement peu scientifique* ». Elle s'est ensuite intéressée à la « *Zététique* », qu'elle définit comme *« une espèce de science, de réflexion sur la critique des pseudosciences »* où la psychanalyse est souvent critiquée. Elle me dit ainsi que la psychanalyse *« n'apporte rien »*. Les témoignages de ses ami·es qui ont consulté des psychanalystes la confortent dans cette idée, qu'elle formule avant tout par le versant coercitif et financier : *« [La psychanalyse] c'est des obligations de présence en séances, un paiement à l'avance. »* Un jour,

alors qu'elle se sentait « *tellement désespérée* », elle est tombée sur une psychanalyste : « *Parce que sur doctolib on trouve quasiment que des psychiatres qui sont psychanalystes.* » Pour elle, ce rendez-vous « *c'était un scandale* ». La psychanalyste a appris très vite qu'elle réalisait des études de sociologie et lui a principalement posé des questions sur sa « *conception de la sociologie, la conception de la psychanalyse par rapport à la sociologie* ». Élodie Guitard déplore que ce rendez-vous n'ait pas été axé sur elle, c'était « *quelque chose de très théorique* » dans lequel elle n'a pas trouvé d'intérêt : «*J'ai juste vu l'intérêt de la psychiatre sur mes idéologies, plus que sur les problèmes que j'ai pu rencontrer.* » De son côté, Véronique Legrand est allée consulter une psychanalyste à la suite d'un accident de voiture. Pour elle, ce type de thérapie ne fonctionne pas et n'est pas aidante, contrairement à l'approche thérapeutique de sa psychothérapeute actuelle qui réalise de l'EMDR.

> VERONIQUE LEGRAND : Une fois, suite à un accident de voiture, mais ça n'a pas abouti parce que je n'aimais pas trop cette femme-là, et en plus de ça, c'était les psychanalyses sur le divan, de Jung ou de Freud, que je trouve que c'est que du blabla. […] J'ai vraiment l'impression de parler, déjà de l'un dans le vide, de ne pas être dirigée vers un truc, ou l'autre, et alors, derrière ça, la femme, je sais pas, je n'ai vraiment pas accroché, j'avais l'impression que c'était plutôt une boîte un peu… C'était vraiment pas pour moi, en fait. Alors, ça donne pas de résultat.

Ce rapport critique à la psychanalyse se retrouve aussi dans certains échanges en ligne, où des personnes diagnostiquées avec un trouble *borderline* donnent des conseils sur les thérapeutes à aller consulter et surtout à éviter. C'est ce que me raconte Manon Bonnet qui a participé à plusieurs discussions sur Twitter liées à un hashtag concernant les questions de santé mentale.

> IG : Et du coup avec ce hashtag-là, tu as beaucoup parlé avec d'autres personnes, et c'était sur quoi en gros que vous discutiez ?
>
> MANON BONNET : Oh ben globalement c'était pour être mécontent du système. Du système psy quoi. Ou au contraire pour recommander… Par exemple il y a des gens qui disaient : « Moi j'en peux plus. J'ai vu tant de psys horribles dans telle ville. Est-ce que quelqu'un qui a tel trouble connaît un ou une bonne psy dans telle ville ? ». Donc on a échangé les trucs… c'est comme ça que j'ai trouvé ma nouvelle psy de Lille justement.
>
> IG : D'accord c'est grâce à ça. Et du coup dans ces moments-là, il y avait des échanges sur les mauvais psys entre guillemets, en tout cas les mauvaises expériences, etc. Et est-ce que tu pourrais m'expliquer qu'est-ce qu'il en est ressorti de tout ce que tu as lu ?
>
> MANON BONNET : Alors le premier truc c'est qu'il ne faut pas aller voir de psychanalyste.

> IG : D'accord.
>
> MANON BONNET : Voilà vraiment, apparemment, beaucoup beaucoup de très mauvaises expériences avec des psychanalystes.
>
> IG : Et pourquoi, comment ils expliquaient ça ?
>
> MANON BONNET : C'était pas spécialement expliqué. C'était plus un schéma qui se retrouvait. Enfin que ceux qui disaient les trucs les plus horribles, ils étaient toujours psychanalystes. Bon voilà pas mal d'homophobie aussi dans la psychanalyse. Bon après, bon vu les travaux de Freud, ça s'explique quoi. Donc il y avait ça. Et sinon, après il y avait aussi pas mal de, comment dire… Bah par exemple, pas mal de filles qui disaient que ça se passait bien mieux depuis qu'elles allaient voir une psy : *une* psy et pas un psy. Ou des personnes noires qui disaient que c'est mieux quand ils avaient trouvé un psy noir, que ça s'était bien passé. Enfin voilà.

Dans cet extrait, la critique de la psychanalyse s'articule à une critique plus générale d'une forme de cécité de la part des psychothérapeutes quant aux dynamiques des rapports sociaux, ici de genre et de race. Cette critique n'est cependant pas formulée telle quelle, mais participe en creux à construire une perception de la conflictualité et des divisions sociales, et elle nourrie de ce fait un rapport politique à la santé mentale.

En écho à ces descriptions concernant les psychanalystes, j'ai également recueilli des récits de mauvaises expériences, source de violences et de comportements problématiques, dans certains entretiens. Claire Monin, étudiante en licence de sociologie au moment de notre entretien, m'explique son malaise lorsqu'elle est allée voir un psychiatre-psychanalyste.

> CLAIRE MONIN : Et là en fait, j'ai atterri chez un psychiatre qui m'a ouvert la porte, c'était chez lui et il fumait à l'intérieur. Et c'était trop bizarre du genre, j'sais pas, il mettait la télé à côté pour pas qu'on entende, enfin bref. En fait je suis arrivée, et en fait, qu'est ce qui s'est passé… on a commencé à parler de mon rapport à mon corps, etc. Il m'a dit un truc du genre.... Non, c'est pas ça. En fait, on a parlé du fait que j'avais un peu une carence narcissique, fin une faible estime de moi-même, etc. Et il m'a dit : « pourtant vous êtes une belle femme ». Du coup j'ai dit, j'étais un peu genre : « So what ? Ça va pas m'aider en fait de me réduire à des attributs physiques ». Fin voilà, et j'sais pas, on a commencé à parler, je lui ai dit aussi que en plus, que j'étais pas, je ne me considérais pas comme une belle femme. Et il m'a dit un truc du genre, en gros il a fait un commentaire sur mon corps en mode, genre : « petits seins, grosses fesses », un truc comme ça, c'était hallucinant, c'est hyper hallucinant, et en fait j'étais hyper choquée. Ensuite, il a enchaîné en me demandant si mon copain me faisait jouir, un truc comme ça, et [hésitations avec un rire nerveux], fin ouais, en mode il faisait que des, je sais plus ce que c'était exactement, il faisait beaucoup d'allusions sexuelles. Et du coup, j'ai commencé à me sentir hyper mal parce que j'étais seule chez lui. J'avais trop peur. Fin bref, ça s'est vraiment pas bien passé.

La critique de la psychanalyse repose ainsi sur un malaise lié à des comportements jugés « problématique ». Ces comportements sont caractérisés par la centralité des questions liées à

la sexualité, posture qui risque de reproduire des violences de genre dans la manière de questionner ou encore de mettre en doute certaines paroles.

La psychanalyse est également associée à un dispositif psychothérapeutique jugé inefficace à cause de son manque de directivité. Les personnes ont ainsi l'impression de «*parler dans le vide* » ou de ne pas avoir un véritable échange qui leur permettrait d'élaborer dans un dialogue et des hypothèses pour comprendre et dépasser leurs difficultés. Cette critique de la psychanalyse révèle ainsi un positionnement par rapport aux pratiques psychothérapeutiques estimées légitimes et efficaces. Les personnes que j'ai rencontrées sont en ce sens des actrices du mouvement de remise en cause de l'hégémonie culturelle des psychanalystes, ce qui les positionne de *facto* dans le champ de la santé mentale.

3.1.2. La psychiatrie publique

Le second point à partir duquel se déploie le rapport politique à la santé mentale dans les discours des personnes rencontrées durant mon enquête concerne les hospitalisations et les prises en charge en psychiatrie publique. Cette dernière est effectivement identifiée comme source de maltraitance institutionnelle. C'est ce que l'on a pu voir dans le récit de Mathias Villeneuve évoqué précédemment. Un autre passage de son entretien permet également de documenter ce point.

> MATHIAS VILLENEUVE : Je suis allé aux urgences parce que… Enfin, aux urgences publiques, parce que c'est les pompiers qui venaient me chercher. Et, à un moment, je ne sais pas, j'ai eu l'impression que peut-être qu'on me voyait trop à l'hôpital. Je ne vais pas forcément me rappeler de toutes les fois où j'ai été, où j'ai passé peut-être même juste 4-5 heures, et puis après, je suis parti dans la nuit, mais…
>
> IG : Oui, c'est pas grave. Mais, en gros, t'avais l'impression que…
>
> MATHIAS VILLENEUVE : Mais, voilà, en fait, à l'hôpital public, déjà, c'est blindé. Euh… Euh… C'est… Je pense que… Au fond, ce qui me traumatise, en fait, avec l'hôpital, c'est la violence des infirmiers et des infirmières, en fait. Tu sais, par exemple, quand je suis… Si on arrive en situation de crise… Aujourd'hui, moi, je suis absolument terrorisé à l'idée de retourner à l'hôpital. Si je fais une crise en public, je pense que j'aurais plus peur de finir à l'hôpital que, par exemple, de me faire renverser par une voiture, voilà, ou un truc comme ça, en fait. J'aurais plus peur de finir à l'hôpital que d'avaler ma langue ou une connerie comme ça. Je sais pas comment le dire, mais… Je sais que si j'arrive à l'hôpital en crise, je vais… On va me piquer, on va m'attacher à un lit, ou une connerie comme ça, et c'est encore pire, en fait. Et ça m'est déjà arrivé plusieurs fois.

Ce discours laisse ainsi apercevoir, de manière plus ou moins explicite, une opposition entre hôpital public et clinique privée. Ces dernières sont décrites comme des endroits idéaux, où les

soins sont jugés bienveillants et efficaces. C'est le cas d'Élodie Guitard qui a connu trois hospitalisations en psychiatrie publique, qui ont été pour elle particulièrement difficiles et « traumatisantes », tandis que ses hospitalisations en clinique privée ont été des moments d'apaisement et de repos qu'elle a particulièrement appréciés, comme évoquées précédemment. Les récits d'Élodie Guitard et de Mathias Villeneuve exemplifient le rapport critique envers la psychiatrie publique.

Ce rapport se retrouve également chez des personnes qui trouvent une accroche institutionnelle solide auprès de professionnel·les de la psychiatrie publique. En effet, Sandrine Hebert, avant son changement de psychiatre et son diagnostic de trouble *borderline*, avait également développé une méfiance vis-à-vis de l'institution psychiatrique. La contrainte en psychiatrie est ainsi l'un des vecteurs de pratiques de résistance[1186] de la part de ces personnes, et jette les bases de la constitution de ces stratégies de résistance comme une forme de contre-ressource de santé mentale[1187], sur laquelle elles peuvent s'appuyer soit pour changer de structure de prise en charge, soit pour s'impliquer dans le champ de la santé mentale selon certaines conditions.

Se dévoile ici une critique des services d'hospitalisation, où les personnes se sentent parquées et côtoient des patients et patientes perçu·es comme « *gravement malades* ». Le manque de sollicitude des professionnel·les, que l'on peut sans doute en partie expliquer par la stigmatisation des personnes dites *borderline* dans les services de soins est souligné. Elles trouvent donc dans les cliniques privées des soins jugés davantage bénéfiques. La plus grande fréquence de rencontre avec des psychiatres (une fois par jour pour Élodie Guitard) ou encore la possibilité de garder certaines de leurs affaires dans ces lieux de soins constituent des éléments qui leur permettent d'apprécier ces moments de prise en charge. Ces jugements critiques n'engendrent néanmoins pas nécessairement de montée en généralité et de discours réflexifs sur la conflictualité sociale en lien avec ces formes de prises en charge. Cela n'amène donc pas à une politisation explicite de leur situation. Ces personnes n'adoptent donc pas une posture antipsychiatrique radicale, et ne s'engagent pas dans des activités qui viseraient à changer l'organisation et la forme des soins psychiatriques. Ils révèlent néanmoins une certaine mise en ordre du monde, un rapport moral et politique concernant le type idéal d'organisation des soins.

[1186] James Campbell Scott, *La domination et les arts de la résistance. Fragments du discours subalterne*, Paris, Éditions Amsterdam, 2009.

[1187] Olivia Vernay, « La résistance à la contrainte psychiatrique comme ressource. Analyse des stratégies de jeunes filles hospitalisées », *Agora débats/jeunesses*, 2024, vol. 97, nº 2, p. 88-103.

3.1.3. Un idéal de justice et de symétrisation

Comment comprendre le déploiement de ces discours critiques vis-à-vis de la psychanalyse et de la psychiatrie publique ? Il apparaît que ces points de critiques reposent sur deux formes d'idéaux. Tout d'abord un idéal de symétrisation de la relation thérapeutique, qui s'insère dans une volonté plus générale de symétrisation des relations sociales où les formes d'asymétrie sont jugées de manière particulièrement négative[1188]. Ce premier élément est associé et repose sur un second idéal, particulièrement prégnant dans les entretiens, celui d'un souci de justice.

Comme je l'ai décrit dans le chapitre précédent, les conditions de l'appropriation du trouble *borderline* par Sandrine Hebert reposent en grande partie sur son adhésion vis-à-vis du style thérapeutique de ses soignant·es, et cela depuis qu'elle a reçu le diagnostic de trouble *borderline*. Elle caractérise effectivement cette relation comme étant non surplombante et où un véritable échange est possible. Tandis que son ancien psychiatre ne lui donnait pas d'explications sur le type de pathologie avec laquelle elle a été diagnostiquée ni sur les traitements qu'il lui prescrivait, cette nouvelle forme de relation thérapeutique lui paraît davantage satisfaisante. Elle n'a plus l'impression d'être un numéro, et elle apprécie les échanges et les explications de son psychiatre et de sa psychologue.

Cette demande de symétrisation de la relation thérapeutique se trouve au creux de la critique de la psychanalyse. Le style thérapeutique associé à cette dernière repose effectivement sur l'asymétrie entre une personne qui parle et une personne qui ne fait qu'écouter sans qu'un véritable dialogue puisse se mettre en place. L'asymétrie peut également être identifiée dans les formes de reproduction de certaines violences, notamment de genre, ainsi que dans la mise en doute des récits de certaines expériences de violences perçues comme traumatiques. Cette mise en doute de la parole peut également avoir eu lieu lors de prises en charge psychiatriques. C'est ce que m'explique Romane Barthes, qui comme on l'a vu, a décidé de quitter le CMP où elle était prise en charge pour se tourner vers les soins privés.

> ROMANE BARTHES : Quand je discutais avec les infirmiers [du CMP], par exemple, je me confiais sur un élément traumatique de mon enfance[1189]. Et finalement, ils ont fini

[1188] Cette idéal de symétrisation, et ses tensions, a fait l'objet d'un ouvrage collectif concernant « l'ère de la symétrie » dans les institutions. Anaik Purenne et Jean-Paul Payet (dir.), *Tous égaux ! Les institutions à l'ère de la symétrie*, Paris, Editions L'Harmattan, 2016. Cela fait également écho aux travaux de Norbert Elias concernant la « démocratisation fonctionnelle » ou de Cas Wouters concernant les processus d'informalisation évoqués dans l'introduction générale de cette thèse. Norbert Elias, « Les transformations de la balance des pouvoirs entre les sexes. Etude sociologique d'un processus à travers l'exemple de l'Etat romain antique », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 2000, vol. 13, nº 51, p. 15-53 ; Cas Wouters, *Informalization: Manners and Emotions Since 1890*, Newbury Park, SAGE, 2007.

[1189] Il s'agit du souvenir du viol conjugal commis par son père que j'ai évoqué dans le chapitre 4. 3.2.2. Donner une signification à et par la violence.

> par me dire « oui, mais vous avez pu inventer, vous avez pu imaginer, vous étiez gosse ». Enfin, voilà. Et il se trouvait qu'une nuit, j'ai fait une crise d'angoisse, en fait. J'étais plus cohérente, je faisais une très très grosse crise d'angoisse. Et on m'avait toujours dit « si ça va pas, il y a une permanence, week-end, nuit, jour, vous appelez quand vous voulez et quelqu'un sera là pour vous, pour vous écouter, etc. » Donc j'ai appelé. En fait, c'était la première fois que j'appelais la permanence. Vraiment, je n'étais vraiment pas bien. Et finalement, la personne m'a dit « écoutez, allez vous coucher, rappelez demain ». Et du coup, j'ai fini en crise de tétanie, allongée par terre dans la salle de bain. Et quand j'ai rapporté ça au CMP quelques jours plus tard, je voyais bien qu'ils se soutenaient entre eux. Et que moi… On n'avait rien à faire, quoi. Donc voilà, donc ça, donc cet incident, plus le fait qu'ils remettent en doute mes souvenirs, ma parole, et puis le psychiatre avec son diagnostic bancal, et qu'il ne m'écoutait pas, je me suis dit « non, ce n'est pas possible ».

J'ai ainsi retrouvé un rapport critique vis-à-vis d'un style thérapeutique qui aurait tendance à mettre en doute la parole des personnes et à ne pas entendre leurs demandes.

De la même manière, certaines personnes ne comprennent pas la demande professionnelle de ne pas « *hyperintellectualiser* » leur situation[1190], à l'image de Pauline Aubert dont l'engagement dans une formation de pair-aidance montre néanmoins que ce rapport politique à l'organisation des soins de santé mentale a débouché pour elle sur une forme d'engagement pour changer les choses.

> PAULINE AUBERT : J'ai encore beaucoup de mal à faire confiance du coup au niveau du soin tout. Pas plus tard que cette semaine. Cette semaine j'ai vu la thérapeute du SAMSAH[1191] et je voulais absolument poser mes questions sur ce qu'on avait fait ensemble et tout. Et tu vois ils n'ont pas compris : « Mais pourquoi tu demandes ça ? Ne réfléchissez pas trop ». Je dis : « Mais en fait moi je suis quelqu'un, quand je viens avec une demande, il faut m'entendre ». Et la meuf du SAMSAH m'a fait dérailler, parce qu'elle m'a dit : « Mais Pauline, ne vous fatiguez pas l'esprit comme ça. Pourquoi vous revenez là-dessus ? Pourquoi vous revenez… ». Je dis : « Mais oh, je voudrais qu'on refasse un point sur les 3 ans qu'on a fait ensemble, sur ce que vous avez perçu, ce que j'ai perçu, ce qu'on a travaillé ensemble. » – « mais pourquoi cette demande ? ». Non putain c'était insupportable. – « attention, attention à l'hyperintellectualisation ». J'ai dit : « Mais madame, d'après vous, on n'est pas déjà dedans depuis que je suis née ? » C'est-à-dire que c'est pas vraiment un problème, c'est plutôt : « Aide-moi là parce que j'ai une demande ». Donc voilà. Donc ça c'est un peu comme « bouge-toi » quand t'es en dépression. Moi quand on me dit « calme-toi », « arrête de réfléchir », je suis désolée, c'est comme si on me demandait d'arrêter d'être brune ou d'être une fille, je ne sais pas faire en fait. D'accord je ne sais pas faire, je ne sais pas faire calme et pas avec le cerveau en ébullition, ou alors je veux mourir en fait donc du coup je préfère être comme ça.

[1190] L'intellectualisation est d'ailleurs perçue comme un mécanisme de défense selon la psychanalyse.
[1191] Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

Cet extrait exemplifie la demande de symétrisation de la relation thérapeutique chez Pauline Aubert. Elle demande effectivement de faire un « *point* » sur les trois années de prise en charge qui viennent de s'écouler. Elle place, en quelque sorte, sa thérapeute à son niveau et demande à ce qu'elles échangent, d'égale à égale, sur leurs ressentis et ce qu'elles ont retiré de cette relation thérapeutique. La réaction de sa thérapeute consiste à recadrer l'interaction et à marquer l'asymétrie : elle est la professionnelle tandis que Pauline Aubert est la patiente qui ne doit pas trop réfléchir et se laisser guider.

Les critiques de la psychanalyse et de certaines formes de prises en charge de la psychiatrie publique reposent donc sur une aspiration à l'écoute de la part des soignant·es et d'une relation davantage symétrique. Cependant, que ce soit par cadrage de la relation thérapeutique, ou par manque de moyens professionnels dans les services de psychiatrie publique, ces aspirations butent sur des attitudes professionnelles jugées insupportables. Le cadrage thérapeutique des psychothérapies associées aux TCC et l'organisation des soins dans les cliniques privées sont quant à elles perçues de manière plus positive. Non pas qu'il y ait une absence de cadre – d'ailleurs les psychothérapeutes que j'ai rencontré·es évoquaient souvent la nécessité du cadre durant nos entretiens[1192]. Ce cadre est cependant jugé plus légitime et il est associé à des pratiques professionnelles qui privilégient le dialogue, une certaine directivité dans la relation psychothérapeutique, et surtout l'explication des mécanismes étiologiques et thérapeutiques : éléments que l'on retrouve et que j'ai présentés concernant la prise en charge à l'*HDJ borderline*, qui stabilise la définition diagnostique dans un dialogue, et qui explicite les mécanismes étiologiques et thérapeutiques via la psychoéducation[1193].

Cet idéal de la symétrisation de la relation thérapeutique s'inscrit dans un souci plus large de justice. Comme on l'a vu, les « *crises* » sont très souvent liées, dans les récits que j'ai recueillis, à des situations vécues comme des injustices. Ce souci de justice s'exprime alors par une sensibilité face à des situations jugées violentes et arbitraires dans un contexte de relation d'autorité et de pouvoir. En classe de 3e, Charlène Salaun a été exclue de son établissement, un collège privé sous contrat catholique. La raison de cette exclusion, me dit-elle, est une vive réaction face au racisme qu'elle percevait chez un de ses enseignants.

> CHARLENE SALAUN : En 3e je me suis fait virer de mon collège parce que, et pareil, pour une histoire pourrie il y a un prof qui s'en est pris à un élève et j'ai pété un câble sur le prof, vraiment, en fait j'ai pété un câble sur lui parce que j'ai ressenti comme de l'injustice et en fait je me suis levée et je l'ai insulté, alors que c'est pas du tout mon genre d'insulter les gens, et en fait je l'ai insulté, et voilà. En fait, j'étais dans un truc

[1192] Cf. Chapitre 3. 2.1.4. Cadre et relation thérapeutique pour une pathologie du lien.
[1193] Cf. Chapitre 5. 1.1.2. La stabilisation de la définition des difficultés émotionnelles.

> catholique donc forcément ça a pas marché, et je me suis fait virée quoi. […] J'avais l'impression que mon prof était raciste, parce qu'il s'en prenait toujours à lui. Et il y a un jour où il s'en prenait à lui, et où je lui ai dit : « Non, arrêtez, monsieur, arrêtez ». Et je voyais que mon ami il serrait des poings sur sa table et qu'il allait la balancer, vraiment, il allait péter un câble. Et du coup je me suis levée, je ne me souviens plus exactement de ce que j'ai dit, mais je sais que j'ai pété un câble sur le prof quoi. J'ai pété un câble, et en fait j'ai pas réussi à m'arrêter quand j'ai commencé à péter un câble sur lui, et du coup il m'a dit de rester à la fin du cours, et en fait je m'étais calmée entre temps, mais il a recommencé à dire que c'est moi qui avais tort et du coup je me suis re-énervée contre lui et je l'ai ré-insulté, c'était hyper violent, j'étais hyper violente avec lui, mais parce que pour moi il était vraiment injuste en fait à ce moment-là, et j'ai pas réussi à me contenir en fait.

Les fondements de la colère sont ainsi rattachés à des situations jugées injustes. Ces sentiments d'injustices s'articulent également avec un « *manque d'écoute* », comme me le raconte Alix Barbot.

> IG : Et tu te rappelles un peu des causes de ces colères-là, qu'est-ce qu'il se passait à ce moment-là ?
>
> ALIX BARBOT : Les causes c'était le manque d'écoute je pense tout simplement, le manque d'écoute ou juste garder les émotions et puis d'un coup hop ça sort parce que le moindre truc et on va pas bien.
>
> IG : Ok, le manque d'écoute de la part de tes proches ?
>
> ALIX BARBOT : Ouais des proches en général.
>
> IG : Et quand tu dis que tu gardais les émotions et ça partait, c'était quoi les émotions que tu gardais ?
>
> ALIX BARBOT : les émotions que je gardais, je sais pas trop comment expliquer ça. Les sentiments d'injustice ou les choses comme ça, ou le fait de pas comprendre les gens tout simplement, pourquoi ils réagissent comme ça.

Cette justification de la colère, par une réaction légitime à des injustices, est explicitée par Mathias Villeneuve pour qui ses « *crises* » sont pleinement « *logiques* ».

> MATHIAS VILLENEUVE : Enfin, plus je prends du recul sur mes crises, en fait, déjà plus je me rends compte qu'elles étaient justifiées, dans le sens où, sur le plan humain, c'est absolument normal de réagir à l'humiliation ou à une injustice, en ressentant de la colère ou de la frustration, des choses comme ça, en fait. Au fond, pour moi, mes réactions, elles sont complètement logiques.

De la même manière, les patientes de l'*HDJ borderline* avec lesquelles j'ai réalisé des entretiens me font part du sentiment de légitimité de leurs colères. Ce sentiment est justement en tension et fait l'objet d'un travail de recadrage par les psychologues pour le construire

comme un aspect du trouble *borderline*[1194]. Aline Morel[1195] explique ainsi comment sa colère provient de situations injustes qui la touchent profondément.

> ALINE MOREL : Mais j'ai l'impression que je me mets en colère pour les bonnes choses en tout cas aujourd'hui. C'est impressionnant. […] Voilà, un exemple typique de… J'ai une réaction très forte même quand quelque chose ne me touche pas. Mais ça [une situation qui s'est déroulée durant une séance de psychothérapie de groupe], je l'ai entendu, c'est comme une injustice. Ou ne serait-ce que quelque chose que je trouve... Une injustice ou un truc comme ça, ça va vraiment me… Voilà, ça me… Ça me bouge, quoi, ça me…

Chloé Giraudon me fait quant à elle part d'une comparaison réalisée par son copain avec le personnage de *Star Wars* Dark Vador ; comparaison que l'on retrouve sur des sites en ligne[1196]. Cette comparaison, qu'elle fait sienne, permet d'expliquer comment une sensibilité accrue aux injustices peut amener du « *côté obscur* », correspondant pour Chloé Giraudon à des comportements jugés pathologiques et redevables d'un traitement.

> CHLOE GIRAUDON : Un jour, mon copain m'a dit, et je l'avais dit aussi en entretien, je sais pas si t'étais là, mais il m'avait dit, t'es comme Dark Vador. Et c'est exactement ça, en fait. C'est… Je suis pas trop Star Wars, mais ce que j'ai compris, c'est, avant de passer du côté obscur, voilà, il a pas supporté l'injustice, les incohérences, les choses comme ça. Il en souffrait tellement qu'en fait, il a basculé. Et euh… Et ouais. Moi, mon gros problème aussi, c'est la société, les incohérences, la mauvaise foi, l'injustice, tout ce que les gens peuvent faire. En fait, pour moi, c'est eux qui sont pas adaptés. Et je pars du principe que s'il y avait des gens un peu plus comme moi, ça se passerait mieux.

Dans ce discours, c'est moins sa sensibilité personnelle aux injustices que la « *société* » et les « *gens* » qui la composent qui posent véritablement problème. Elle juge ainsi qu'une généralisation de sa propre sensibilité à l'ensemble de la société permettrait d'établir un monde meilleur. On voit ici les prémisses d'une montée en généralité et d'une lecture de la conflictualité des rapports sociaux dans le discours de Chloé Giraudon. Amélie Roux m'explique également comment les situations qu'elle perçoit comme injustes engendrent, chez elle, de la colère et des comportements violents. Cette fois-ci, le discours est davantage centré sur les fonctionnements psychologiques personnels et n'évoque pas les enjeux sociaux.

> AMELIE ROUX : Je ne supporte pas la frustration je ne supporte pas qu'on me dise non quand je trouve que les choses sont légitimes je supporte pas l'injustice et ça c'est depuis que je suis enfant et même si je suis témoin d'une scène d'injustice je supporte pas ça c'est épidermique tout de suite le cœur qui s'emballe, j'ai la violence qui est en

[1194] Cf. Chapitre 5. Affirmées ou agressives ? (Il)légitimité des comportements.
[1195] Rencontrée à l'*HDJ borderline*. Médicaments évoqués en entretien : antidépresseur (Prozac).
[1196] *Dark Vador et les caractéristiques du borderline*, https://www.geraldyneprevotgigant.com/single-post/2018/04/17/dark-vador-et-les-caract-c3-a9ristiques-du-borderline , 7 juillet 2021, (consulté le 3 juin 2024).

> moi, ça m'est violent, ça m'est violent. Et par contre l'angoisse, c'est justement plus l'angoisse de pas m'en sortir, je pense liée au ressenti de ces deux émotions, parce que comme elles sont très violentes ça me fait peur donc voilà, peur de mes réactions, peur de moi, peur de me faire du mal, parce que ça fait longtemps que j'intériorise des choses pour pas faire de mal aux autres, que je ne veux surtout pas faire du mal aux autres voilà.

Cette colère dont le fondement est l'intolérance à l'arbitraire des situations sociales, des relations de pouvoir particulièrement asymétriques, et des situations où une autorité s'exerce peut, dans certains cas, amener vers une politisation plus franche des questions de la santé mentale. Cette condition à la politisation se retrouve néanmoins chez l'ensemble des personnes que j'ai rencontrées.

Il n'est donc pas étonnant de constater que des discours critiques émergent concernant les espaces où les positions sont explicitement asymétriques, comme le cadrage psychanalytique classique (parole/écoute ; personne assise/personne allongée ; etc.), où certaines formes d'arbitraires s'expriment (hospitalisation sans consentement, réduction de liberté, etc.), et où la capacité à répondre à une demande est limitée (organisation des soins qui restreint les moyens et engendre un traitement de masse des patient·es en hospitalisation). Cependant, la manière de raconter cette intolérance à l'injustice varie : entre un discours centré sur les dysfonctionnements psychologiques personnels (sentiment de surréaction émotionnelle, peur de ses émotions), et un discours centré sur le rôle des enjeux sociaux (plus ou moins thématisé comme relevant de rapports sociaux) vis-à-vis de leurs propres réactions psychologiques.

3.2. Les formes d'engagements dans le champ de la santé mentale

Tandis que la majorité des personnes rencontrées durant les entretiens aspirent principalement à aller mieux, sans s'impliquer dans des activités qui visent à changer les choses, cinq personnes s'inscrivent dans un engagement explicite et réflexif au sein des débats et des luttes du champ de la santé mentale : Lucas Martin, Pascaline Bréant, Suzanne Barbet, Pauline Aubert et Margaux Viguier. Une opposition dans ces formes d'implication militante se fait cependant jour, et elle se formule sous l'alternative suivante : faut-il construire l'auto-gestion des soins « psys » ou professionnaliser son expérience pour réformer de l'intérieur l'institution psychiatrique ?

3.2.1. Construire l'auto-gestion des soins psy

Margaux Viguier est la seule personne qui adopte une critique radicale de l'institution psychiatrique. Elle a enclenché sa politisation sur internet. Au moment de notre entretien, elle

s'implique depuis un an et demi dans des actions « *concrètes* », au sein de collectifs et d'associations locales. Elle trouve effectivement que le militantisme sur internet s'inscrit dans un entre-soi, où tout le monde est plus ou moins d'accord. Ces situations entraînent un risque de « *pureté militante* », qu'elle essaye de tenir à distance. Ce type d'engagement en ligne ne lui suffit pas, car elle identifie des manques de ressources et d'espaces dans le domaine de l'antipsychiatrie.

> MARGAUX VIGUIER : [Sur les réseaux sociaux] tu t'enfermes beaucoup avec des gens qui sont d'accord avec toi, et c'est très bien, mais… mon problème c'est surtout que tous les gens qui sont comme moi ne sont pas nécessairement d'accord avec moi. Et de toute façon, j'en ai marre de faire que des trucs sur les réseaux sociaux, et tout ça. D'un point de vue personnel, ça ne me suffit pas, j'ai envie de faire des choses… En fait j'ai envie de faire des choses localement, parce qu'il y a un manque terrible, juste, en France on a rien de… on a quasiment rien en action sur le terrain. Dans le domaine alter ou anti-psy il y a rien. Les très rares collectifs ou asso qui existent ils sont portés sur les volets juridiques, ce que je ne veux pas leur reprocher, parce que ça a une utilité concrète que je vois très bien […]. Il y a le *centre de réflexion et de proposition d'action sur la psychiatrie*, ils font énormément de choses du coup, vraiment côté juridique, formation d'avocats, tout ça, faire intervenir les avocats en cas de problème, etc. Et il y a une autre association qui fait énormément ça, où eux, ils s'occupent beaucoup, de tout ce qui est tutelle, curatelle, etc. Pour les faire lever quand il y a besoin, énormément de formations d'avocats, etc. Donc il y a un peu ça qui existe en France. J'en vois très bien l'intérêt, donc je ne vais pas râler dessus, mais en fait, il n'y a que ça. Les trucs de soutien qui existent, c'est les GEM [Groupes d'entraide mutuelle]. Et ça ne correspond pas aux missions que je vois de vrais groupes de soutien, on va dire.

Margaux Viguier s'implique dans des collectifs et des associations déjà existantes : elle a participé à des journées organisées par un *Conseil local de santé mentale*, et elle s'implique dans un Groupe d'entraide mutuelle (GEM). Son objectif est d'y faire du militantisme, sans être en accord avec l'ensemble des pratiques de ces lieux. Elle vise ainsi à construire la lutte antipsychiatrique à partir de ces lieux existants en faisant de « *l'information* ».

> MARGAUX VIGUIER : C'est-à-dire que, à mon avis, le premier truc à faire, c'est d'informer les gens sur, concrètement, ce qui se passe en psychiatrie ou des choses comme ça, en fait. Et de faire de ces, on va dire, pour être assez consensuelle, de faire des luttes contre les violences psychiatriques. Des luttes qu'on ne peut pas ignorer dans les, on va dire, dans les milieux dans lesquels je traîne. Actuellement, c'est juste des questions qui n'existent même pas, en fait.

Les milieux dont parle Margaux Viguier sont les collectifs et partis politiques classés à l'extrême gauche. Elle évoque ainsi le *Nouveau Parti Capitaliste* (NPA), avec lequel elle n'est « *pas loin* », même si elle est « *plutôt du côté des anarchistes* ». Elle déplore le fait que dans ces milieux, les seules réflexions politiques concernent les travailleurs et travailleuses de la

psychiatrie, alors que rien ne concerne les personnes « *psychiatrisées* ». Pour mettre en avant ces dimensions, elle aimerait à terme monter un « *collectif de soutien* ». Lorsque je reformule cette expression en évoquant la pair-aidance, Margaux Viguier évoque sa distance avec ce type de dispositif.

> IG : Tu dis collectif de soutien, c'est genre… de la pair-aidance, par exemple, c'est ça ?
>
> MARGAUX VIGUIER : Ouais, alors, la pair-aidance, dans ce que l'on pense, soutien par pair-aidance, j'ai des critiques à faire dessus. Mais non, oui, il y a plein de formes que peut prendre un collectif de soutien. Moi, je suis très branchée sur un collectif autogéré plutôt.

À partir des collectifs existants, l'engagement militant de Margaux Viguier vise ainsi la construction de l'auto-gestion des soins « psys » avec une mise à distance et une critique radicale de l'institution psychiatrique, du système nosographique des diagnostics psychiatriques, et donc de la pair-aidance qui s'inscrirait dans leur continuité sans pouvoir faire réellement changer les choses.

3.2.2. Professionnaliser son expérience

À l'inverse, plusieurs personnes rencontrées durant mon enquête étaient, comme on l'a vu, dans un processus de professionnalisation de leur expérience via la pair-aidance. Ces personnes visent également le changement des soins « psys ». Seulement, leur engagement passe cette fois par une insertion professionnelle au sein de structures de soins psychiatriques – avec l'objectif de devenir des professionnel·les de la santé mentale. Parmi les personnes que j'ai rencontrées, quatre s'inscrivent dans ce chemin de professionnalisation : Lucas Martin, Pascaline Bréant, Suzanne Barbet et Pauline Aubert. Cette activité peut soit être autonome, c'est-à-dire limitée à un travail salarié sans autre forme d'implication ou d'engagement, soit s'inscrire dans un ensemble plus global d'activités de sensibilisation et d'animation d'espaces d'entraide en santé mentale.

Cette dernière modalité d'engagement se retrouve chez Lucas Martin qui, en plus de son activité de pair-aidant, est administrateur d'un groupe Facebook d'entraide. Il a par ailleurs travaillé sur plusieurs projets de sensibilisation et d'outils d'aide en santé mentale avec son ami psychiatre. Il a également tenu plusieurs blogs, et diffuse régulièrement sur les réseaux sociaux des ressources de santé mentale. Durant notre entretien, Lucas Martin m'explique ainsi comment, très tôt, il a souhaité réaliser ce type d'activités. Durant ses expériences de formation

et de stage en travail social, il a développé une critique des modalités d'accompagnement asymétriques et descendantes.

> LUCAS MARTIN : J'avais commencé au milieu de la formation [d'éduc spé] à être un peu plus informé sur la pair-aidance, c'est quelque chose que je voulais déjà faire quand j'avais 18-20 ans, mais ça existait pas encore, et je le disais pas comme ça, je disais genre art-thérapeute, mais en *off* : j'ai des troubles psys et comment je peux partager avec ce type d'atelier. Du coup, en faisant éduc spé je voyais que ce métier me convenait pas du tout, en tout cas les environnements dans lesquels j'ai été, les stages que j'ai faits, les étudiants avec lesquels j'étais, c'était un peu de la bien-pensance : on fait à la place des gens et on leur fait leur projet de vie, et puis nous on sait mieux, ainsi de suite, avec une distance professionnelle que je trouvais absolument absurde. Après tu vas pas raconter ta cuite de la veille, mais on n'est pas des robots non plus. En tout cas c'est un truc qui me convenait pas, et du coup au fur et à mesure, je voulais bosser et faire un stage en psychiatrie, et les profs qui avaient capté que quelque chose n'allait pas, du coup ils m'ont dit : « non, non, non tu fais pas de stage en psychiatrie ». Donc j'ai fait un stage dans un centre d'hébergement de stabilisation, et finalement c'était comme bosser en psychiatrie [rire]. Bon l'équipe était pourrie, le lieu c'était le bordel et tout, mais c'est un truc qui m'a plutôt plu et tout, et le jury m'a dit que c'était pas un mémoire d'éduc spé. J'ai fait : « ok ». En gros, leur idée c'est que le projet n'était pas assez construit et que surtout j'attendais la demande de la personne, et quand on a un rendez-vous c'était plutôt lui expliquer comment ça fonctionnait. Et puis la personne avait 50 piges, et j'avais 22-23 ans. En fait les autres personnes qui l'avait accompagné c'était : il faut arrêter la consommation d'alcool, aller au CMP, trouver un logement, et tout… et comme plus personne ne voulait s'en occuper, c'était un peu le cas désespéré, avec troubles psys, addiction et ainsi de suite, et sans aucune ressource et sans aucun proche, du coup l'idée c'était de reprendre contact avec sa fille, et donc : ok, on va essayer. En fait, pendant les entretiens, j'ai fait des échanges sur Skype avec elle, j'ai su qu'elle allait se marier, c'était le truc qui était important pour lui. […] Tous les résidents du centre d'hébergement prenaient du médicament, du lithium. Le psychiatre écrivait les ordonnances à la main avec le nom des génériques, ou le nom de la molécule de base, avec des ordonnances longues comme le bras, avec des personnes qui avaient pas de repères dans le temps, dans l'espace, et puis il y a des médocs qui se ressemblent, du coup je me suis retrouvé d'abord à demander au CMP : « comment vous gérez pour aider les personnes à faire leur pilulier ? » Et ils m'ont dit : « on fait pas, on peut pas, on n'a pas le temps » ou « Moi j'ai pas le droit de le faire, je suis pas infirmier ». Et du coup j'ai demandé : « Du coup on fait comment ? » – « Bah vous vous démerdez. » – « D'accord. » Du coup je me suis retrouvé à expliquer aux personnes dans leurs chambres, à moitié en cachette, quels médocs servaient à quoi, à quel moment il fallait le prendre, celui-là c'est le somnifère donc il faut éviter de le prendre le matin, et puis à mettre sur les boîtes le nom qui est écrit sur l'ordonnance, à mettre un truc sur quand est-ce que c'est le moment d'aller à la pharmacie, lesquels à ne pas prendre en prenant des substances… Je faisais un taff de pair aidant ou d'infirmier plutôt qu'un taff d'éduc, et où en fait les gens quand ils se réveillaient, ils se rendormaient pas 1 h après parce qu'ils avaient pas pris leur somnifère le matin, qui ressemblait vachement à l'antidépresseur quand même [rires]. Après j'ai rencontré des personnes qui étaient pair-aidantes.

Cette découverte de la pair-aidance a donc amené Lucas Martin à s'orienter vers ce type d'activités professionnelles, qu'il a réalisé dans différentes structures. Le moteur de son engagement réside dans une aspiration à la symétrisation des relations d'accompagnement et de soins ; motivations que j'ai par ailleurs retrouvées chez les autres personnes pair-aidantes que j'ai rencontrées.

Pascaline Bréant, qui a 33 ans au moment de notre entretien, s'est quant à elle tournée vers la pair-aidance après une trajectoire de politisation et de militantisme au sein de l'anarchisme écologique, qu'elle a progressivement abandonnée pour s'inscrire dans les milieux spirituels, puis finalement dans une tentative de professionnalisation au sein du champ de la santé mentale. Elle s'est effectivement investie dans une ZAD[1197] à l'âge de 24 ans, à la suite d'une rupture avec sa famille liée à la violence de son père, une première licence et un voyage à l'étranger. Après une année d'implication dans le militantisme anarchiste, Pascaline Bréant a été confrontée à un premier « *effondrement* ». Elle mobilise ce terme pour nommer une souffrance psychique extrême, des idées suicidaires particulièrement prégnantes, et une situation qui l'a engagée dans une carrière de maladie mentale[1198]. Les conditions qui ont présidé à ce premier effondrement peuvent être rattachées à une série de déceptions vis-à-vis du milieu militant.

Pascaline Bréant s'était effectivement lancée dans un Tour de France des lieux militants pour projeter un documentaire. Cette tournée a suscité une accumulation de déceptions.

> PASCALINE BREANT : J'ai fait ce Tour de France et j'allais de lieu militant en lieu militant en France pour projeter et voilà […] et je cherchais désespérément en fait de l'humanité, du cœur, quelque chose, et j'avais du mal à le trouver. Je me souviens dans mon tour de France, à part à Notre-Dame-des-Landes où je trouve que vraiment ils ont vachement réfléchi leur rapport aux luttes, leur rapport aux vivants, ailleurs c'était assez compliqué… […] Je me rappelle d'une énième, d'une énième, j'ai le mot *disappointment* qui vient, de, je sais pas comment dire, je sais pas, merde, j'ai pas le mot… Découragement, enfin tu vois.

La déception, qu'elle n'a su spontanément nommer qu'en anglais, est associée dans son récit au découragement. Ce découragement vis-à-vis de son implication dans le militantisme sera décuplé à la suite du décès de Rémi Fraisse sur la ZAD du barrage de Sivens. Pascaline Bréant ne comprenait pas la réaction de ses « *camarades* », qui selon elle politisaient de manière excessive sa mort, sans laisser la place au deuil, et en ne respectant pas les demandes de sa famille. Cette déception et ce découragement vis-à-vis du milieu dans lequel elle s'était pourtant

---

[1197] Zone à défendre.

[1198] Erving Goffman, « II. La carrière morale du malade mentale » dans *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, 1968, p. 177-225.

pleinement investie (son engagement structurait alors la totalité de sa vie) ont été articulés à une expérience de maladie qui fait suite à une blessure qui s'est infectée. Les suites de la prise en charge de cette blessure l'ont amenée à s'éloigner, puis à « *couper les ponts* », avec le milieu militant anarchiste. Cela a eu comme effet d'intensifier sa souffrance psychique, en la plongeant dans une période de « *douleurs* » particulièrement intense – ce que Pascaline Bréant explique aujourd'hui comme un « *retour de la mémoire traumatique* ». Elle a néanmoins pu compter sur des amitiés, et elle découvre la médecine alternative à la faveur de la cohabitation avec l'une de ses amies qui l'a amené dans un festival chamanique. Pascaline Bréant a ensuite suivi de nombreuses thérapies alternatives, et ce malgré ses faibles ressources économiques – elle réalisait des gardes d'enfant pendant 35 heures par mois. Ces thérapies étant « *très chères* », elle s'arrangeait donc pour avoir des séances gratuites en proposant d'être la personne sur laquelle ces thérapeutes pouvaient « *développer leurs pratiques* ». Ces séances lui ont donc permis de « *remonter la pente* », et après quelques mois, elle entend parler, via une amie artiste, d'un lieu associatif paysan dont le projet lui paraît passionnant.

Durant l'été de ses 26 ans, elle se rend sur ce lieu pour une semaine et tombe « *folle amoureuse du mec du projet* [et] *du lieu* ». Quelques mois plus tard, elle décide donc de s'y installer. Ces quelques mois de vie dans un univers paysan ont été marqués par la violence de sa relation avec « *le mec du projet* », mais ont suscité chez Pascaline Bréant une passion pour l'agriculture paysanne. Elle a donc ensuite réalisé un second tour de France, en faisant cette fois-ci du *Wwoofing*[1199] et en visitant plusieurs lieux alternatifs. Dans l'un de ces lieux, elle a découvert les psychothérapies intégratives et émotionnelles[1200].

> PASCALINE BREANT : Quand j'ai refait un petit tour de France, et que j'allais un peu dans les lieux alternatifs pour voir un peu ce qu'ils vivaient, j'ai découvert notamment un lieu génial où ils travaillaient avec la sociocratie[1201] en termes de gouvernance et ils travaillaient aussi avec l'IFS [*Internal Family system*] et la théorie polyvagale[1202], j'aurais du mal à t'en parler plus. Une autre théorie qui s'appelle l'IR, qui est

[1199] Le Wwoofing, qui s'inscrit dans le principe du *Wwoof* (*World Wide Opportunities on Organic Farms*), consiste à proposer un travail bénévole au sein d'exploitations agricoles biologiques en contre-partie d'un hébergement.
[1200] Cf. Chapitre 3. II. La thérapeutique émotionnelle.
[1201] Ce terme désigne une forme de gouvernance dite partagée dans l'objectif de faire fonctionner une organisation de manière auto-organisé. Cette forme d'organisation repose sur quatre règle : le consentement, les cercles, le double lien et l'élection sans candidat. *Sociocratie : description*, https://sociocratie.net/Theorie/index.php, (consulté le 29 août 2024).
[1202] La théorie polyvagale développée par le psychiatre et chercheur en neuroscience américain Stephen W. Porges propose une explication du lien entre les réactions biologiques au stress (fréquence cardiaque régulée par le système nerveux autonome) et des formes de psychopathologie. Pour un article de synthèse sur cette théorie voir : S Kozlowitz, P Cole et C Komreich, « La théorie polyvagale : présentation et limitations actuelles », *Revue Medicale de Bruxelles*, 2021, vol. 42, nº 1, p. 35-40. Sans qu'elle soit explicitement mobilisée, les principes de cette théorie polyvagale se retrouvent dans les pratiques thérapeutiques de l'HDJ borderline avec les discours concernant les effets de la réaction au stress, les exercices de biofeedback, etc.

> l'intelligence relationnelle qui croise la théorie polyvagale et l'IFS, et ça c'est quelque chose par exemple à laquelle j'ai envie de me former à terme parce que je trouve que c'est une méthode hyper efficace de régulation émotionnelle. Je crois vraiment fort au développement des nouvelles thérapies qui sont à mon sens beaucoup plus adaptées et beaucoup plus intégratives, par rapport aux thérapies plus classiques. Moi quand je vois ces temps perdus dans les CMP de mes premières années, vraiment du temps perdu où j'étais jugée, pas écoutée, etc. Où en fait moi je crois à des basiques, c'est beaucoup la thérapie centrée sur la personne : Carl Rogers et compagnie. Je crois à l'importance dans la Gestalt, on parle vraiment de la relation, mais je crois à ça, l'accueil inconditionnel, pas de jugement, je t'accueille entièrement, l'empathie intense, c'est là-dedans qu'une personne peut se déposer. Et je crois à des thérapies qui permettent d'accueillir les émotions, de les traverser, de les réguler, et puis de travailler sur le corps. Je crois vraiment à tout ça, je crois que c'est énormément de temps perdu à l'institution psychiatrique, qui est complètement à côté de la plaque à peu près.

Dans ce récit de la découverte des thérapies intégratives, Pascaline Bréant explicite son rapport au champ de la santé mentale. Elle privilégie ces « *nouvelles thérapies* » issues de la psychologie humaniste (Carl Rogers, Gestalt), de la psychologie cognitive (*Internal Family system* que l'on peut rapprocher des principes de la Thérapie des schémas) et de la perspective neurobiologique évolutionniste (théorie polyvagale). L'adhésion à ces thérapies s'articule donc à une remise en cause de l'ancien ordre psychothérapeutique (l'orthodoxie psychanalytique) ainsi que de l'organisation de l'institution psychiatrique.

À la suite de ce second tour de France et de cette découverte des thérapies intégratives et émotionnelles, Pascaline B. s'installe dans un village de l'ouest de la France où elle a « *commencé à* [s]*e reconstruire* ». Durant cette année, elle engage un suivi psychothérapeutique avec une Gestalt Thérapeute qui lui a été conseillée par une amie. C'est lors de ces séances de psychothérapie qu'elle entend parler, pour la première fois, du trouble *borderline*. Elle se lance parallèlement dans l'élaboration d'une « *conférence gesticulée* » concernant les violences faites aux enfants. La production de cette conférence a cependant engendré son second « *effondrement* » psychique, qui cette fois s'est conclu par une hospitalisation en psychiatrie. Elle avait noué une relation thérapeutique qu'elle juge particulièrement bénéfique avec une jeune médecin généraliste qui a jeté les bases de son rapprochement avec l'institution psychiatrique.

> PASCALINE BREANT : J'ai été suivie par une médecin, […] c'est elle en fait qui m'a ramenée au monde normal parce que… Enfin au monde institutionnel, parce qu'elle a été d'une empathie extraordinaire. […] Et donc, c'est elle après qui m'a proposé des traitements, qui m'a mis sous anxiolytiques, et voilà, qui m'a incité à aller voir un psychiatre, donc je pense que c'est quand même la porte qui m'a permis de retourner après ça.

Lors d'une crise suicidaire, elle a ainsi appelé une psychiatre, puis a accepté une hospitalisation, qui s'est déroulée dans une unité d'urgences psychiatriques, et qu'elle qualifie de « *très chouette* ». Ce vécu positif de cette hospitalisation d'urgence s'est articulé à une admiration vis-à-vis des professionnel·les de la psychiatrie : « *Moi il y a quelque chose qui m'a impressionnée dans la psychiatrie, c'est qu'il y a beaucoup d'humilité en fait*. » Dans le cadre du suivi en CMP engagé à la suite de cette hospitalisation, un infirmier évoque la possibilité d'une formation de pair-aidance. Cette proposition n'est pas anodine et informe très certainement la perception de cet infirmier quant à l'adéquation du comportement de Pascaline Bréant avec les attentes des professionnel·les de la psychiatrie. Cependant elle vit mal son travail en alternance dans un lieu de soins psychiatriques. Elle considère que cette tentative de professionnalisation de son expérience est prématurée, et qu'elle bute sur l'organisation rigide et hiérarchique de cet espace professionnel. Son aspiration à la symétrisation des relations sociales se confronte à une organisation hiérarchique, et sa volonté de changer les choses à partir des interstices de l'institution paraît finalement compliquée. Ces complications proviennent d'une expérience de stigmatisation, au sein de la structure, qui accentue sa difficulté à trouver une place. Au moment de nos échanges, Pascaline Bréant est d'ailleurs en cours de rupture de contrat. Cette rupture de contrat ne signifie cependant pas l'abandon de son projet de professionnalisation dans le champ de la santé mentale, car, comme elle me l'explique durant l'entretien, elle souhaite se former aux « *nouvelles thérapies* » pour devenir psychothérapeute.

Durant la dernière partie de notre entretien, elle évoque la volonté de faire la synthèse entre ses différentes expériences, qui supposent des pratiques et des visions du monde opposées. Elle aspire ainsi à spiritualiser son engagement politique et à politiser la spiritualité véhiculée par les approches chamaniques. En fin d'entretien, Pascaline Bréant me demande si je crois aux dimensions spirituelles. Je lui réponds que je suis sceptique vis-à-vis de ces interprétations du monde. Elle voulait me faire part d'une de ses convictions concernant les processus que connaîtrait actuellement l'humanité, qu'elle me confie néanmoins, même si cela tombe « *à côté* ».

> PASCALINE BREANT : Je te le dis quand même, mais bon ça va tomber à côté, mais moi je crois vraiment qu'on est dans un processus d'ascension à l'échelle de l'humanité. Et donc que, en fait, de plus en plus d'êtres humains naissent avec des « hyper », tu vois. Justement des sens hyper développés. Notamment, il y a de plus en plus de zèbres, il y a de plus en plus, on peut appeler zèbres, haut potentiel, c'est la même chose, on peut aussi, on parle d'enfants je sais plus comment ils appellent, les enfants

> *indigos*[1203], je sais plus quoi, bon bref. En tout cas, il y a de plus en plus de personnes quand même qui naissent, alors est-ce que c'est parce que c'est plus diagnostiqué ou est-ce qu'il y en a de plus en plus, ça c'est pareil, c'est un peu plus… Moi je choisis de croire qu'il y en a de plus en plus, mais voilà je pense que c'est vraiment une problématique qui est en train de se développer dans la société. Et que ça va nous permettre, en fait, de créer ce nouveau monde auquel je crois, tu vois. Et de sortir un peu de cet Ancien Monde hyper vertical, et qui est pas basé sur l'intelligence humaine. […] Dans ce rapport-là, à la société, je vais ajouter une grille de lecture politique, c'est que tu vois pour moi le monde capitaliste néolibéral dans lequel on vit depuis pas si longtemps, le néolibéralisme il y a 50, 60, 70 ans, il a développé toute cette culture de l'individualisme, mais tellement fortement qu'on en est tous et toutes imprégnées très profondément et je crois que cette maladie [le trouble *borderline*] c'est une maladie du lien. Et je trouve qu'elle s'ancre complètement aussi dans ce monde-là, dans lequel on vit, c'est à dire que tu vois à l'échelle de moi, mon petit récit de vie, j'ai réalisé en te parlant que : quand est-ce que j'ai été hospitalisée ? Au moment où, moi, j'avais quitté ma communauté. J'avais plus ce lien humain fort, solidaire, qui me portait et me supportait, et où on s'entraidait en fait. Et voilà, tu vois, j'interroge vraiment ce truc-là. Et de comment la société crée la division et empêche en fait la construction de liens communautaires, qui empêcherait le développement de cette maladie, c'est une nouvelle interrogation.

Cet extrait d'entretien, où Pascaline B. évoque sa conviction concernant la réalité de l'augmentation du nombre de personnes « hyper » (sensibles, émotionnelles, intelligentes, etc.), en croisant schèmes spirituel, biologique et politique, est une nouvelle occasion d'expliciter la manière dont elle tente de faire une synthèse entre ses pratiques anarchistes, dont elle garde certaines valeurs (l'idéal d'autogestion, une critique radicale du capitalisme…), ses pratiques spirituelles (ascension de l'humanité), et son adhésion à certaines pratiques psychothérapeutiques (« maladie du lien » et effets des configurations de relation sur le développement du trouble *borderline*). Ces différentes dimensions permettent ainsi d'exemplifier les enjeux entourant les usages sociaux du trouble *borderline*, et plus globalement les usages sociaux du psychologique, en tant qu'ils s'insèrent dans des univers diversifiés.

Ces descriptions éclairent l'indignation commune qui préside à l'engagement au sein de la santé mentale : il s'agit d'une critique de l'asymétrie de la relation soignante vectrice de violences institutionnelles. Cette indignation provient en grande partie d'un vécu personnel de violences lors d'hospitalisations psychiatriques sans consentement ou d'un sentiment d'un manque d'écoute lors de consultation en CMP. Ces éléments viennent s'ajouter à des expériences de stigmatisation dans les familles et le milieu scolaire, ainsi qu'à des vécus de violences de genre et intrafamiliales. Cela engendre néanmoins deux formes de critiques et

[1203] Cette expression provient des milieux spirituels et *New Age*, notamment diffusée par la médium Nancy Ann Tappe, pour désigner des enfants qui seraient nés avec une grande puissance spirituelle afin d'aider le monde à s'élever.

d'engagements au sein du champ de la santé mentale qui se distinguent schématiquement par leur caractère soit révolutionnaire soit réformiste. Dans ces deux formes de critiques et d'engagement, les personnes ont à peu près les mêmes types de capitaux et de dispositions. Cette différenciation dans les prises de position et dans les types d'actions engendrés par cette même indignation peut être comprise à partir de la distinction entre « disposition » et « compétence » formulée, à la suite de Bernard Lahire, par Lilian Mathieu :

> « Deux enjeux apparaissent en conséquence étroitement liés : celui des dispositions à appréhender tel phénomène comme scandaleux et redevable d'un engagement, et celui des compétences nécessaires au passage de l'indignation individuelle au ralliement à une protestation collective. Suivant la distinction entre ces deux termes proposés par Bernard Lahire, on considérera qu'une disposition est une inclination ou une appétence intériorisée au fil de la trajectoire de l'individu, via les différents sites et étapes de sa socialisation, tandis que le terme de compétence désignera des "savoirs et savoir-faire bien circonscrits, liés à une circonstance ou à une pratique bien spécifique"[1204] ».

Cette différenciation de l'expression de cette indignation commune provient d'un effet conjugué des trajectoires de socialisations militantes et de socialisation à l'univers « psy ».

Cette différenciation peut être saisie de manière particulièrement nette à travers la comparaison des trajectoires de Margaux Viguier et de Pascaline Bréant. Elles ont toutes les deux une trajectoire de soins psychiatriques et elles se sont impliquées dans le militantisme anarchiste. Seulement, leur politisation n'a pas eu lieu au même moment de leur trajectoire. Margaux Viguier était suivie en psychiatrie depuis le début de son adolescence (première hospitalisation à 13 ans), et sa politisation est venue après-coup, tandis que Pascaline Bréant a découvert la psychiatrie après son implication dans le militantisme anarchiste – qu'elle identifie d'ailleurs comme un moyen de fuir des difficultés personnelles. Cette différence de trajectoire engendre donc deux formes de politisation de la santé mentale : un transfert des compétences du militantisme anarchiste vers le militantisme antipsychiatrique chez Margaux Viguier, et une dissociation entre le militantisme anarchiste et l'activité de pair-aidance chez Pascaline Bréant (et même si ses engagements dans ces activités reposent sur des formes de dispositions similaires). Du côté de Lucas Martin, l'indignation vis-à-vis de l'asymétrie de la relation d'accompagnement et des formes de violences qu'elle comporte, a trouvé une manière de s'exprimer à partir de sa rencontre avec des personnes pair-aidantes, puis ensuite par un milieu militant (principalement en ligne) qui prône une activité de sensibilisation à la santé mentale. Suzanne Barbet et Pauline Aubert, quant à elles, ne se sont à aucun moment de leurs trajectoires

[1204] Lilian Mathieu, « Les ressorts sociaux de l'indignation militante. L'engagement au sein d'un collectif départemental du Réseau éducation sans frontière », *Sociologie*, 2010, vol. 1, n° 3, p. 305, citant Bernard Lahire, *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Paris, Armand Colin, 2002, p. 415.

inscrites dans des groupes militants et politiques (qu'ils soient ou non anarchistes). Elles ont ainsi construit leur rapport politique vis-à-vis de la santé mentale à partir de leur formation en pair-aidance. Cela explique en partie le fait qu'elles ne s'impliquent pas dans des activités d'entraide et de sensibilisation à côté de leur travail en structure de soin ou au sein d'espaces en ligne.

3.2.3. Militer en ligne

À l'image de Lucas Martin, plusieurs comptes Instagram, Twitter ou pages YouTube diffusent des messages de sensibilisation et d'information sur la santé mentale. Les espaces et contenus en ligne qui offrent des ressources en santé mentale prennent actuellement une place croissante[1205]. Dans ce paysage, et à partir d'une focalisation sur les espaces qui évoquent de manière plus ou moins centrale le diagnostic « trouble de la personnalité *borderline* », les deux pôles de l'engagement évoqués précédemment se retrouvent. D'un côté, des sites internet, dont les publications sont relayées par des comptes Twitter, s'inscrivent dans une optique antipsychiatrique. C'est le cas du site *Comme des fous*[1206] ou encore de *Zinzin Zine*[1207]. Ce dernier qui, au moment où j'écris ces lignes, n'est plus actif et est accessible à partir des archives d'internet a publié la traduction des extraits de la thèse de Jennifer L. Reimer qui développe une approche critique concernant la légitimité et la pertinence des troubles de la personnalité[1208]. De l'autre, on peut identifier des comptes Instagram ou des chaînes YouTube qui produisent du contenu concernant la santé mentale, et évoquent le trouble *borderline,* à partir d'une appropriation de la catégorie. J'ai suivi durant plusieurs années trois principaux comptes avec mes profils de réseaux sociaux personnels (Instagram, Twitter et YouTube) : le compte Instagram *Voyageuse au Naturel,* tenu par Abigaïl Barrand, le compte Instagram *Troubled_pumpkin_*, et la chaîne YouTube de *La carologie*, tenu par Carolina Gonzales.

[1205] Pour un éclairage sur la constitution d'espaces en ligne comme des ressources en santé mentale, voir Nathan Ferret et Pierre Gallinari Safar, « "Ce soir, c'est le stream de la dépression". Sociologie de l'appropriation du live-streaming comme ressource de santé mentale chez les jeunes », *Agora débats/jeunesses*, 2024, vol. 97, nº 2, p. 56-72.

[1206] *Comme des fous. Changer les regards sur la folie*, https://commedesfous.com/, (consulté le 23 mai 2024).

[1207] *★ ZINZIN ZINE ★ - Outils de Réflexions et d'Actions face à la Psychiatrie*, https://web.archive.org/web/20230727100223/https://www.zinzinzine.net/ , 27 juillet 2023, (consulté le 23 mai 2024) La description de ce site internet indique : « Zinzin Zine diffuse des outils théoriques & pratiques pour lutter contre le système psychiatrique et le sanisme. Il s'agit aussi de proposer d'autres perspectives (les nôtres!) sur nos multiples formes d'être au monde et nos difficultés à vivre. Des pistes, des contradictions, rien d'absolu! ».

[1208] Jennifer L. Reimer, *Elle doit être folle : le discours psychiatrique, les « troubles de la personnalité » et la régulation sociale des femmes subversives*, s.l., https://web.archive.org/web/20221221234650/https://data.over-blog-kiwi.com/1/85/65/14/20180315/ob_e98684_elle-doit-etre-folle-pleine-page.pdf, 2009.

Abigaïl Barrand tient le compte Instagram *Voyageuse au naturel* (50 100 abonné·es[1209]). Elle se présente, sur son site internet, comme une conférencière et experte de vécu[1210]. Elle a réalisé plusieurs dizaines d'interventions médiatiques (France Bleu[1211], Konbini[1212], etc.). Elle réalise également de nombreuses interventions en webinaires et colloques[1213], ainsi que des interviews pour des chaînes YouTube ou des profils Instagram. Dans l'une de ces vidéos, intitulée « Abigaïl milite pour lever les tabous autour de la santé mentale », elle évoque la découverte de son diagnostic. Elle y décrit le moment de l'annonce diagnostique comme déstabilisant, mais finalement source de solutions, et moteur de son engagement actuel dans la sensibilisation concernant la santé mentale.

> « J'ai été diagnostiquée en décembre 2020. L'annonce du diagnostic, ça a été un énorme chamboulement. Je pense que ça m'a fait peur. Finalement, il s'avère que c'était plus quelque chose de soulageant, parce que je me suis dit que je vais pouvoir trouver des solutions à ma souffrance et à mon mal être. Je pense que ma plus grande fierté dans mon trouble, ça a été d'accepter de me remettre en question sur les choses qui étaient défaillantes chez moi, pour justement tisser des liens qui soient plus vrais, plus authentiques. D'accepter de me montrer vraiment comme je suis, avec ma complexité, mes failles et avec mes peurs. D'arrêter d'être perpétuellement en sur-adaptation à la personne que j'ai en face de moi et à mon environnement. Je vais continuer très très fort mon militantisme et mon activisme sur la santé mentale, pour déstigmatiser le plus possible, donc c'est témoigner partout tout le temps, le plus possible. Par rapport à mon compte Instagram, je compte le plus possible continuer à communiquer sur la réalité de ce que c'est de vivre avec un trouble. Je pense que c'est cruellement manquant encore aujourd'hui dans la sphère médiatique du grand public, entre guillemets. Ce serait extraordinaire si on arrivait à faire en sorte que la santé mentale devienne vraiment un débat de société. Le conseil que je donnerais ce serait de dire qu'il y a des solutions. Il y a des psychiatres qui sont absolument extraordinaires, il y a des traitements médicamenteux qui marchent et qui fonctionnent. Il y a des thérapies qui existent, qui ont prouvé leur efficacité. Certes, c'est un parcours qui est difficile, mais c'est possible. C'est pas facile, mais c'est

[1209] Nombre d'abonné·es à la date du 9 septembre 2024.
[1210] *Accueil | Abigail Barrand | Conférencière*, https://www.abigailbarrand.com, (consulté le 24 mai 2024).
[1211] *Trouble borderline : « J'avais peur d'être cataloguée comme la folle de l'entreprise » - France Bleu*, https://www.francebleu.fr/emissions/c-est-la-vie/trouble-borderline-abigail-barrand-veut-changer-le-regard-sur-la-psychiatrie-5798800, (consulté le 23 mai 2024).
[1212] Konbini, *Trouble de la personnalité borderline : Abigaïl nous raconte son quotidien*, https://www.youtube.com/watch?v=FdY8khbdQZk , 7 juillet 2022, (consulté le 23 mai 2024).
[1213] Je remercie Alex Maignan, de m'avoir indiqué l'une de ses interventions dans un webinaire de sensibilisation à l'hypersensibilité, organisé par l'association *positive minders* dont l'objectif est de déstigmatiser les questions de santé mentale. *Hypersensibilité: les clés pour... - PositiveMinders*, https://positiveminders.com/replay/hypersensible/, https://positiveminders.com/replay/hypersensible/ , 10 mai 2023, (consulté le 23 mai 2024). Voir également sa thèse en cours sur la catégorie d'hypersensibilité : Alex Maignan, *De l'hypersensibilité comme bien symbolique*, Thèse de doctorat, Université Paris Nanterre, Nanterre, en cours.

> nécessaire pour le futur et pour l'avenir. Et pour trouver ses propres sources d'épanouissement et avoir une vie stable, entre guillemets[1214]. »

Dans cette vidéo, on retrouve de manière condensée, mais particulièrement explicite, les ressorts d'une appropriation complète du diagnostic, ainsi que le rapport vocationnel du travail sur soi qui débouche sur une activité de sensibilisation et un début de professionnalisation au sein de la santé mentale[1215]. Elle véhicule ainsi un message de promotion de la santé mentale, avec comme principal conseil de dépasser le tabou de la santé mentale et d'aller vers les soins. Dans ses *stories* Instagram (des publications éphémères), elle évoque également sa vie avec le trouble, jusque dans ses aspects les plus intimes. On peut ainsi la voir pleurer lors de crises ou encore se questionner concernant les effets du trouble *borderline* sur les relations amoureuses. Elle écrit également des textes en revenant sur sa problématique existentielle, comme dans cette *storie* datée du 22 aout 2023 où elle évoque comment ses voyages, qui donnent d'ailleurs le nom à son compte Instagram, constitue des formes d'échappatoires.

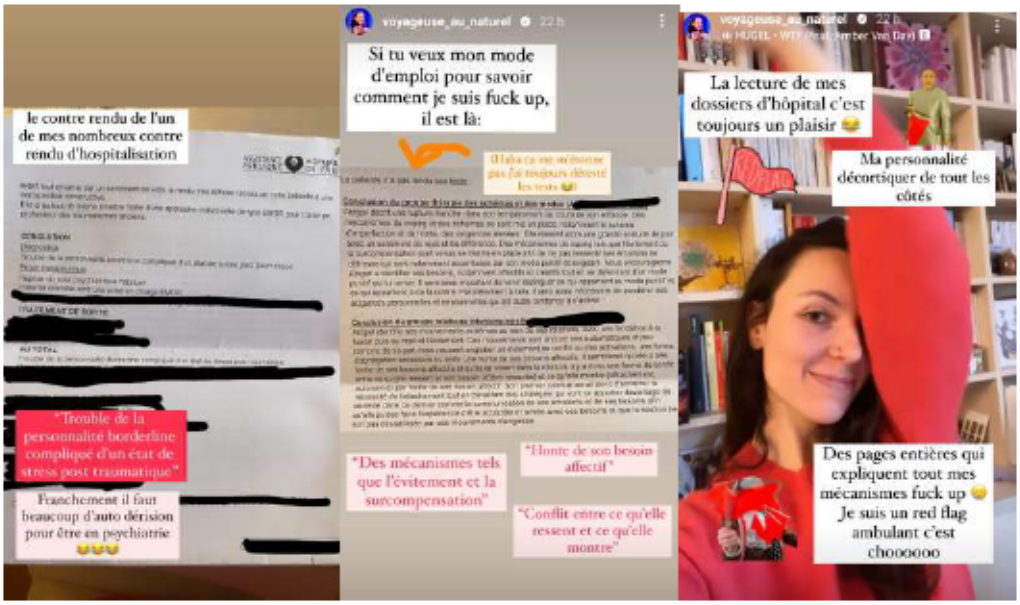
[1214] We are patients, *[TROUBLE BORDERLINE] Abigaïl milite pour lever les tabous autour de la santé mentale*, https://www.youtube.com/watch?v=UOtF7NX_XpE , 6 avril 2023, (consulté le 23 mai 2024).
[1215] Cf. supra. 2.1. Les appropriations complètes.







Le 8 février 2024, elle partage des extraits d'un de ses dossiers médicaux et exprime, à partir des interprétations professionnelles, son avis sur sa personnalité.





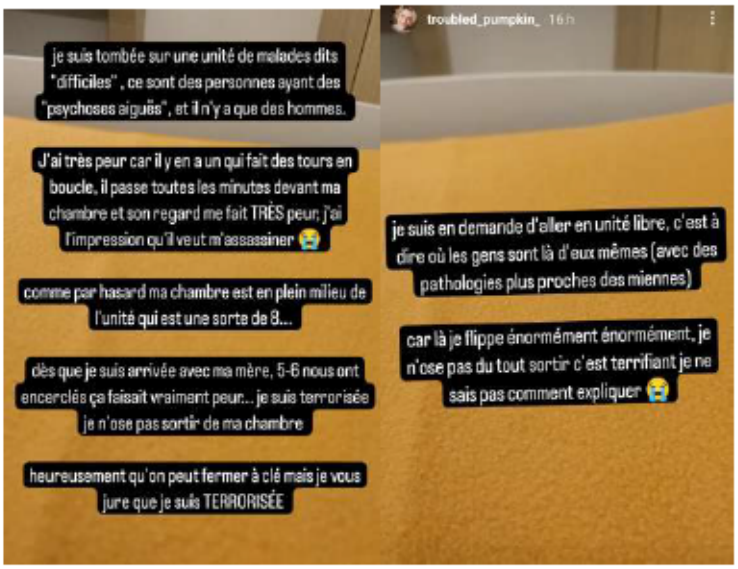
À travers cette *storie*, on voit comment Abigaïl Barrand adhère aux explications professionnelles issues d'une hospitalisation de jour, et identifie, chez elle, des « *mécanismes fuck up* ». Elle a également mis en scène des pratiques qui s'inscrivent dans le *New Age*, en partageant par exemple une retraite spirituelle et sa prise d'Ayahuasca en Amérique du Sud qu'elle a réalisé durant l'été 2023[1216].

Le compte *Troubled_pumpkin_* (1607 abonné·es) est davantage confidentiel et produit essentiellement du contenu de sensibilisation aux questions de santé mentale à partir d'une mise en récit de soi également très intime. On peut ainsi suivre la personne[1217] qui tient ce compte

[1216] Pour une ethnographie de la prise d'Ayahuasca, voir David Dupuis, « L'ayahuasca et son ombre. L'apprentissage de la possession dans un centre chamanique d'Amazonie péruvienne », *Journal de la Société des américanistes*, 2018, vol. 104, nº 2, p. 33-63.
[1217] Je n'ai pas identifié son prénom.

durant ses hospitalisations, ou lorsqu'elle traverse des moments de détresse intense à la suite d'une rupture amoureuse. C'est ce qu'elle a vécu à la fin de l'année 2023, et elle poste alors une *storie*, depuis un hôpital psychiatrique, dans laquelle elle revient sur son parcours de soin et où elle évoque sa volonté de changer d'unité d'hospitalisation.





Dans cette mise en récit de soi, les catégories psychiatriques sont constituées comme de véritables ressources et sont recherchées. En mai 2024, elle évoque par exemple sa découverte de la notion de « photophobie » et explique comment elle identifie chez elle les différents critères de cette hypersensibilité à la lumière. Elle publie régulièrement des *stories* qui véhiculent des explications étiologiques et nosographiques des troubles psychiatriques, comme dans cette publication datant du 14 mars 2024 où elle associe le trouble *borderline* au « spectre

cyclothymique », s'appropriant et diffusant en ce sens des schèmes biologisants concernant la souffrance psychique.



Par ailleurs, et alors que le compte *Voyageuse au naturelle* n'évoque aucune autre dimension politique que celle concernant la santé mentale, le compte *troubled_pumpkin_* véhicule des discours politiques que l'on peut qualifier de « gauche radicale » ou d'« extrême gauche ». La personne qui tient ce dernier compte a ainsi pu se filmer devant un drapeau du NPA accroché au mur, ou encore arborer un pin's rouge symbolisant un marteau et une faucille. Elle a également relayé des publications provenant de comptes de gauche radicale concernant l'écrasement de Gaza[1218]. Cette dimension politique ne s'actualise cependant pas dans son discours concernant la psychiatrie et la santé mentale, à l'inverse de Margaux Viguier. Lorsqu'il est question de ces dimensions, et à l'image de la capture d'écran précédente, elle se remet alors totalement à l'autorité et au savoir psychiatrique.

La chaîne YouTube *La carologie* (280 000 abonné·es) est tenue par Carolina Gonzales. Cette dernière évoque dans plusieurs vidéos le diagnostic « trouble de la personnalité *borderline* » qu'elle a reçu et qu'elle s'est appropriée. Carolina Gonzales habite en Suisse et est issue d'une famille immigrée qu'elle qualifie de précaire. Elle a vécu des violences intrafamiliales durant les 20 premières années de sa vie, et dont elle a parlé dans une série de vidéos. À 18 ans, elle fait part de « *pensées morbides* » à sa mère (des envies de violences contre elle-même et contre les autres). Elle entame alors un suivi psychothérapeutique et découvre

[1218] Didier Fassin, *Une étrange défaite. Sur le consentement à l'écrasement de Gaza*, Paris, La Découverte, 2024.

l'univers du développement personnel et de la psychologie. Elle décide d'ouvrir sa chaîne YouTube, en 2015, pour témoigner de ce travail psychothérapeutique en cours et de ses découvertes. Dans sa vidéo du 22 mai 2024[1219], elle explique comment internet constituait pour elle une « *échappatoire ultime* ». Les personnes de son entourage ne comprenaient pas ce qu'elle découvrait, et elle dit avoir « *emmerdé tout le monde* ». Elle décrit cette découverte de l'explication psychologique de ses comportements et ses « *pensées* » comme une révélation, en faisant un parallèle avec la religion.

> « À ce moment-là c'était une information hyper importante et salvatrice pour moi. Un peu comme quelqu'un qui commence à avoir un éveil spirituel, qui commence à croire en Dieu, qui commence à avoir la foi, et qui veut qu'absolument tout le monde comprenne le bien que ça fait d'avoir la foi. Là c'était pareil avec tout ce qui touchait à la psy. ».

La création de cette chaîne marque le début de son « *obsession de la transmission* ». Au début, elle n'évoquait que le développement personnel, la psychologie et certaines dimensions spirituelles.

> « Parce qu'à ce moment-là de ma vie, c'était l'unique sphère de compréhension que je pouvais digérer avec les outils à ma disposition. Je n'avais pas du tout de grille politique, de grille sociologique, pour pouvoir comprendre ce qu'il se passait dans ma vie. Je n'avais que la grille psy. Donc tout ce que je partageais tournait autour de l'individu, du personnel, du micro, et donc j'avais des discours très déconnectés de la réalité et où je partais du principe que pour changer le monde il faut se changer soi. »

Elle s'est donc progressivement ouverte à des grilles de lecture « *politique* » et « *sociologique* ». Cette ouverture fait suite à plusieurs critiques de ses vidéos, formulées par certains et certaines spectatrices à l'aune des « *théories queers* », du « *féminisme radical* » et des approches « *décoloniales* ». Elle a donc souhaité comprendre ces critiques, en se renseignant. Aujourd'hui, elle considère avoir dit *« beaucoup de conneries »* dans ses premières vidéos. Ce cheminement intellectuel a engendré une réorientation du contenu de sa chaîne : « *On m'a tapé sur les doigts, j'ai compris pourquoi, et maintenant je vais vous expliquer pourquoi vous, vous devez comprendre bah que ce que vous pensez c'est de la merde.* » Elle explique être passée de la « *sphère micro* » (une grille de lecture psychologique teintée de spiritualité) à la « *sphère macro* » (une grille de lecture sociale et politique). Elle a ainsi consacré des vidéos, entre autres, au sexisme, au racisme, au validisme, à l'abolition de la police, à l'hétéronormativité. Après une période de rejet total des approches psychologiques, elle aspire aujourd'hui à une synthèse

[1219] La Carologie, *J'ai une théorie.*, https://www.youtube.com/watch?v=GGSgTyeU8Fo , 22 mai 2024, (consulté le 23 mai 2024).

de ces deux dimensions. C'est à l'aune de cette trajectoire que peut se comprendre le rapport qu'entretient Carolina Gonzales au diagnostic « trouble de la personnalité *borderline* ». Dans une vidéo publiée le 28 septembre 2022[1220], elle est revenue sur les enjeux de diagnostic et son rapport au trouble *borderline*, en évoquant marginalement les symptômes qui ont fait, quant à eux, l'objet d'autres vidéos.

Dans cette vidéo, elle décrit sa découverte du diagnostic. À la suite d'une de ses questions, sa psychologue lui dit qu'elle perçoit chez elle une « *structure de la personnalité borderline* ». Carolina Gonzales comprend très vite que sa psychologue est réfractaire aux étiquettes diagnostiques. Seulement, elle a l'impression d'avoir été dupée par les professionnel·les de la santé mentale : « *tout le monde sait, sauf moi* ». Elle était en colère d'être passée à côté d'une information importante. Elle explique néanmoins que grâce à des cours de sociologie de la médecine et de sociologie du handicap, elle a pris un peu de recul vis-à-vis des diagnostics. Elle a découvert le « *modèle social du handicap* ». Elle s'est rendu compte qu'il y avait plusieurs écoles par rapport aux diagnostics (même en ce qui concerne les maladies physiques) et que les systèmes de classification diagnostique ont évolué. Elle prévient donc qu'il faut garder une forme de distance et un regard critique vis-à-vis des diagnostics : il ne faut pas les prendre au pied de la lettre et en faire « *toute son identité* ». Elle cite également les vidéos sur le trouble *borderline* de la chaîne *PsykoCouac* tenue par un psychologue[1221]. La vidéo de Carolina Gonzales se structure en deux principaux temps : elle développe d'abord une lecture critique du diagnostic principalement informée par ses cours de sociologie et la vidéo de PsykoCouac, pour ensuite décrire les effets positifs de ce diagnostic dans sa vie quotidienne.

Elle évoque tout d'abord une « *réticence* » relative vis-à-vis du diagnostic, et des pratiques diagnostiques en psychiatrie. Cette réticence repose sur plusieurs dimensions. Un diagnostic est une « *manière de classer la réalité* » et non pas « *la réalité* », précise-t-elle. Elle aborde alors la circularité des diagnostics psychiatriques, dont l'objectivation repose sur l'identification de symptômes et non sur des marqueurs physiologiques, circularité que j'ai évoquée en introduction de cette thèse[1222]. Il s'agit donc d'une manière de voir le monde qui est organisée par des catégories qui évoluent historiquement et socialement, et dont les

---

[1220] La Carologie, *Ce que je pense de mon diagnostic*, https://www.youtube.com/watch?v=_Mb3d9kurQg , 28 septembre 2022, (consulté le 23 mai 2024).

[1221] PsykoCouac, *Borderline (trouble de la personnalité) - PsykoCouac #1.1*, https://www.youtube.com/watch?v=ICSWs7PlN4g , 14 décembre 2017, (consulté le 23 mai 2024) ; PsykoCouac, *Borderline questions avancées Partie 1 - PsykoCouac #1.3*, https://www.youtube.com/watch?v=4kiwNqFe1ck , 30 juin 2019, (consulté le 23 mai 2024) ; PsykoCouac, *Borderline questions avancées Partie 2 - PsykoCouac #1.4*, https://www.youtube.com/watch?v=_nYvaLXMuOU , 3 août 2019, (consulté le 23 mai 2024).

[1222] Cf. Introduction générale. L'instabilité des catégories « psys ».

frontières sont « *poreuses* ». « *Ça reste des points de vue situés* », précise-t-elle : « *on va dire que c'est pathologique par rapport à une norme* ». La seconde raison de sa réticence relative relève du caractère « *stigmatisant* » du diagnostic. Le troisième aspect de la lecture critique que déploie Carolina Gonzales est la dimension performative des diagnostics : « *Quand tu énonces quelque chose, le simple fait de l'énoncer ça va avoir des effets dans le réel* ». Elle résume ce premier moment de lecture critique en disant que « *le diagnostic est une simplification de la réalité, le diagnostic n'est pas la réalité, c'est une manière de la lire, c'est une manière de la simplifier, c'est utile pour la communication, c'est utile pour la construction identitaire, mais ça ne fait pas tout* ».

Elle déploie ensuite un second moment où elle explique comment, malgré ces dimensions critiques, elle trouve néanmoins dans le diagnostic une véritable ressource pour aller mieux. Le diagnostic lui est tout d'abord utile dans la communication. Il lui est effectivement plus facile d'annoncer un diagnostic plutôt que de rentrer dans les détails de sa vie marquée par des violences intrafamiliales. Ce diagnostic lui a également permis de sortir de « *l'isolement* » en facilitant la communication : « *Oh, il y a un mot qui permet de me définir, et il y a d'autres gens qui se définissent avec ce mot, ça veut dire qu'il y a d'autres personnes qui vont comprendre exactement, ou en tout cas grandement, ce que je vis, sortir de l'isolement, s'échanger des ressources, et juste s'entraider en fait.* » Cette compréhension de soi lui a permis de repérer les moments problématiques et de trouver des solutions pratiques face à ses difficultés et ses souffrances, notamment en se déculpabilisant et en ne se retournant pas de manière violente envers elle-même.

La posture de Carolina Gonzales vis-à-vis du trouble *borderline* peut ainsi être qualifiée de cas limite vis-à-vis de la typologie dressée précédemment. Au début de sa trajectoire de Youtubeuse, elle adoptait une forme de rapport vocationnel au travail sur soi – elle fait d'ailleurs elle-même la comparaison avec la découverte d'une religion dont elle était devenue une prosélyte. Seulement, cette trajectoire l'a progressivement amenée à se politiser et à découvrir une lecture sociologique et politique du monde social. Cela n'a néanmoins pas engendré, chez elle, un rejet total du diagnostic. Elle adopte plutôt un rapport distancié au trouble *borderline*, que l'on retrouve du côté de certaines appropriations ambivalentes. Elle considère effectivement que cette catégorie est une construction socio-historique, qui découpe le réel d'une certaine manière, tout en y trouvant une ressource et un support symbolique pour mettre en œuvre des solutions pratiques à ses difficultés et ses souffrances. Sa posture se rapproche également en partie de celles des personnes qui rejettent la catégorie : elle identifie le risque de

stigmatisation et adopte une lecture en termes de rapports sociaux du monde social, à partir d'un usage militant des sciences sociales.

Les prises de position de Carolina Gonzales font écho à celles de Pascaline Bréant et de Margaux Viguier. En effet, leurs discours éclairent, de manières différentes, une opposition entre une lecture psycho-spirituelle et une lecture sociale et politique du monde social. Toutes les trois ont la volonté de s'impliquer dans l'accompagnement afin de changer les choses dans le champ de la santé mentale. Pascaline Bréant tente de professionnaliser son expérience, Margaux Viguier tente de construire l'autogestion des soins « psys », et Carolina Gonzales évoque dans sa vidéo du 22 mai 2024 sa volonté de monter un collectif de réflexion et d'action concrète, « *dans la vraie vie* », de lutte et de prévention contre les violences faites aux enfants. Dans ces formes d'engagements, le positionnement dans l'« espace de la cause des femmes[1223] » est articulé au positionnement au sein du champ de la santé mentale et au type de répertoire d'action collective.

L'actualisation de l'engagement féministe au sein des discours recueillis pendant mon enquête prend des formes différenciées en fonction des positions, des trajectoires et du rapport que les personnes entretiennent au diagnostic ainsi qu'aux professionnel·les de la santé mentale. On retrouve une première posture que l'on peut qualifier de « féminisme libéral ». Ici, les discours véhiculent un idéal de la maximisation de l'autonomie individuelle à partir d'actions et d'activités réformistes, sans pour autant penser, à l'instar du féminisme de tradition « marxiste », « radicale » ou plus récemment « intersectionnelle », les effets d'autres formes de structurations sociales (classe, race, etc.). Ce positionnement est exemplifié par les prises de position publiques d'Abigaïl Barrand. Elle aspire par exemple à voir davantage de femmes auto-entrepreneuses ou cheffes d'entreprise et adopte une forme de militantisme qu'elle caractérise, sur son site internet, comme relevant de « convictions nuancées, éthiques et pertinentes » et qui vise les entreprises ainsi que des institutions publiques (parlement européen, l'hôpital de la Pitié-Salpétrière, l'ARS…). Cette modalité d'engagement s'oppose, tout du moins dans les discours, à une seconde posture davantage marquée par le féminisme « radical » et « intersectionnel » qui peut quant à lui être véhiculé par Carolina Gonzales, mais aussi par Margaux Viguier.

L'indignation commune qui préside aux engagements dans le champ de la santé mentale comporte deux dimensions : une indignation contre la stigmatisation et les violences dans les milieux de soins et familiaux, ainsi qu'une indignation contre les effets des inégalités et de la

[1223] Laure Bereni, « Penser la transversalité des mobilisations féministes : l'espace de la cause des femmes » dans Christine Bard (dir.), *Les féministes de la 2ème vague*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2012, p. 27.

domination de genre dans leurs trajectoires de vie. Ces deux dimensions ont également été repérées dans un travail, réalisé au Québec et décrit comme programmatique, qui identifie des vecteurs d'engagements dans le champ de la santé mentale qui s'inscrivent au sein d'un « mouvement d'action communautaire autonome » reposant sur des « voix alternatives et féministes[1224] ». Ces deux dimensions, voix alternatives et féministes, engendrent donc des expressions différenciées de l'engagement vis-à-vis de la psychiatrie et de la santé mentale, ainsi que dans l'espace du féminisme. Ces quelques lignes mériteraient d'être systématisées. Elles permettent effectivement de dessiner des pistes d'approfondissement pour comprendre les formes différenciées de la politisation de la santé mentale. Il s'agirait alors de systématiser l'analyse de la circulation des discours entre le champ de la santé mentale et les différents espaces militants (anarchistes, féministes, etc.) ainsi que les réseaux de relations qui se tissent entre des espaces du champ de la santé mentale et d'autres univers sociaux[1225].

[1224] Marie-Laurence Poirel, « Voix alternatives et féministes dans le champ de la santé mentale au Québec. Un survol des expériences croisées des Ressources alternatives en santé mentale et des Centres de femmes », *Nouvelles Questions Féministes*, 2006, vol. 25, nº 2, p. 66-81 ; Concernant les liens entre féminisme et santé mentale, voir aussi Michèle Bourgon et Christine Corbeil, « Dix ans d'intervention féministe au Québec : bilan et perspectives », *Santé mentale au Québec*, 2006, vol. 15, nº 1, p. 205-222.

[1225] Ces enjeux, notamment en ce qui concerne l'articulation entre engagement féministe et santé mentale, ont été abordés en histoire par Stéphanie Pache. Stéphanie Pache, « Revendications féministes en santé mentale : histoire et impact », *Rhizome*, 2023, vol. 85, nº 2, p. 3-4.

Conclusion. Un éclairage sur l'espace social des styles de catégorisation de la vie mentale

Les enjeux de réceptions-appropriations des catégories de santé mentale relèvent de dimensions morales et politiques où les enjeux symboliques et leurs effets matériels s'entrecroisent. La valeur sociale des diagnostics rejaillit sur la valeur des personnes diagnostiquées lorsque celles-ci n'ont pas les ressources pour s'y opposer ou pour constituer leur expérience en objet d'engagement, et les dynamiques de pouvoir et de domination occupent une place centrale. Les différentes réceptions-appropriations de ce diagnostic s'inscrivent en ce sens dans plusieurs possibilités de catégorisations, plus ou moins probables en fonction des types de souffrances, des catégorisations précédentes, des positionnements sociaux, des trajectoires ainsi que des configurations de prise en charge. Cette réduction du probable n'empêche cependant pas le fait que les personnes se retrouvent face à une pluralité de manières de catégoriser leur vie mentale, que ce soit en psychiatrie, où plusieurs hypothèses diagnostiques peuvent être formulées, ou hors des murs de l'institution où la culture psychologique convoie plusieurs termes pour dire la santé mentale. Les frontières entre catégories sont ainsi particulièrement perméables. Elles peuvent s'articuler et s'agencer de manière stratifiée et rentrer en conflit. Les appropriations, les rejets, et peut être surtout les incertitudes et les ambivalences qui entourent certaines réceptions, éclairent l'existence d'un espace social des catégories de santé mentale. Cet espace constitue une forme de marché, où la valeur de ces catégories se négocie et s'actualise en fonction de conventions localisées et dépendantes des configurations de prise en charge ainsi que de trajectoires individuelles. Les modalités de la typologie des réceptions-appropriations proposée dans ce chapitre ne sont donc pas exclusives et peuvent s'articuler ou s'enchaîner : une appropriation ambivalente peut ainsi précéder une appropriation complète ou un rejet de la catégorie, de même qu'une appropriation complète peut précéder un rejet ou une appropriation ambivalente. Ces réceptions-appropriations s'articulent à un rapport politique à la santé mentale, d'où émergent deux critiques principales : contre la psychanalyse et la psychiatrie publique. Ces critiques reposent sur une forme d'indignation qui rend possible un engagement plus franc au sein des débats et de luttes du champ de la santé mentale. L'analyse de ces dimensions permet d'éclairer plus avant l'espace social des formes de catégorisations de la vie mentale, ainsi que les variations de la signification des catégories de santé mentale. En effet, leurs usages et leurs significations

peuvent également varier en fonction du rapport politique à la santé mentale (être ou non réfractaire à la psychanalyse par exemple) ainsi qu'en fonction du type de politisation. Les réceptions-appropriations du trouble *borderline* révèlent ainsi la dimension éminemment relationnelle des entités que constituent les catégories de santé mentale. Cela révèle en creux leurs positionnements relatifs : le trouble *borderline* permet parfois une distinction de la « folie », peut être perçu comme une forme de pathologisation de déviances de genre qu'il s'agit d'éviter, ou alors ne constitue pas une catégorie assez lisible pour être pleinement appropriée. Les catégories de santé mentale peuvent ainsi prendre des significations différenciées en fonction des fractions de classes, des trajectoires et des expériences de l'institution psychiatrique. Les analyses de ce chapitre gagneraient en ce sens à être approfondies par une démarche qui systématise l'analyse de ces différentes manières de nommer sa vie mentale afin de construire un espace des styles de catégorisation de la vie mentale, à l'image de l'espace des styles de vie[1226].

[1226] P. Bourdieu, *La distinction. Critique sociale du jugement*, *op. cit.*

CONCLUSION GENERALE. UNE SOCIOLOGIE DES CATEGORISATIONS DE LA VIE MENTALE

Faire une sociologie des catégories de santé mentale se heurte au problème classique de l'alternative entre le nominalisme et le réalisme[1227]. Dans ce type de recherche, la question de l'existence de la chose qu'une catégorie désigne en dehors de nos manières de parler et de mettre en ordre le monde se pose de manière particulièrement vive. Dans le cas du trouble de la personnalité *borderline*, on retrouve, entre autres, deux positions opposées. La littérature psychologique et les professionnel·les spécialistes ont tendance à naturaliser et essentialiser la chose que vient nommer cette catégorie (une hyperémotivité génétiquement déterminée et activée par un environnement invalidant). La littérature féministe ou celles et ceux qui rejettent le diagnostic contestent à l'inverse son existence en soulignant qu'elle nomme à tort des réalités que d'autres catégories (traumatisme, domination, etc.) permettraient de mieux comprendre (et donc de mieux traiter). Pour cette seconde position, l'usage de la catégorie susciterait une individualisation et une dépolitisation des véritables causes de la souffrance, produisant ainsi une chose qui n'existe pas en soi, ou pas dans cet état-là. Comme le note Wilfried Lignier en conclusion de sa sociologie des enfants surdoués[1228], une approche sociologique n'a pas vocation à trancher ces débats ontologiques. Elle interroge plutôt les conditions sociales et historiques des représentations associées à une catégorie, et donc les conditions pour que telles choses, tels comportements ou telles personnes soient nommés par elle.

Dans le cadre de cette thèse, j'ai ainsi déplacé la discussion en dehors de la controverse ontologique (ça existe *versus* ça n'existe pas) en éclairant premièrement les conditions qui ont rendu disponible la catégorie « trouble de la personnalité *borderline* » dans l'espace social français. Cette catégorie, dont l'histoire prend racine dans les développements de la psychologie américaine et anglophone, devient véritablement disponible pour les professionnel·les de la

---

[1227] Alessandro D. Conti, « Le débat entre nominalistes et réalistes à la fin du Moyen Âge », *Annuaire de l'École pratique des hautes études (EPHE), Section des sciences historiques et philologiques. Résumés des conférences et travaux*, 2020, nº 151, p. 238-241.

[1228] Wilfried Lignier souligne : « Ce qu'on est en droit […] de demander à la sociologie, ce n'est pas qu'elle valide ou invalide directement les discours naturalistes ou essentialistes : c'est plutôt qu'elle restitue tout ce qu'un fait socialement considéré comme naturel, essentiel, doit à des conditions sociohistoriques, non seulement en tant que fait caractérisé par une certaine morphologie (en quoi ce qui est qualifié de naturel a-t-il des causes qu'il faut chercher dans la société et dans l'histoire ?), mais aussi en tant que fait socialement perçu, c'est-à-dire en tant que phénomène (en quoi la perception de tel fait comme naturel est-elle, en elle-même, historiquement et socialement déterminée ?). La perspective d'un arbitrage ontologique cède alors le pas à une stratégie, négative, de réduction du champ des possibles en matière de causalité. » Wilfried Lignier, *La petite noblesse de l'intelligence. Une sociologie des enfants surdoués*, Paris, La Découverte, 2012, p. 335.

santé mentale à la faveur des reconfigurations du champ de la santé mentale (*Chapitre 1*). Cette reconfiguration est marquée par une remise en cause de l'hégémonie psychanalytique et une montée en puissance des thérapies cognitivo-comportementales, qui s'associent aux thérapies humanistes au sein d'un paradigme intégratif prenant pour objet privilégié les émotions (*Chapitres 1 et 3*). Cette montée en puissance de la thérapeutique intégrative et émotionnelle[1229], en partie accompagnée par des politiques publiques[1230], s'inscrit dans la nouvelle forme de diffusion de la culture psychologique, où les termes issus de la psychologie cognitive, les catégories du DSM, ainsi que les explications biologiques du psychisme prennent une place centrale[1231]. Cette diffusion ne se limite pas aux services psychiatriques ou aux cabinets de psychothérapeutes, mais s'insère également dans des productions culturelles ainsi que des sociabilités ordinaires (*Chapitre 6*). En ce sens, les conditions qui président à l'existence du trouble de la personnalité *borderline* en France reposent sur une « instance de médicalisation[1232] » qui prend la forme de la diffusion de schèmes biologiques et psychologiques véhiculés par une *culture neuropsychologique*.

La compréhension de l'existence des catégories de santé mentale ne peut se résumer à l'explication d'une dynamique culturelle décrite de manière abstraite et générale. En effet, et à l'instar des catégorisations ordinaires de la vie sociale, ces catégories sont construites et prennent sens à partir de pratiques concrètes. Ces pratiques participent à la production et à la diffusion d'une culture au sein de laquelle les catégories constituent des outils qui ont une *fonction pratique*. J'ai ainsi interrogé, tout au long de cette thèse, la fonction du trouble *borderline* tout en identifiant celles et ceux qui ont un intérêt à son existence. Ainsi, à quoi sert cette catégorie ? Et pour qui est-elle utile ? Ce questionnement permet également de décaler la perspective vis-à-vis d'un arbitrage ontologique, en interrogeant les pratiques ainsi que les contextes qui *font exister* la catégorie.

[1229] Cette thérapeutique qui s'inscrit dans la nouvelle médecine des émotions décrite par Nadia Garnoussi. Nadia Garnoussi, « À la recherche du bien-être, déplacements et perspectives » dans Isabelle Coutant et Simeng Wang (dir.), *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, CNRS Éditions., Paris, 2018, p. 227-245.

[1230] Françoise Champion et al., « Logiques des transformations du champ psychothérapeutique en Angleterre, France et Pays-Bas : spécificité nationales et tendances communes », *SociologieS*, 2014 (en ligne).

[1231] Marlène Bouvet note par exemple que « les catégories de *dissociation*, de *sidération*, d'*amnésie traumatique* ont explosé avec le mouvement #MeToo, à un moment où les thérapeutes s'en servaient déjà de façon routinière. » Marlène Bouvet, *Réenchanter les déprimé.es. Une sociologie de la thérapie en clinique privée*, Thèse de doctorat, École normale supérieure de Lyon, Lyon, 2023, p. 661.

[1232] Joan Busfield, « The concept of medicalisation reassessed », *Sociology of Health & Illness*, 2017, vol. 39, nº 5, p. 759-774.

À quoi sert le trouble *borderline* ?

Afin de répondre à ce questionnement, j'ai enquêté au sein de trois principaux espaces : le segment universitaire du champ psychiatrique, le segment des spécialistes du trouble *borderline* du champ psychothérapeutique, et l'espace des réceptions non-professionnelles du diagnostic. La fonction du trouble *borderline* dans ces espaces façonne ses usages et sa signification dont certains aspects varient tandis que d'autres restent communs.

Un mot dans la mise en crise de la psychiatrie publique

L'existence du trouble *borderline* repose tout d'abord sur des pratiques professionnelles. Dans les services d'urgences psychiatriques universitaires (*Chapitre 2*), cette catégorie sert à nommer, à partir d'une objectivation flottante de la souffrance psychique, des situations problématiques qui sont explicitement décrites comme relevant d'une « *mise en échec* » des pratiques professionnelles. Cet usage résout alors temporairement la tension entre les décisions d'hospitalisation et de non-hospitalisation. Le trouble *borderline*, qui prend ici une forme abrégée (« *border* »), sert à nommer des personnes qui activent cette tension suscitée par les mécanismes contemporains de la mise en crise de la psychiatrie. Ces mécanismes reposent sur trois aspects : 1) le faible nombre de lits d'hospitalisation, 2) la question de la délimitation du mandat et de la juridiction professionnelle de la psychiatrie publique dans un moment d'extension du champ de la santé mentale, et 3) la remise en cause de la domination médicale qui est perçue dans des demandes de soins que la psychiatrie publique ne peut pas offrir, ou offre difficilement ; c'est-à-dire un temps d'écoute et de parole et non pas la contrainte et les traitements médicamenteux[1233]. Le terme « *border* » aux urgences psychiatriques s'associe également à des stéréotypes de genre disponibles dans l'espace social, et il s'inscrit en ce sens à la frontière entre catégorie diagnostique et catégorie injurieuse. Il est ainsi attribué à un ensemble de personnes qui partagent les mêmes caractéristiques d'âge et de genre, et désigne une féminité jugée excessive et déviante aux yeux des professionnel·les.

Ce volet de l'enquête permet premièrement de comprendre les enjeux de délimitation des mandats et des juridictions professionnelles dans le champ actuel de la santé mentale, où la frontière entre le normal et le pathologique se brouille, ce qui pose parfois des difficultés dans les services psychiatriques, et notamment d'urgences. Il contribue également à la compréhension des mécanismes de catégorisation des personnes aux urgences psychiatriques,

[1233] Julia Legrand, « Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », *Sociétés contemporaines*, 2023, vol. 130, nº 2, p. 5-38.

en éclairant l'attribution différenciée de valeurs sociales et de légitimités en fonction des personnes et des types de demande. Cette attribution repose sur une définition implicite du fonctionnement « normal » de l'institution psychiatrique, et donc sur des attentes professionnelles qui en sont issues. Ici, la domination médicale, qui donne le pouvoir aux psychiatres de définir la légitimité à accéder aux soins, s'articule avec les autres rapports sociaux.

Dans les services d'urgences universitaires, le trouble *borderline* sert donc principalement les intérêts professionnels en stabilisant temporairement les situations qui viennent gripper les mécanismes ordinaires de sélection des patient·es ; sélection qui repose sur l'attribution d'un mérite à accéder aux soins dans un contexte où l'hospitalisation est une ressource rare[1234].

Luttes et arrangements professionnels dans le champ mouvant de la santé mentale

Tandis qu'aux urgences psychiatriques le trouble *borderline* constitue une objectivation flottante de la souffrance psychique dont la signification est péjorative, il est en revanche pleinement mobilisé et stabilisé par certain·es professionnel·les de la santé mentale qui en deviennent des spécialistes (*Chapitre 3*). Ces professionnel·les sont des nouveaux et nouvelles entrantes dans un champ de la santé mentale actuellement en mouvement[1235]. Pour elles et eux, la spécialisation dans le trouble *borderline* leur permet d'avoir une place et une activité dans le champ de la santé mentale. Se dévoilent ici des arrangements professionnels et une division du travail thérapeutique entre deux formes de professionnalités : la professionnalité psychiatrique et la professionnalité psychothérapeutique. Ces professionnalités ne sont pas nécessairement rattachées à des professions bien délimitées, elles correspondent à des styles de pratiques et à des objets d'intervention privilégiés. Cette division du travail suscite le rattachement des troubles de la personnalité à la professionnalité psychothérapeutique et les troubles mentaux à la professionnalité psychiatrique. Cela participe à réaffirmer cette nouvelle distinction qui tend aujourd'hui à remplacer le couple classique névrose/psychose. Ainsi, les enjeux de luttes ne se situent pas entre ces deux professionnalités, qui s'allient actuellement. Cette alliance structure le champ de la santé mentale en affirmant sa dimension biomédicale. Dans cette alliance, la

[1234] Alisa Lincoln, « Psychiatric emergency room decision-making, social control and the 'undeserving sick' », *Sociology of Health & Illness*, 2006, vol. 28, nº 1, p. 54-75 ; Ivan Garrec, « Méritant·e ou non méritant·e ? La sélection des patient·e·s aux urgences psychiatriques » dans Thomas Denise et al. (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Paris, Éditions de l'Irdes, 2022, p. 329-337.

[1235] Nadia Garnoussi, Françoise Champion et Elsa Forner (dir.), *La santé mentale en mouvement. Entre nouvel ordre thérapeutique et dispersion des pratiques*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, 2024.

catégorie « trouble de la personnalité *borderline* » constitue un objet frontière[1236]. Il correspond effectivement à un outil pratique dont la fonction est ajustée aux intérêts et aux problématiques spécifiques de ces contextes, tout en permettant un dialogue et une division du travail entre psychiatrie et psychothérapie[1237].

Les luttes professionnelles s'inscrivent plutôt au sein de la professionnalité psychothérapeutique elle-même, et elles ont pour objet sa définition et sa délimitation. Ici, la principale tension repose sur l'alternative entre la psychothérapie et le développement personnel (ou le coaching). Les dispositifs psychocorporels (neurofeedback, biofeedback et luminothérapie) montrent la porosité entre ces deux univers, ainsi que l'articulation entre médecine, recherches en neurosciences et marché du bien-être. Une distinction, qui dans mon enquête recoupe une différence de genre, est à l'œuvre entre 1) des professionnelles qui se spécialisent à partir d'une voie institutionnelle (par des études de psychologie ou de psychiatrie) et qui travaillent au sein des services de psychiatrie, et 2) des professionnels qui opèrent une reconversion du monde de l'entreprise et du management à celui de la santé mentale en ouvrant des cabinets en libéral (*Cf. Chapitre 3. 3.1.*). Tandis que les premières se distinguent des coachs en développement personnel, tout en reprenant des schèmes issus de cet univers, les seconds articulent explicitement ces deux dimensions en proposant une prise en charge en deux temps : d'abord une psychothérapie pour « arrêter de souffrir » et ensuite un accompagnement de coaching pour apprendre à « être heureux ». Le nombre de cas restreint sur lequel reposent ces hypothèses appelle des prolongements. Cela pourrait passer par une sociologie des psychothérapeutes spécialisé·es dans la thérapeutique émotionnelle, à partir d'une enquête sur leurs socialisations et leurs dispositions afin de saisir les ressorts de leur spécialisation ainsi que les formes différenciées du travail ainsi que des représentations véhiculées par leurs pratiques.

Dans tous les cas, le trouble *borderline* sert à ces professionnels de levier de professionnalisation et de stabilisation de leurs activités au sein d'une niche économique et professionnelle. Ils et elles adoptent ainsi des stratégies de promotion du trouble, afin de sensibiliser les autres professionnel·les du champ de la santé mentale, mais aussi et surtout le public, participant de manière explicite et active à la diffusion de cette catégorie ainsi que de la nouvelle forme de culture psy dans laquelle elle s'inscrit.

[1236] Susan Leigh Star et James R. Griesemer, « Institutional Ecology, "Translations" and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39 », *Social Studies of Science*, 1989, vol. 19, nº 3, p. 387-420.

[1237] Baptiste Brossard et al., « On the Social Existence of Mental Health Categories: The Case of Sex Addiction », *Social Problems*, 2023, XX, p. 1-16.

Nommer et gérer des déviances de genre

Le trouble *borderline* est donc un objet symbolique frontière dont la signification peut s'adapter et être traduite dans plusieurs univers sociaux. Ces variations et traductions reposent néanmoins sur la permanence d'un fond commun. En effet, qu'il s'agisse des services de psychiatrie d'urgence, de l'hôpital de jour spécialisé dans le trouble *borderline*, des cabinets en libéral, mais aussi des personnes qui réceptionnent pour elles-mêmes le diagnostic, ce dernier constitue systématiquement *une proposition de qualification et de gestion de déviances de genre* socialement situées.

Les professionnel·les de l'*HDJ borderline* construisent le diagnostic à partir de leur pratique psychothérapeutique et de leurs attentes en termes d'âge, de classe sociale et de genre (*Chapitre 4*). Ces mécanismes éclairent la construction du prototype des personnes *borderline* aux yeux des professionnel·les : des femmes âgées de 25 à 35 ans, dotées en capital culturel et dont la trajectoire de soins psychiatrique est engagée depuis plusieurs années. Ils éclairent également des profils de patientes ajustées à un suivi psychothérapeutique et qui permettent d'accéder aux services de psychiatrie universitaires non sectorisés. Cette construction du diagnostic révèle également une frontière symbolique entre psychiatrie de secteur et psychiatrie non-sectorisée associée aux soins privés, libéraux et psychothérapeutiques.

La mise en pratique de la thérapie dans cet hôpital de jour relève d'une *fabrique d'un trouble de genre*, à partir d'une optique individualiste et de répertoires biologisants qui donnent une forme et une signification à des déviances émotionnelles (*Chapitre 5*). La prise en charge consiste en un entraînement à une sociabilité sans social. Dans ce cadre, les relations sociales sont perçues comme des interactions entre des individualités psychologiques dépourvues de caractéristiques sociales dont les difficultés relèvent d'incompétences individuelles. Cette manière de cadrer la thérapie engendre une universalisation des normes de conduite et des normes émotionnelles. La compréhension des transgressions de ces normes repose alors sur une naturalisation des émotions par un mécanisme de biologisation. Cette biologisation est majoritairement reçue de manière positive par les patientes, mais suscite néanmoins des tensions professionnelles, ainsi que des tensions entre les psychologues et les patientes lorsqu'il est explicitement question de genre et de sexualité. Cela révèle en creux la réaffirmation de la naturalité de la différence des sexes et la fixité des rôles de genre qu'engendrent ces pratiques psychothérapeutiques.

Les personnes avec lesquelles j'ai réalisé des entretiens biographiques ont des caractéristiques similaires, que ce soit en termes de genre, d'âge, d'origine et de position sociale

(*Chapitre 4. III.)*. Pour ces personnes, le trouble *borderline* peut constituer une méta-catégorisation qui donne du sens à des difficultés tout en véhiculant des solutions pratiques. Ces difficultés se cristallisent, dans leurs discours, à partir du terme de « crise » : ces moments décrits comme des explosions émotionnelles qui nécessitent une libération de cet excès d'énergie par des comportements de colère, des prises de drogues, d'automutilation voire de passage à l'acte suicidaire. Ces crises sont principalement suscitées par des sentiments d'injustices, et s'inscrivent majoritairement dans des relations sociales marquées par des rapports de domination (relation de couple, relations professionnelles, etc.) (*Chapitre 6. 1.2.*). Ces difficultés sont parfois nommées antérieurement par des catégories pratiques (automutilation, trouble du comportement alimentaire, addictions, conduites suicidaires, etc.) et/ou par des catégories diagnostiques (dépression, traumatisme, hypersensibilité, etc.) (*Chapitre 6. 1.3.)*.

La fonction principale de la catégorie de trouble de la personnalité *borderline* est ainsi de nommer et de gérer des situations problématiques liées à des déviances de genre. L'usage de la catégorie permet une externalisation de ces situations de la psychiatrie vers la psychothérapie, et une spécialisation de thérapeutes dans ce type de déviances. Le trouble *borderline* constitue également une proposition de solutions pratiques ainsi qu'une proposition de sens quant à des déviances émotionnelles expérimentées et identifiées par les personnes qui rencontrent le diagnostic.

Un espace social des styles de catégorisation de la vie mentale

Toutes les personnes qui rencontrent le trouble de la personnalité *borderline* ne se l'approprient cependant pas systématiquement de manière positive et complète, et certaines ne considèrent donc pas qu'il s'agisse de la meilleure manière de nommer leurs difficultés. Ce frein à cette appropriation réside dans le caractère *a priori* stigmatisant du diagnostic. Ces personnes se confrontent effectivement à la stigmatisation au sein des services de psychiatrie[1238] (*Chapitre 2*), et elles découvrent bien souvent sur internet ou dans les productions culturelles des informations sur le mauvais pronostic de ce trouble ainsi que sur son traitement particulièrement difficile, à l'image de la rencontre du diagnostic par Rebecca dans la série *Crazy Ex-Girlfriend* (*Cf. Encadré n° 5*).

[1238] Sandra H. Sulzer, « Does "difficult patient" status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder », *Social Science & Medicine*, 2015, vol. 142, p. 82-89 ; Oliver Bonnington et Diana Rose, « Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: A critical realist analysis », *Social Science and Medicine*, 2014, vol. 123, p. 7-17.

L'analyse des formes de réceptions-appropriations du trouble *borderline* éclaire ainsi des réceptions polarisées (*Chapitre 6. II.*). Le premier pôle est constitué par des appropriations complètes, le second correspond à des formes de rejet de la catégorie, tandis qu'entre les deux s'insère un éventail d'appropriations ambivalentes marqué par l'incertitude concernant la pertinence de la catégorie, par certaines formes de réflexivité concernant les catégorisations de la vie mentale, ainsi que par des appropriations distantes de la catégorie. Cela révèle l'ambivalence du trouble *borderline*, qui oscille entre un stigmate et une ressource de santé mentale, à l'instar des catégories médicales dans leur ensemble[1239]. De ce fait, pour qu'une catégorie de santé mentale soit appropriée de manière positive, elle doit constituer une triple ressource[1240] : une *ressource cognitive* qui permet de comprendre ses difficultés, une *ressource symbolique* qui permet de se légitimer politiquement et symboliquement, et une *ressource matérielle* qui permet d'accéder à des soins et à des solutions pratiques jugées efficaces, et parfois à des débouchés professionnels au sein du champ de la santé mentale[1241]. Dans le cas du trouble *borderline*, son appropriation positive dépend des catégorisations antérieures, des trajectoires sociales ainsi que des configurations de prise en charge. Ici, il convient que le trouble *borderline* permette une élévation sociale plus qu'un déclassement ou une source de dévalorisation. Il doit également constituer un support symbolique donnant accès à des soins jugés bénéfiques et doit donc être propice au travail sur soi. L'appropriation complète de cette catégorie peut également reposer sur des ressources personnelles (dispositions, capitaux…) qui permettent de contrebalancer son caractère stigmatisant et dévalorisant. Dans ce cas de figure, le trouble *borderline* peut alors devenir un support à une professionnalisation dans le champ de la santé mentale (pair-aidance, psychothérapie…) ainsi qu'à des activités de sensibilisation aux questions de santé mentale en ligne (tenir un compte Instagram ou une page YouTube).

L'identification des conditions de l'appropriation complète du trouble *borderline* laisse entre-apercevoir le caractère relationnel des catégorisations de la vie mentale. Cette dimension est particulièrement explicitée par les rejets de la catégorie ainsi, et peut-être surtout, par les appropriations ambivalentes. Dans le premier cas de figure, le trouble *borderline* est critiqué et mis à distance au profit d'autres formes de catégorisations, notamment en termes de trouble du spectre de l'autisme. Cette forme de catégorisation permet de mettre à distance le risque

[1239] Aude Béliard et Jean-Sébastien Eideliman, « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », *Revue francaise de sociologie*, 2014, Vol. 55, nº 3, p. 520.
[1240] Ivan Garrec et Arthur Vuattoux, « Introduction. Interroger la crise de santé mentale des jeunes par le biais des ressources et de leur appropriation », *Agora débats/jeunesses*, 2024, vol. 2, nº 97, p.46-55.
[1241] Ivan Garrec, « Diagnostic misogyne ou émancipateur ? Les modes d'appropriation du " trouble de la personnalité borderline" », *Terrains/Théories*, 2022, nº 16, en ligne.

d'individualisation et de psychologisation des difficultés au profit d'une explication biologique des difficultés qui laisse la place à une critique du monde social à partir d'un usage militant des sciences sociales. Dans les appropriations ambivalentes, les personnes naviguent au sein d'une multitude de catégories, dont l'appropriation dépend de la valeur sociale qui leur est octroyée.

Comme le laissent voir les formes de rejet de la catégorie, les réceptions-appropriations du trouble *borderline* s'articulent à des rapports politiques à la santé mentale, où se formulent des critiques envers la psychanalyse et la psychiatrie publique. Dans la majorité des cas, ces critiques ne s'articulent pas à une montée en généralité ou une conflictualisation[1242] de l'univers social que constitue la santé mentale. Elles reposent pour les personnes concernées sur des vécus et des sentiments d'injustice et de maltraitances institutionnelles (qui s'articulent à des stigmatisations au sein de leurs familles ainsi qu'à une indignation concernant les effets des inégalités et de la domination de genre dans leur trajectoire de vie). Cela les amène à juger et hiérarchiser les types de soins, ce qui les positionne *de facto* au sein du champ de la santé mentale. Ces critiques reposent ainsi sur une forme d'indignation commune qui, dans certains cas, préside à des formes de politisation plus franche. Ici, trois possibilités s'ouvrent : 1) une implication dans le militantisme anti-psychiatrique qui vise à construire l'auto-gestion des soins psy (représentée par Margaux Viguier dans mon enquête), 2) une implication professionnelle dans le champ de la santé mentale afin d'améliorer les conditions de soins et de traitement (notamment par la pair-aidance), et 3) un militantisme en ligne qui prend des formes différenciées et qui articule plus ou moins les schèmes psychologiques, spirituels, sociologiques et politiques. Dans le cadre de cette thèse, j'ai formulé des prémices d'une analyse concernant les liens entre culture psy et formes de politisation, qui mériteraient cependant d'être creusées par des enquêtes spécifiques ; que l'on pense aux cellules de soutien psychologique au sein des mouvements sociaux[1243] ou encore à l'articulation entre le militantisme antivalidiste[1244] et l'appropriation de catégories de santé mentale[1245].

[1242] Camille Hamidi, « Éléments pour une approche interactionniste de la politisation. Engagement associatif et rapport au politique dans des associations locales issues de l'immigration », *Revue française de science politique*, 2006, vol. 56, nº 1, p. 5-25.

[1243] Les organisateurs et organisatrices de la manifestation contre les méga-bassines à Sainte Soline ont par exemple mis en place une cellule de soutien psychologique : Reporterre, *Les traumatisés de Sainte-Soline*, https://reporterre.net/Les-traumatises-de-Sainte-Soline, 8 avril 2023, (consulté le 1 septembre 2024) ; Cette dimension a notamment été abordée par Didier Fassin et Richard Rechtman, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2011.

[1244] Adrien Primerano, « L'émergence des concepts de "capacitisme" et de "validisme" dans l'espace francophone. Entre monde universitaire et monde militant », *Alter. European Journal of Disability Research*, 2022, nº 16-2, p. 43-58.

[1245] Dans un billet de blog, la chercheuse et militante antivalidiste Charlotte Puiseux cite par exemple Marceline comme une personne ayant un trouble du spectre de l'autisme ou encore Kelig qui dit avoir un trouble déficit de l'attention. Charlotte Puiseux, *Développement des luttes anti-validistes sur les réseaux sociaux*,

Pour les personnes qui rencontrent le trouble *borderline*, cette catégorie sert ainsi d'*opérateur de positionnement social*. En effet, l'appropriation ou le rejet du trouble *borderline* suppose un jeu et des enjeux de positionnement relatif. En ce sens, ces formes de réceptions-appropriations s'inscrivent au sein d'un espace social des styles de catégorisation de la vie mentale que des enquêtes prenant explicitement pour objet cette dimension relationnelle des catégories de santé mentale permettraient d'éclairer plus avant.

Interroger la sociogenèse de la souffrance : un chantier à venir

En tant que catégorie de santé mentale, le trouble *borderline* sert principalement, et de manière transversale, à nommer des difficultés qui reposent sur des déviances quasi-systématiquement repérées par les personnes elles-mêmes : les personnes catégorisées « *border* » aux urgences sont *trop* en demande de soins selon les professionnel·les, les personnes prises en charge à l'*HDJ borderline* investissent des attentes dans une thérapie qui leur permet enfin d'avoir des solutions à leurs souffrances, et l'analyse des réceptions-appropriations décrit des personnes en recherche de la meilleure manière de nommer leurs difficultés. Il s'agit en ce sens de déviances émotionnelles qui fondent des pratiques d'auto-étiquetage[1246]. Au sein des travaux de sciences sociales, une alternative peut se faire jour pour expliquer les déviances : elles peuvent être comprises soit au prisme des socialisations, soit comme une production institutionnelle des normes sociales[1247]. Cette alternative est cependant à dépasser, en intégrant à l'analyse les mécanismes d'individuation et d'objectivation du social[1248].

Dans cette thèse, j'ai centré le regard sur la manière dont le réel est mis en ordre et comment une signification lui est donnée. En d'autres termes, j'ai essentiellement interrogé la production de normes sociales par différentes institutions. J'ai en revanche traité de manière plus succincte les mécanismes d'individuation, qui se révèlent néanmoins à travers les mécanismes d'appropriations du diagnostic ou à travers la présentation descriptive de la similarité des profils sociaux des personnes catégorisées *borderline* à partir de laquelle j'ai

---

https://lesoursesaplumes.info/2022/01/28/developpement-des-luttes-anti-validistes-sur-les-reseaux/, 28 janvier 2022 (consulté le 1 septembre 2024).

[1246] Peggy A. Thoits, « Self-Labeling Processes in Mental Illness: The Role of Emotional Deviance », *American Journal of Sociology*, 1985, vol. 91, nº 2, p. 221-249.

[1247] Pour une synthèse des controverses que ces différentes optiques suscitent, voir « 1.3. Genre et déviance : État des lieux d'une controverse et hypothèses », in A. Vuattoux, *Genre et rapports de pouvoir dans l'institution judiciaire. Enquête sur le traitement institutionnel des déviances adolescentes par la justice pénale et civile dans la France contemporaine*, Université Paris 13 - Sorbonne Paris Cité, Ecole doctorale Erasme, 2016, p. 79-91.

[1248] « La double existence du social », in Pierre Bourdieu, *Sociologie générale, Vol. 1. Cours au Collège de France (1981-1983)*, Paris, Points, 2019, p. 230-234.

évoqué quelques hypothèses explicatives quant aux origines de la souffrance. Dans ce cadre, j'ai davantage postulé que réellement démontré la présence de déviances émotionnelles – même si les descriptions déployées dans cette thèse justifient cet usage.

Au sein de mon argumentation, les déviances émotionnelles correspondent ainsi bien souvent à un donné déjà-là à partir duquel le trouble *borderline* vient façonner des expériences et donner du sens à des souffrances. La question qui reste en suspens est donc celle de l'origine, et notamment de la sociogenèse, de ces déviances émotionnelles à la source des souffrances. Il s'agirait alors, pour répondre à cette question, d'enquêter plus avant sur les causes sociales de la souffrance ou, pour reprendre les termes de Joan Busfield, sur sa production sociale[1249]. S'engager dans une telle enquête suppose à mon sens d'avoir, auparavant, réalisé une analyse critique de la catégorie qui sert usuellement, et dans un contexte social donné, à la nommer. Cela permet de se prémunir contre le risque de réification de la catégorie, contre le risque de cécité vis-à-vis des effets performatifs (effets de boucle), et cela permet enfin d'éviter l'écueil de la non-historicisation et de la décontextualisation de l'analyse. En ce sens, il s'agit d'avoir une approche probabiliste selon laquelle un type de souffrance constitue *une condition de possibilité de la rencontre avec le trouble borderline*, et ne constitue donc pas en soi le trouble et n'engendre pas mécaniquement une telle catégorisation.

Ce questionnement, qui a pris une place grandissante au fur et à mesure de ma recherche, n'a cependant pas pu être traité de manière satisfaisante dans le corps de la thèse ; et notamment du fait d'un manque de matériaux empiriques recueillis dans cette optique. Il s'agit donc d'un chantier encore à réaliser, et dont je voudrais esquisser les grandes lignes théoriques en guise d'ouverture.

Interroger les processus de mise en crise des habitus

Dans une de ses vidéos postées sur le compte *La carologie*, Carolina Gonzales mobilise la métaphore de la construction d'une maison pour expliquer l'origine du trouble de la personnalité *borderline*.

> « Le trouble de la personnalité [*borderline*], il se crée assez tôt dans la vie d'une personne […]. Moi ce qui m'avait parlé c'est l'image d'une maison avec une charpente un peu tordue. Parce que la personnalité concrètement, elle commence à se construire à un certain âge, et elle va avoir une certaine inertie. C'est-à-dire qu'une fois qu'elle est construite, elle va pas être figée, parce qu'on n'est pas des êtres figés. On n'est pas des putains de cailloux. On évolue quand même, mais il y a un genre de noyau dur qui

[1249] Joan Busfield, « Mental illness as social product or social construct: a contradiction in feminists' arguments? », *Sociology of Health & Illness*, 1988, vol. 10, nº 4, p. 521-542.

> reste plus ou moins stable tout au long de la vie. Évidemment qui évolue constamment, mais voilà qui tourne autour des mêmes fondations. Donc moi, l'image de la maison avec des fondations, une charpente un peu tordue, ça m'avait parlé parce qu'on m'a dit : c'est comme si vous votre maison elle a été construite avec des fondations cheloues, et il y avait eu les murs et on a fait les pièces, et on a tout meublé, et vous vous devez apprendre à vous déplacer dans une maison qui est tordue. Alors que tout le monde, fin tout le monde, la majorité des gens se déplacent dans des maisons standards, et votre maison à vous, les maisons des *borderline*, elles sont un petit peu tordues. Et en fait, on peut pas casser la maison, péter la charpente et tout refaire, parce que la personnalité d'un être humain ça peut pas, ça fonctionne pas comme ça. La personnalité elle va rester comme elle est, il faut juste apprendre à se déplacer dans la maison, à meubler comme il faut la maison, etc. Et pour ce faire, il faut apprendre à connaître la forme de la maison[1250]. »

Cette métaphore fait écho à celle de l'arbre dont le tronc serait « mal formé » utilisée par Sandrine Hebert (*Chapitre 6. 2.1.1.*). Ces usages métaphoriques renvoient à la question de la construction de la personnalité qui, dans le cas du trouble *borderline*, serait troublée et pathologique. Cette question peut être traduite dans une langue sociologique par celle de la sociogenèse de l'habitus. Cette traduction suppose un décalage du regard, et donc le passage d'une perspective en termes de *construction sociale d'une catégorie de santé mentale* à celle en termes de *production sociale de la souffrance psychique* associée à une forme de catégorisation de la vie mentale.

Afin de rendre compte de la sociogenèse d'une souffrance qui rend probable la rencontre avec le trouble *borderline*, il serait ainsi intéressant de la cadrer comme *un processus de mise en crise de l'habitus*, c'est-à-dire quand ce dernier est instable et engendre de la souffrance – ce qui a pu être réalisé à partir d'une sociologisation des schèmes psychanalytiques[1251] et que l'on pourrait ici prolonger par une sociologisation des schèmes de la psychologie cognitive. Il s'agirait ainsi d'opérer une traduction du discours des professionnel·les spécialistes du trouble *borderline* qui font le constat d'une activation d'un nombre élevé de schémas chez les personnes prises en charge (*Cf. Interlude II.*)[1252]. En suivant la proposition de Marlène Bouvet, il serait effectivement possible de traduire cette lecture psychologique en termes de schémas par une lecture sociologique en termes de dispositions[1253]. On pourrait alors faire l'hypothèse que sous

---

[1250] La Carologie, *Ce que je pense de mon diagnostic*, https://www.youtube.com/watch?v=_Mb3d9kurQg , 28 septembre 2022, (consulté le 23 mai 2024).

[1251] Vincent de Gaulejac, *La névrose de classe*, Paris, Hommes et Groupes, 1992.

[1252] Voir également la citation du manuel de la Thérapie des schémas qui souligne l'activation de nombreux schémas chez les personnes dites *borderline*, ce qui a amené à l'adoption d'une lecture en termes de « modes ». Cf. Chapitre 3. 2.1.1. La dialectique de la gestion émotionnelle et la personnification des instances psychiques.

[1253] Dans le dernier chapitre de sa thèse, Marlène Bouvet « appréhende frontalement la similarité troublante de certains constats partagés dans l'entretien sociologique sur la genèse des dispositions des déprimé.es ». Elle a ainsi ressenti un « trouble » ou un « carambolage épistémologique » entre les approches sociologique et psychologique, et a opéré un travail de clarification pour repérer les « rapprochements conceptuels opérables entre disposition,

le discours d'une activation multiple de « schémas », qui a d'ailleurs amené les créateur·ices de la Thérapie des schémas à forger la notion de « mode » afin de rendre compte des « switchs rapides » des personnes catégorisées *borderline* (*Chapitre 3. 2.1.1.*), réside une pluralité dispositionnelle qui est rendue problématique par une absence de stabilisation de l'habitus.

Cette pluralité dispositionnelle serait ainsi à la source des déviances émotionnelles qui mettent en jeu des luttes intra-individuelles concernant les normes émotionnelles et comportementales. Ces luttes suscitent ainsi une conscience de transgresser des normes sans pour autant pouvoir changer ; c'est ce que j'ai pu décrire dans les discours de honte et de culpabilité systématiquement adoptés lorsque les personnes parlent de leurs « crises » (*Chapitres 5 et 6*). Peggy A. Thoits note d'ailleurs que « la source la plus probable de discordance émotionnelle (*discrepant feelings*) persistante ou récurrente sont les situations de stress, c'est-à-dire les problèmes liés à l'occupation de rôles multiples, aux transitions de rôles importantes ou aux tensions structurelles[1254] ». Cependant, cette explication reste relativement abstraite et s'inscrit dans les écueils du « paradigme du stress » listés par Baptiste Brossard et Amy Chandler[1255] (l'universalisation du « stress », le risque de conservatisme moral et un raisonnement tautologique où l'on souffre parce qu'on est stressé).

Afin de dépasser ces apories, il s'agirait d'interroger les incohérences de l'habitus à partir du discours actuellement hégémonique concernant les causes de la souffrance : les évènements traumatiques. Pour ce faire, on pourrait suivre la proposition récente de Wilfried Lignier selon lequel les effets des évènements biographiques, qui peuvent être nommés par le terme « traumatisme », s'inscrivent dans un rapport entre les « temps faibles » et les « moments forts » de la « sociogenèse des individus[1256] ». Les « temps faibles » de la socialisation correspondent aux dimensions classiquement étudiées par les sociologues de la socialisation qui s'inscrivent dans le sillage des travaux de Pierre Bourdieu, c'est-à-dire ce processus au long court constitué par des relations et des interactions quotidiennes suscitant des pratiques au sein desquelles s'actualise la structuration du monde social à un niveau individuel. En ce sens, il

---

schémas et trauma » en résumant « les points communs et les différences ». M. Bouvet, *Réenchanter les déprimé.es. Une sociologie de la thérapie en clinique privée*, *op. cit.*, p. 589-590.

[1254] Peggy A. Thoits, « Self-Labeling Processes in Mental Illness », art cit, p. 236, ma traduction.

[1255] Baptiste Brossard et Amy Chandler, *Explaining Mental Illness. Sociological Perspectives*, Bristol, Bristol University Press, 2022, p. 42-49, « Limits of stress paradigm ».

[1256] Wilfried Lignier choisi d'utiliser le terme sociogenèse afin de concurrencer d'une part la notion d'ontogenèse en soulignant que « les logiques internes de développement […] ne sont jamais indépendante de déterminants sociaux et culturels ». Il préfère également ce terme à la notion sociologique classique de « socialisation » qui, selon lui, « suggère à tort que la socialité apparaîtrait progressivement, alors qu'elle est immédiate ». Wilfried Lignier, *La société est en nous. Comment le monde social engendre des individus*, Paris, Seuil, 2023, p. 14, note n°1. Je mobilise, dans mon texte, les termes de « sociogenèse » et de « socialisation » de manière interchangeable, tout en souscrivant pleinement à lecture de l'immédiateté de la socialité dans la fabrication des individus.

s'agit d'une intériorisation-incorporation de dispositions dans la durée, par des pratiques ordinaires et répétées, où l'habitude devient habitus. Les « moments forts » correspondent quant à eux à des « processus sociogénétiques qui semblent contrevenir à l'idée d'une lente mise en cohérence dispositionnelle ». Il s'agit ainsi, selon Wilfried Lignier, « de prendre au sérieux une représentation de l'intériorisation qui a facilement cours, non pas dans le débat sociologique, mais dans la conversation ordinaire : la représentation selon laquelle un évènement, un accident, un traumatisme, bref, un *moment fort* de notre vie, peut nous changer radicalement et durablement[1257] ». Cette perspective amène notamment à penser, avec les outils de la sociologie, les effets sociogénétiques du « traumatisme » sur la constitution des habitus, en interrogeant les formes d'« engagements pratiques » que suscitent ce type de moments. En effet, les moments forts « ne travaillent […] pas l'habitus directement. Il y a toujours médiation par la pratique, par une temporalité longue, faible, partiellement déterminée par les habituations précédentes, et n'affectant les individus que dans la mesure où elle correspond à des actes suffisamment répétitifs pour imposer un nouveau quotidien[1258] ».

Ces éléments débouchent alors sur la question suivante : comment les « moments forts », quasi-unanimement identifiés comme relevant de « traumatismes » par les psychologues et les personnes (auto-)diagnostiquées *borderline* (et cela même lorsque le diagnostic est critiqué), s'articulent-ils avec les « temps faibles » des socialisations de ces dernières ? En d'autres termes, quelles sont les formes de reconductions pratiques d'évènements biographiques que suscitent les évènements dits « traumatiques » des personnes identifiées comme *borderline* ? Et dans quelle mesure ces reconductions engendrent-elles des formes de déviances émotionnelles qui amènent à rechercher une catégorie de santé mentale pour rendre compte de ses souffrances ?

Expériences de la domination et production sociale de la souffrance

La proposition de Wilfried Lignier concernant l'analyse des reconductions pratiques des moments forts de la sociogenèse peut être articulée avec une seconde proposition formulée par l'historien des sensibilités Hervé Mazurel. Ce dernier propose d'étudier la constitution socio-historique de « situations sociales paroxystiques » : « ces expériences extrêmes, exubérantes, tumultueuses, qui transgressent les normes traditionnelles de comportement et les paliers de

[1257] *Ibid.*, p. 81, souligné par l'auteur.
[1258] *Ibid.*, p. 94.

sensibilité atteints[1259] ». À l'image du constat de l'absence d'interrogation dans la sociologie de la socialisation classique concernant le rôle sociogénétique des moments forts, Hervé Mazurel souligne également que « la vie paroxystique » ne fait pas partie des objets privilégiés de la sociologie[1260]. Cette forme de vie entraîne pourtant des « épreuves paroxystiques », dont l'analyse permettrait d'historiciser les enjeux propres à des situations identifiées comme relevant du traumatisme. Cette vie paroxystique et ses épreuves sont effectivement définies par des « seuils de sensibilité » socialement et historiquement déterminés. Ces seuils de sensibilités constituent d'ailleurs également « des seuils psychiques ». Ainsi, l'un des signes distinctifs de l'épreuve paroxystique est « son caractère de blessure psychique, sa longue hantise dans l'après-coup, ses reviviscences impromptues, ses rémanences au long cours… En somme, son lien fondamental avec le trauma psychique[1261] ».

On retrouve ici un point de jonction, entre la proposition d'analyse des « moments forts » des processus sociogénétiques et cette proposition d'analyse des formes de vie paroxystique. Elles permettent toutes deux un passage de la perspective psychanalytique du traumatisme centrée sur les fantasmes et une vie psychique autonomisée, caractérisée par une lecture idéaliste et individualiste, à une perspective qui intègre les conditions structurelles ainsi que les effets pratiques des évènements traumatisants. J'ajouterai ici que cette perspective permet aussi de compléter l'approche neuroscientifique du traumatisme qui suscite également une lecture individualiste et essentialiste, en ce sens qu'elle constituerait par essence et en nature des évènements comme étant mécaniquement traumatiques[1262].

Dans son ouvrage concernant les enjeux de genre dans les questions de santé mentale[1263], la sociologue britannique Joan Busfield consacre un chapitre au traumatisme. Après avoir également décrit et critiqué la conception freudienne du traumatisme fondée sur le fantasme,

---

[1259] Hervé Mazurel, *L'inconscient ou l'oubli de l'histoire*, Paris, La Découverte, 2021, p. 263.

[1260] « Qu'elle questionne l'évidence du monde comme il va, mette à nu les subtils mécanismes de la reproduction sociale ou même repère un long processus de contention des émotions, la sociologie n'a jamais érigé la vie paroxystique en objet d'enquête privilégié – son dessein prioritaire étant d'interpréter sinon de critiquer le cours ordinaire des choses. » *Ibid.*, p. 365.

[1261] *Ibid.*, p. 394.

[1262] Cette conception retournerait en quelque sorte à la conception des premiers écrits freudiens. Cette perspective peut notamment être identifiée dans les écrits de la psychiatre spécialiste du psychotraumatisme Muriel Salmona ainsi que dans les travaux de Bessel van der Kolk. Cf. Muriel Salmona, *Que se passe-t-il dans le cerveau lors d'un trauma? Explications avec des schémas*, https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/20240523-Que%20se%20passe-t-il%20dans%20le%20cerveau%20lors%20d'un%20trauma-Explications%20avec%20sch%C3%A9mas.pdf , 2024 (consulté le 11 septembre 2024) ; Bessel A. Van der Kolk, *Le corps n'oublie rien. Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*, Paris, Pocket, 2021. Ajouter à ces approches une perspective de sociologie des pratiques serait intéressant pour rendre compte des mécanismes de production du traumatisme, et éclairerait ainsi les processus de mise en crise des habitus.

[1263] Joan Busfield, *Men, Women and Madness. Understanding Gender and Mental Disorder*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 1996.

cette autrice propose à la suite de la psychiatre américaine spécialiste du psycho-traumatisme, Judith Herman, d'envisager le traumatisme comme étant le « mal des personnes impuissantes » (*affliction of the powerless*). Cette dernière écrit ainsi qu'

> « Au moment du traumatisme, la victime est rendue impuissante par une force écrasante. Lorsque la force est celle de la nature, on parle de catastrophe. Lorsque la force est celle d'un autre être humain, on parle d'atrocités. Les évènements traumatisants submergent le système ordinaire de *care* qui donne aux gens un sentiment de contrôle, de connexion et de sens[1264]. »

Pour Joan Busfield, cette conception du traumatisme permet de considérer les dimensions structurelles dans les enjeux liés au traumatisme. Selon cette sociologue, cette perspective permet « d'examiner la manière dont les individus ou les groupes sont privés de pouvoir, ainsi que la manière dont, dans une situation de manque de pouvoir, ils sont menacés ou traités avec dureté et violence[1265] ». Ainsi, conclut-elle ce chapitre sur le traumatisme en soulignant que

> « Les études sur l'impact psychologique de la guerre et de la violence sexuelle soulignent l'importance du manque de pouvoir pour déterminer à quel point un évènement particulier est traumatisant. C'est l'inégalité structurelle qui contribue à façonner les significations attachées à des évènements particuliers, significations qui jouent elles-mêmes un rôle important de médiation dans le lien entre les évènements et les expériences psychologiques. C'est le relatif manque de pouvoir des femmes et la forme que prend souvent la violence – à savoir la violence sexuelle – qui sont susceptibles de rendre la violence particulièrement traumatisante pour elles[1266] ».

Dans les citations précédentes, j'ai opéré un choix de traduction peu commun. J'ai effectivement choisi de traduire le terme « *powerlessness* » par « manque de pouvoir » et non par « impuissance », comme cela pourrait être intuitivement choisi. Ce choix me paraît justifié dans le sens où il souligne la dimension normative du « manque ». Ce qui engendrerait le vécu traumatique n'étant alors pas seulement l'impuissance en soi, mais le manque de pouvoir dans un contexte socio-historique donné où il serait attendu d'avoir un pouvoir sur la situation. Ici, s'articule alors pleinement la question des reconductions pratiques de certains évènements que certaines conditions socio-historiques façonnent comme des « situations sociales paroxystiques ».

On pourrait ainsi comprendre les moments traumatiques, et les effets pratiques qu'ils engendrent, comme des situations dans lesquelles les personnes se retrouvent dans l'incapacité à donner du sens à l'arbitraire de situations où elles se voient privées d'un pouvoir qu'elles

---

[1264] Judith L. Herman, *Trauma and recovery*, New York, Basic Books/Hachette Book Group, 1992, p. 33 cité par J. Busfield, *Men, Women and Madness*, *op. cit.*, p. 211.
[1265] J. Busfield, *Men, Women and Madness*, *op. cit.*, p. 211-212.
[1266] *Ibid.*, p. 229.

devraient pourtant avoir. Il s'agit ainsi de relier le vécu traumatique aux conditions socio-historiques de la définition de la violence ainsi qu'à la structuration individuelle déterminée par des positionnements sociaux, ce qui engendrerait une production et une expression de la souffrance potentiellement différenciées. Ce que les individus ont à gérer, et la forme que prend cette gestion individuelle varient de ce fait en fonction des socialisations et des positionnements au sein des rapports de domination.

Dans le cas de la souffrance qui rend probable la rencontre avec le trouble *borderline*, on peut émettre l'hypothèse suivante : cette souffrance relèverait de la dialectique, classiquement identifiée dans la philosophie féministe, entre sujet et objet, voire d'une forme de persistance particulièrement problématique de la position d'objet dans un devenir de sujet[1267]. Les conditions structurelles, à la fois matérielles et symboliques, de la vie sociale contemporaine engendreraient une explicitation du statut d'objet qui contredirait alors l'aspiration à être pleinement sujet – c'est-à-dire libre (appropriation de soi et de son corps) et véritablement autonome (libre de ses choix et de ses orientations). Cette aspiration pourrait s'inscrire dans une évidence sociale, celle de la valeur d'autonomie constituée comme véritable norme des configurations sociales individualistes. En ce sens, on peut faire l'hypothèse que les « pathologies de l'idéal » vis-à-vis de la norme-valeur individualiste de l'autonomie, comme les a renommées et qualifiées Alain Ehrenberg pour nommer les pathologies narcissiques et états-limites[1268], relèvent fondamentalement de situations d'asymétries, de violences et de domination au sein desquelles se produisent des décalages particulièrement inacceptables subjectivement entre pouvoir réel et pouvoir attendu. En ce sens, les causes sociales de la souffrance des personnes dites aujourd'hui *borderline* auraient beaucoup à voir avec des enjeux politiques, au sein desquels les manières de catégoriser et de traiter la souffrance prennent une importance cruciale.

[1267] Geneviève Fraisse souligne par exemple la coexistence du statut de sujet et d'objet des femmes dans un contexte où : « L'individu démocratique, expression politique de ce mouvement subjectif de la liberté humaine, l'a emporté, pour les deux sexes. Et pourtant, le statut de la femme médiatrice n'a pas disparu pour autant. » Geneviève Fraisse, « Le devenir sujet et la permanence de l'objet », *Nouvelles Questions Féministes*, 2005, vol. 24, n° 1, p. 14-23.

[1268] Alain Ehrenberg, *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob poche, 2012. Cf. Introduction générale. L'individualisme contemporain en question.

Construction et production sociales de la souffrance pour éclairer les catégorisations de la vie mentale

Interroger pleinement ces dimensions nécessite un dispositif méthodologique qui permet premièrement de spécifier, chez des personnes qui s'approprient une catégorie de santé mentale, les luttes normatives qui présideraient à la souffrance ainsi que les contextes dans lesquels celles-ci s'activent. Pour ce faire, on pourrait alors imaginer un premier volet d'enquête concernant les dialogues de soi à soi, dont la forme la plus pure selon Bernard Lahire serait les rêves[1269], et auxquels on pourrait ajouter les formes de dialogues intérieurs à la suite de situations sociales dans lesquelles les personnes auraient voulu agir autrement. Il s'agirait également d'interroger ce que les psychologues nomment des « ruminations », ces pensées envahissantes et récurrentes, ainsi que les « phobies d'impulsion », qui consiste à imaginer sans le faire des passages à l'acte agressifs contre les autres ou contre soi. Un second volet aurait pour objectif d'identifier l'éventuelle présence de dispositions contradictoires à la source de ces luttes intra-individuelles, ainsi que les effets de vécus paroxystiques de la violence et de la domination sur la sociogenèse de l'habitus. Ici, il s'agirait d'interroger spécifiquement trois éléments : 1) les socialisations contradictoires (contradictions de l'héritage[1270], mobilité sociale, etc.), 2) les expériences de domination et 3) les ruptures biographiques.

La réalisation d'une telle enquête s'inscrirait alors pleinement dans une sociologie des catégorisations de la vie mentale, en ce sens qu'adossée à l'étude des mécanismes qui *font exister* les catégories de santé mentale, elle permettrait une véritable compréhension des mécanismes de construction *et* de production sociale de la souffrance psychique. Cela permettrait alors d'identifier plus précisément les causes sociales de souffrances qui rendent probable la rencontre avec une catégorie de santé mentale comme le trouble *borderline*. En d'autres termes, ce type de travaux permettrait de comprendre plus finement les positionnements au sein de l'espace social des styles de catégorisation de la vie mentale.

[1269] Bernard Lahire, *L'interprétation sociologique des rêves*, Paris, La Découverte, 2018.

[1270] Selon Pierre Bourdieu, ces contradictions peuvent effectivement produire « des habitus déchirés, divisés contre eux-mêmes, en négociation permanente avec eux-mêmes et avec leur propre ambivalence, donc voués à une forme de dédoublement, à une double perception de soi et aussi aux sincérités successives et à la pluralité des identités ». Pierre Bourdieu, « Les contradictions de l'héritage » dans Pierre Bourdieu (dir.), *La misère du monde*, Paris, Points, 2015, p. 1098.

Bibliographie

ABBOTT Andrew, 1988, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.

AMPUDIA DE HARO Fernando, 2006, « Administrar el yo: literatura de autoayuda y gestión del comportamiento y los afectos (Organizing One's Life: Self-Help Literature and Management of Conduct and the Emotions) », *Reis*, nº 113, p. 49-75.

ANGELI AGUITON Sara, CABANE Lydie et CORNILLEAU Lise, 2019, « Politiques de la "mise en crise" », *Critique internationale*, vol. 85, nº 4, p. 9-21.

ARBORIO Anne-Marie, 1995, « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 13, nº 3, p. 93-126.

BACHELART Maximilien et PAROT Françoise, 2014, « La psychothérapie ne peut-elle être qu'intégrative ? », vol. 12, nº 3, p. 7-26.

BARRETT Robert, 1999, *La Traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en Rond.

BASZANGER Isabelle, 1991, « Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale. », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 9, nº 2, p. 31-78.

BAUMAN Zygmunt, 2013, *La vie liquide*, Paris, Fayard/Pluriel.

BEAUBATIE Emmanuel, 2019, « L'espace social du genre. Diversité des registres d'action et d'identification dans la population trans' en France », *Sociologie*, vol. 10, nº 4, p. 395-414.

BEAUBATIE Emmanuel, 2021, *Transfuges de sexe. Passer les frontières de genre*, Paris, La Découverte.

BEAUD Stéphane, 1996, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'"entretien ethnographique" », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, vol. 9, nº 35, p. 226-257.

BECKER H.-S., 2002, *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, la Découverte,.

BECKER Howard S., HUGHES Everett C., GEER Blanche et STRAUSS Anselm L., 1976, *Boys in White: Student Culture in Medical School*, 1st edition., New Brunswick, N.J, Transaction Publishers.

BECKER Howard S., HUGHES Everett C., GEER Blanche P. et STRAUSS Anselm L., 2020, « L'assimilation des valeurs médicales par les étudiants de médecine : les perspectives de la responsabilité médicale et de l'expérience clinique », *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, nº 209, p. 107-127.

BECKER Howard Saul, 1985, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, France, Éditions Métailié.

BELIARD Aude et EIDELIMAN Jean-Sébastien, 2009, « Aux frontières du handicap psychique : genèse et usages des catégories médico-administratives », *Revue française des affaires sociales*, nº 1-2.

BELIARD Aude et EIDELIMAN Jean-Sébastien, 2014, « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », *Revue francaise de sociologie*, Vol. 55, nº 3, p. 507-536.

BELIARD Aude et EIDELIMAN Jean-Sébastien, À paraître, « Problèmes mentaux et inégalités dans les trajectoires des enfants », *Sociétés contemporaines*.

BELIARD Aude, 2019, « 2. Le travail diagnostique » dans *Des familles bouleversées par la maladie d'Alzheimer. Variations sociales*, Toulouse, Érès (coll. « Pratiques du champ social »), p. 57-87.

BELORGEY Nicolas, 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le " nouveau management public "*, Paris, La Découverte.

BENSA Alban et FASSIN Didier, 2002, « Les sciences sociales face à l'évènement », vol. 38, p. 5-20.

BERENI Laure, 2012, « Penser la transversalité des mobilisations féministes : l'espace de la cause des femmes » dans Christine Bard (dir.), *Les féministes de la 2ème vague*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 27.

BERENI Laure, CHAUVIN Sébastien, JAUNAIT Alexandre et REVILLARD Anne, 2012, *Introduction aux études sur le genre*, 2e édition revue et Augmentée., Bruxelles, De Boeck.

BESSIN Marc, 2021, « Présences recluses : les ambivalences des interventions (sociales, sanitaires et éducatives) en prison » dans *L'enseignement universitaire en milieu carcéral*, Nîmes, Champ social, p. 12-29.

BLATTERER Harry, 2009, *Coming of Age in Times of Uncertainty*, New York, Berghahn Books.

BLAXTER Mildred, 1978, « Diagnosis as category and process: The case of alcoholism », *Social Science & Medicine. Part A : Medical Psychology & Medical Sociology*, vol. 12, p. 9-17.

BODIN Romuald, 2018, *L'institution du handicap*, Paris, La Dispute.

BOKOBZA Hervé (dir.), 2006, *La psychiatrie en péril en dépit des états généraux*, Ramonville Saint-Agne, ERES.

BOLTANSKI Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, vol. 26, nº 1, p. 205-233.

BONNINGTON Oliver et ROSE Diana, 2014, « Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: A critical realist analysis », *Social Science and Medicine*, vol. 123, p. 7-17.

BORELLE Céline, 2017, « "C'est uniquement social". Sur la production d'un dualisme social/psychiatrique en sciences sociales et dans le travail ordinaire de la psychiatrie », *Politix*, vol. 117, nº 1, p. 201-222.

BORELLE Céline, 2017, « Pour une approche séquentielle du diagnostic médical. Le cas de l'autisme », *Sciences sociales et santé*, vol. 35, nº 3, p. 5-31.

BOSC Serge, 2022, *Sociologie des classes moyennes*, Paris, La Découverte.

BOUGHABA Yassin, DAFFLON Alexandre et MASCLET Camille, 2018, « Introduction. Socialisation (et) politique. Intériorisation de l'ordre social et rapport politique au monde », *Sociétés contemporaines*, vol. 112, nº 4, p. 5-21.

BOURDAIS Julien, 2016, « Les temps longs de l'hospitalisation. Enquête ethnographique dans un établissement privé de psychiatrie », *Revue française des affaires sociales*, nº 2, p. 157-178.

BOURDIEU Pierre, 1971, « Le marché des biens symboliques », *L'Année sociologique*, vol. 2, p. 49-126.

BOURDIEU Pierre, 1979, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit.

BOURDIEU Pierre, 1980, *Le sens pratique*, Paris, Les Éditions de Minuit.

BOURDIEU Pierre, 1980, *Questions de sociologie*, Paris, les Éditions de Minuit.

BOURDIEU Pierre, 1986, « L'illusion biographique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 62, nº 1, p. 69-72.

BOURDIEU Pierre, 2002, « Les conditions sociales de la circulation internationale des idées », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 145, nº 5, p. 3-8.

BOURDIEU Pierre, 2007, « La noblesse : capital social et capital symbolique » dans Didier Lancien et Monique de Saint-Martin (dir.), *Anciennes et nouvelles aristocraties : De 1880 à nos jours*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme (coll. « Hors collection »), p. 385-397.

BOURDIEU Pierre, 2014, *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Points.

BOURDIEU Pierre, 2015, « Les contradictions de l'héritage » dans Pierre Bourdieu (dir.), *La misère du monde*, Paris, Points, p. 1091-1103

BOURDIEU Pierre, 2015, *Méditations pascaliennes*, Paris, Points.

BOURDIEU Pierre, 2019, *Sociologie générale, vol 2. Cours au Collège de France (1983-1986)*, Paris, Points.

BOURDIEU Pierre, 2019, *Sociologie générale, Vol. 1. Cours au Collège de France (1981-1983)*, Paris, Points.

BOURDIEU Pierre, 2022, *Microcosmes. Théorie des champs*, Paris, Raisons d'agir.

BOURGON Michèle et CORBEIL Christine, « Dix ans d'intervention féministe au Québec : bilan et perspectives », *Santé mentale au Québec*, 19 octobre 2006, vol. 15, nº 1, p. 205-222.

BOUVET Marlène, 2023, « La "biologisation bienveillante" des déprimé·es en clinique privée : La réception de trois répertoires de légitimation au prisme de la classe et des masculinités » dans Laurine Thizy, Justine Vincent, Gunes Sinem et Irem Nihan Balci (dir.), *Biologisation(s) : Les usages sociaux de l'argument biologique en santé*, Lyon, ENS Éditions (coll. « Sociétés, Espaces, Temps »), p. 71-95.

BOUVET Marlène, 2023, *Réenchanter les déprimé.es. Une sociologie de la thérapie en clinique privée*, École normale supérieure de Lyon, Lyon.

BOWKER Geoffrey C. et STAR Susan Leigh, 2023, *Arranger les choses. Des conséquences de la classification*, Paris, Éditions de l'EHESS.

BRECHON Pierre, 2021, « Europe : des valeurs en évolution mais toujours aussi clivées », *Futuribles*, vol° 443, nº 4, p. 5-23.

BRINKMANN Svend, 2016, *Diagnostic Cultures. A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*, Londres, Routledge (coll. « Classical and Contemporary Social Theory »).

BRODERICK Alicia A., 2022, *The Autism Industrial Complex: How Branding, Marketing, and Capital Investment Turned Autism into Big Business*, Gorham, Myers Education Press.

BROSSARD Baptiste et CHANDLER Amy, 2022, *Explaining Mental Illness. Sociological Perspectives*, Bristol, Bristol University Press.

BROSSARD Baptiste, 2013, « Jouer sa crédibilité en consultation mémoire. Les personnes âgées face à l'évaluation cognitive », *Sociologie*, Vol. 4, nº 1, p. 1-17.

BROSSARD Baptiste, 2013, « L'organisation sociale des « hasards heureux ». Qu'est-ce qu'un soin en psychiatrie ? », *Sociologie du travail*, vol. 55, nº 1, p. 1-19.

BROSSARD Baptiste, 2014, *Se blesser soi-même. Une jeunesse autocontrôlée*, Paris, Alma éditeur, 352 p.

BROSSARD Baptiste, ROY Melissa, BROWN Julia, HEMMINGS Benjamin et LAROCQUE Emmanuelle, 2023, « On the Social Existence of Mental Health Categories: The Case of Sex Addiction », *Social Problems*, XX, p. 1-16.

BRUN Solène et COSQUER Claire, 2022, *Sociologie de la race*, Malakoff, Armand Colin.

BRUN Solène, 2024, *Derrière le mythe métis. Enquête sur les couples mixtes et leurs descendants en France*, Paris, La Découverte.

BUSFIELD Joan, 1988, « Mental illness as social product or social construct: a contradiction in feminists' arguments? », *Sociology of Health & Illness*, vol. 10, nº 4, p. 521-542.

BUSFIELD Joan, 1996, *Men, Women and Madness: Understanding Gender and Mental Disorder*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

BUSFIELD Joan, 2017, « The concept of medicalisation reassessed », *Sociology of Health & Illness*, vol. 39, nº 5, p. 759-774.

BUTLER Judith, 2005, *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*, Paris, La Découverte.

CABANAS Edgar et ILLOUZ Eva, 2018, *Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*, Paris, Premier Parallèle.

CARDI Coline et PRUVOST Geneviève (dir.), 2017, *Penser la violence des femmes*, Paris, la Découverte.

CARDI Coline, 2008, *La déviance des femmes. Délinquantes et mauvaises mères : entre prison, justice et travail social*, Thèse de doctorat, Paris 7.

CASSIER Maurice et GAUDILLIERE Jean-Paul, 2000, « Recherche, médecine et marché : la génétique du cancer du sein », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 18, nº 4, p. 29-51.

CASSIRER Ernst, 1972, *La philosophie des formes symboliques. 1. Le langage*, Paris, Éditions de Minuit.

CASTEL Pierre-Henri, 2021, « Narcissisme et processus de civilisation », *Zilsel*, vol. 8, nº 1, p. 204-221.

CASTEL Pierre-Henri, 2022, « Informalisation et vie psychique : un programme de recherche éliasien. La "crise du moi" chez les psychanalystes et les moralistes critiques de la modernité récente, et l'invention de la catégorie d'états-limites » dans Cédric Moreau de Bellaing et Danny Trom (dir.), *Sociologie politique de Norbert Elias*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales (coll. « Raisons pratiques »), p. 299-316.

CASTEL Robert et CERF Jean-François LE, 1980, « Le phénomène « psy » et la société française. 1. Vers une nouvelle culture psychologique », *Le Débat*, vol. 1, nº 1, p. 32-45.

CASTEL Robert, 1977, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les Editions de Minuit.

CASTEL Robert, 2011, *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Les Éditions de Minuit.

CASTEL Robert, ENRIQUEZ Eugène et STEVENS Hélène, 2008, « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? », *Sociologies pratiques*, n° 17, nº 2, p. 15-27.

CHAMBOREDON Hélène, PAVIS Fabienne, SURDEZ Muriel et WILLEMEZ Laurent, 1994,

« S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, vol. 16, nº 1, p. 114-132.

CHAMPION Françoise (dir.), 2008, *Psychothérapie et société*, Paris, France, Armand Colin, 334 p.

CHAMPION Françoise, 2008, « Les psychothérapeutes ni psychiatres-ni psychologues-ni psychanalyses, analyseurs des mutations du champ psychothérapeutique » dans Françoise Champion (dir.), *Psychothérapie et société*, Paris, Armand Colin, p. 76-100.

CHAMPION Françoise, 2016, « Guerre des psys. Un enjeu de société » dans Jean-François Marmion (dir.), *Troubles mentaux et psychothérapies*, Auxerre, Éditions Sciences Humaines.

CHAMPION Françoise, GARNOUSSI Nadia, HUTSCHEMAEKERS Giel et PILGRIM David, 2014, « Logiques des transformations du champ psychothérapeutique en Angleterre, France et Pays-Bas : spécificité nationales et tendances communes », *SociologieS*, en ligne.

CHAUVENET Antoinette, 1978, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF.

CHESLER Phyllis, 2018, *Women and Madness*, Chicago, Chicago Review Press.

CHIAPELLO Ève et BOLTANSKI Luc, 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.

CHU DE TOULOUSE, 2023, « Maladies et risques cardiovasculaires : les femmes en première ligne », *Trait d'union. Le magazine du centre hospitalier universitaire de Toulouse*, 2023, nº 172, p. 8-15.

CLAIR Isabelle, 2012, « Le pédé, la pute et l'ordre hétérosexuel », *Agora débats/jeunesses*, vol° 60, nº 1, p. 67-78.

CLAIR Isabelle, 2016, « La sexualité dans la relation d'enquête », *Revue française de sociologie*, Vol. 57, nº 1, p. 45-70.

CLAIR Isabelle, 2022, « Nos objets et nous-mêmes : connaissance biographique et réflexivité méthodologique », *Sociologie*, vol. 13, n° 3.

CLARKE Adele E., FISHMAN Jennifer R., FOSKET Jennifer Ruth, MAMO Laura et SHIM Janet K., 2000, « Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 18, nº 2, p. 11-42.

COHEN Bruce M. Z., 2016, *Psychiatric Hegemony. A Marxist Theory of Mental Illness*, London, Palgrave Macmillan.

COLDEFY Magali et NESTRIGUE Clément, 2014, « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale », *Questions d'économie de la santé*, nº 202.

COMBY Jean-Baptiste et PAGIS Julie, 2018, « Introduction. Politiques de catégorisation du monde social », *Politiques de communication*, vol. 10, nº 1, p. 5-26.

COMBY Jean-Baptiste, 2014, « L'individualisation des problèmes collectifs : une dépolitisation politiquement située », *Savoir/Agir*, vol. 28, nº 2, p. 45-50.

CONNELL Raewyn, 2022, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris, Éditions Amsterdam.

CONRAD Peter et SCHNEIDER Joseph W., 1980, *Deviance and medicalization : from badness to sickness*, Temple University Press., Philadelphia.

CONTI Alessandro D., 2020, « Le débat entre nominalistes et réalistes à la fin du Moyen Âge »,

Annuaire de l'École pratique des hautes études (EPHE), Section des sciences historiques et philologiques. Résumés des conférences et travaux, nº 151, p. 238-241.

COTTRAUX Jean (dir.), 2011, *Thérapie cognitive et émotions : La troisième vague*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

COULMONT Baptiste, 2017, « Le petit peuple des sociologues. Anonymes et pseudonymes dans la sociologie française », *Genèses*, vol. 107, nº 2, p. 153-175.

COURTINE Jean-Jacques et HAROCHE Claudine, 2007, *Histoire du visage. Exprimer et taire ses émotions*, Paris, Payot.

COUTANT Isabelle, 2012, *Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents*, Paris, la Dispute.

DARDOT Pierre et LAVAL Christian, 2009, *La nouvelle raison du monde : essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte.

DARMON Muriel, 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Geneses*, no 58, nº 1, p. 98-112.

DARMON Muriel, 2008, « La notion de carrière. Un instrument interactionniste d'objectivation », *Politix*, vol. 82, nº 2, p. 149-167.

DARMON Muriel, 2008, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte.

DARMON Muriel, 2019, « Analyser empiriquement un inobservable : comment « attrape-t-on » une disposition ? » dans Séverine Depoilly et Séverine Kakpo (dir.), *La différenciation sociale des enfants. Enquêter sur et dans les familles*, Saint-Denis, Presses universitaires de Vincennes (coll. « Culture et société »), p. 107-137.

DASSIEU Lise, 2019, « Addictions et parcours de soins en psychiatrie » dans François Sicot (dir.), *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, L'Harmattan, Paris, p. 161-219.

DEKKER Mischa, 2022, « Sensibiliser sans moraliser ? Informalisation et individualisation des démarches éducatives sur le harcèlement de rue aux Pays-Bas » dans *Sociologie politique de Norbert Elias*, Paris, Éditions de l'EHESS (coll. « Raisons pratiques »), p. 317-344.

DELAGE Pauline, 2021, « Perversion narcissique, genre et conjugalité », *Zilsel*, N° 8, nº 1, p. 240-253.

DELEUZE Gilles et GUATTARI Félix, 2005, *Qu'est-ce que la philosophie ?*, Collection « Reprise », Paris, Éditions de Minuit.

DELMAS Morgane, 2019, « Urgences et parcours de soins en psychiatrie » dans François Sicot (dir.), *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, l'Harmattan, Paris, (coll. « Logiques sociales »), p. 101-160.

DELUERMOZ Quentin, 2012, « Chapitre 4. Des communardes sur les barricades » dans Coline Cardi et Geneviève Pruvost (dir.), *Penser la violence des femmes*, Paris, La Découverte, p. 106-119.

DEMAILLY Lise et GARNOUSSI Nadia, 2016, *Aller mieux. Approches sociologiques*, Villeneuve-d'Ascq, Presses Universitaire du Septentrion.

DEMAILLY Lise, 2017, « L'idée de rétablissement-recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux », *Rhizome*, vol. 65-66, nº 3-4, p. 6-7.

DEMAILLY Lise, 2019, « Le champ houleux de l'autisme en France au début du

XXIème siècle », *SociologieS*, en ligne.

DEMAZEUX Steeves, 2013, « Les Troubles de la personnalité dans le DSM : les raisons d'une crise nosologique », *Topique*, , vol. 123, nº 2, p. 49-64.

DENORD François, , 2020, « Domination » dans Gisèle Sapiro (dir.), *Dictionnaire international Bourdieu*, Paris, CNRS Éditions, Version électronique.

DETREZ Christine et SIMON Anne, 2006, *A leur corps défendant. Les femmes à l'épreuve du nouvel ordre moral*, Paris, Seuil.

DETREZ Christine, 2023, « Sous la naturalisation, la biologisation ? » dans Laurine Thizy, Justine Vincent, Gunes Sinem et Irem Nihan Balci (dir.), *Biologisation(s). Les usages sociaux de l'argument biologique en santé*, Lyon, ENS Éditions, p. 5-8.

DODIER Nicolas et CAMUS Agnès, 1997, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales*, vol. 52, nº 4, p. 733-763.

DODIER Nicolas et RABEHARISOA Vololona, 2006, « Les transformations croisées du monde "psy" et des discours du social », *Politix*, vol. 73, nº 1, p. 9-22.

DUBET François, 2002, *Le Déclin de l'institution*, Paris, Seuil.

DUPUIS David, 2018, « L'ayahuasca et son ombre. L'apprentissage de la possession dans un centre chamanique d'Amazonie péruvienne », *Journal de la Société des américanistes*, vol. 104, nº 2, p. 33-63.

DURKHEIM Émile, 1999, *Le Suicide*, Paris, PUF.

DUVOUX Nicolas et LAHIRE Bernard, , 2009 « La fabrication sociale d'un individu », *La Vie des idées*.

EATON Jessica, *Le trouble de la personnalité limite (ou « borderline ») est une foutaise misogyne.*, https://tradfem.wordpress.com/2019/10/03/le-trouble-de-la-personnalite-limite-ou-borderline-est-une-foutaise-misogyne/ , 3 octobre 2019, consulté le 25 août 2020.

EBERHART Joséphine et LEGRAND Julia, 2022, « La prescription médicale comme enjeu de pouvoir », *Genèses*, vol. 127, nº 2, p. 3-9.

EFFENTERRE Aude Van, AZOULAY Marion, BRIFFAULT Xavier et CHAMPION Françoise, 2012, « Psychiatres… et psychothérapeutes ? Conceptions et pratiques des internes en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, Volume 88, nº 4, p. 305-313.

EFFENTERRE Aude Van, AZOULAY Marion, BRIFFAULT Xavier et CHAMPION Françoise, 2012, « Psychiatres… et psychothérapeutes ? Conceptions et pratiques des internes en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, Vol. 88, nº 4, p. 305-313.

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

EHRENBERG Alain, 2004, « Le sujet cérébral », *Esprit*, p. 130-155.

EHRENBERG Alain, 2004, « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, 304 (5), p. 133-156.

EHRENBERG Alain, 2011, « La crise du symbolique et le déclin de l'institution : quels sont les arguments ? Quelle est l'alternative épistémologique ? », *Cliniques méditerranéennes*, vol. 83, nº 1, p. 55-66.

EHRENBERG Alain, 2012, *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob poche.

EHRENBERG Alain,1991, *Le Culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy.

EHRENREICH Barbara et ENGLISH Deirdre, 2005, *For Her Own Good. Two Centuries of the Experts Advice to Women*, New York, Anchor.

EHRENREICH Barbara et ENGLISH Deirdre, 2011, *Complaints & Disorders. The Sexual Politics of Sickness*, New York, The Feminist Press at CUNY.

ELIAS Norbert, 1973, *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy.

ELIAS Norbert, 1990, *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy.

ELIAS Norbert, 2000, « Les transformations de la balance des pouvoirs entre les sexes. Étude sociologique d'un processus à travers l'exemple de l'État romain antique », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, vol. 13, nº 51, p. 15-53.

ELIAS Norbert, 2010, « II. Sociologie et psychiatrie (1969-1972) » dans *Au-delà de Freud. Sociologie, psychologie, psychanalyse*, Paris, La Découverte, p. 47-79.

ELIAS Norbert, 2010, *Au-delà de Freud : sociologie, psychologie, psychanalyse*, Paris, La Découverte, 214 p.

EMERSON Robert M. et MESSINGER Sheldon L., 1977, « The Micro-Politics of Trouble », *Social Problems*, vol. 25, nº 2, p. 121-134.

ESPINOLA Artemisa Flores, 2012, « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du 'point de vue' », *Cahiers du Genre*, n° 53, nº 2, p. 99-120.

ESTROFF Sue, 1998, *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieux ouvert et de la réinsertion*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo.

FANSTEN Maïa, 2018, « Psychanalyse : une exception française ? » dans *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, Paris, CNRS éditions.

FASSIN Didier et RECHTMAN Richard, 2011, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion.

FASSIN Didier, 2024, *Une étrange défaite. Sur le consentement à l'écrasement de Gaza*, Paris, La Découverte.

FELICES-LUNA Maritza, 2007, « L'implication des femmes au sein des groupes armés contestataires : la déviance au service d'une entreprise citoyenne », *Champ pénal/Penal field*, Vol. IV, en ligne.

FERRET Nathan et GALLINARI SAFAR Pierre, 2024, « "Ce soir, c'est le stream de la dépression". Sociologie de l'appropriation du live-streaming comme ressource de santé mentale chez les jeunes », *Agora débats/jeunesses*, vol. 97, nº 2, p. 56-72.

FEYEUX Alice, 2021, « La fabrique psychiatrique (des troubles) du genre », *Sociétés contemporaines*, N° 121, nº 1, p. 111-138.

FISCHER David Hackett, 1970, *Historians' Fallacies. Toward a Logic of Historical Thought*, New York, Harper & Row, Publishers.

FLANDRIN Laure, 2021, *Le rire. Enquête sur la plus socialisée de toutes nos émotions*, Paris, La Découverte.

FLOERSCH Jerry, 2002, *Meds, Money, & Manners. The Case Management of Severe Mental Illness*, New York, Columbia University Press.

FORNER-ORDIONI Elsa, 2019, *« Whatever Works ». Sociologie des thérapies cognitives et comportementales*, Thèse de doctorat, EHESS, Paris.

FORRESTER John, , 1997, *Dispatches from the Freud Wars: Psychoanalysis and Its Passions*,

Cambridge, Mass, Harvard University Press.

FOUCAULT M., 1976, *Histoire de la sexualité Tome 1. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT Michel, 1976, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT Michel, 2001, « Le souci de la vérité » dans *Dits et Écrits. 1954-1988*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT Michel, 2007, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.

FOURNIER Pierre, 2006, « Le sexe et l'âge de l'ethnographe : éclairants pour l'enquêté, contraignants pour l'enquêteur », *ethnographiques.org*, nº 11, en ligne.

FRAISSE Geneviève, 2005, « Le devenir sujet et la permanence de l'objet », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 24, nº 1, p. 14-23.

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

FRICKER Miranda, *Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing*, 1st edition., Oxford, Oxford University Press, 2009, 208 p.

GARFINKEL Harold, 2007, *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF.

GARFINKEL Harold, 2020, « Chapitre 5. "Passer" ou l'accomplissement du statut sexuel chez une personne "intersexuée". Première partie » dans *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF, p. 203-295.

GARNOUSSI Nadia, 2007, *De nouvelles propositions de sens pratiques dans le domaine de l'existentiel. Étude sociologique de la « nébuleuse psycho-philo-spirituelle »*, Thèse de doctorat, École pratique des hautes études, Paris.

GARNOUSSI Nadia, 2011, « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psychospirituels dans la médecine mentale », *Sociologie*, Vol. 2, nº 3, p. 259-275.

GARNOUSSI Nadia, 2012, « Une maladie comme une autre ? Logiques de redéfinition de la dépression et du vécu dépressif », *Lien social et Politiques*, nº 67, p. 17-32.

GARNOUSSI Nadia, 2018, « À la recherche du bien-être, déplacements et perspectives » dans Isabelle Coutant et Simeng Wang (dir.), *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, CNRS Éditions., Paris, p. 227-245.

GARNOUSSI Nadia, 2020, « La rationalisation du travail psychothérapeutique des infirmier.es dans la psychiatrie publique. Enjeux idéologiques et professionnels », *SociologieS,* en ligne.

GARNOUSSI Nadia, CHAMPION Françoise et FORNER Elsa (dir.), 2024, *La santé mentale en mouvement. Entre nouvel ordre thérapeutique et dispersion des pratiques*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion.

GARREC Ivan et VUATTOUX Arthur, 2024, « Introduction. Interroger la crise de santé mentale des jeunes par le biais des ressources et de leur appropriation », *Agora débats/jeunesses*, vol. 2, nº 97, p. 46-55.

GARREC Ivan, 2017, *Le raisonnement psychiatrique au prisme de l'urgence. Tensions autour de la contrainte et de l'accès aux soins*, Mémoire de master 2 « Santé, Population, Politiques Sociales », sous la direction de Carine Vassy, École des Hautes Études en Sciences Sociales et Université Paris 13, Paris.

GARREC Ivan, 2018, *Urgences psychiatriques. Une routine de la contrainte pour annuler les « risques » ?*, https://confcap-capdroits.org/2018/06/03/recueil-confcap-situation-50-urgences-

psychiatriques-une-routine-de-la-contrainte-pour-annuler-les-risques/#more-781, consulté le 19 mai 2023.

GARREC Ivan, 2022, « Diagnostic misogyne ou émancipateur ? Les modes d'appropriation du « trouble de la personnalité borderline » », *Terrains/Théories*, nº 16, en ligne.

GARREC Ivan, 2022, « Méritant·e ou non méritant·e ? La sélection des patient·e·s aux urgences psychiatriques » dans Thomas Denise, Sophie Divay, Marie Dos Santos, Cécile Fournier, Lucile Girard et Aymeric Luneau (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Paris, Éditions de l'Irdes (coll. « Sociologie »), p. 329-337.

GARREC Ivan, PRIMERANO Adrien, DAMAMME Aurélie et VUATTOUX Arthur, 2023, « Éviter le "piège de la normalisation". Normes et logique d'individualisation dans les Groupes d'entraînement aux habiletés sociales pour jeunes autistes », *Sociographe*, vol. 84, nº 5, p. XXVII-XXXIX.

GAULEJAC Vincent de, 1992, *La névrose de classe*, Paris, Hommes et Groupes.

GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., 1964, « The Social Loss of Dying Patients », *The American Journal of Nursing*, vol. 64, nº 6, p. 119-121.

GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., 1965, *Awareness of Dying*, 1 st edition., Chicago, Aldine Publishing Co.

GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., 1968, *Time for dying*, Chicago, Aldine.

GOFFMAN Erving, « II. La carrière morale du malade mentale » dans *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, 1968, p. 177-225.

GOFFMAN Erving, 1968, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit.

GOFFMAN Erving, 1973, « La folie dans la place » dans *La mise en scène de la vie quotidienne 2. Les relations en public*, Paris, Éditions de Minuit.

GOFFMAN Erving, 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*, Paris, Les Éditions de Minuit.

GOFFMAN Erving, 1974, *Les rites d'interaction*, Paris, les Éditions de Minuit.

GOFFMAN Erving, 1975, *Stigmate*, Paris, les Éditions de Minuit.

GOFFMAN Erving, 1977, « La ritualisation de la féminité », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 14, nº 1, p. 34-50.

GOFFMAN Erving, 1991, *Les cadres de l'expérience*, Paris, les Éditions de Minuit.

GOFFMAN Erving, 2002, « La "distance au rôle" en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, nº 3, p. 80-87.

GOOD Byron J., 1977, « The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 1, nº 1, p. 25-58.

GOTTDIENER Mickael et DICKENS David R., 1994, « Semiotics and Postmodernism » dans *Postmodernism and Social Inquiry*, New York/London, Guilford Press, p. 155-181.

GRIGNON Claude et PASSERON Jean-Claude, 1989, *Le Savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Paris, Gallimard-Seuil.

GROS Julien, 2017, « Quantifier en ethnographe. Sur les enjeux d'une émancipation de la représentativité statistique », *Genèses*, vol. 108, nº 3, p. 129-147.

GUILLEMAIN Hervé, 2018, *Schizophrènes au XXème siècle. Des effets secondaires de l'histoire*, Paris, Alma Éditeur.

HACKING Ian, 1998, *L'âme réécrite. Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo.

HACKING Ian, 2002, *Les Fous voyageurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en Rond.

HACKING Ian, 2006, « Making Up People », *London Review of Books*, vol. 28, nº 16, en ligne.

HADFIELD R., MARDON H., BARLOW D. et KENNEDY S., 1996, « Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK », *Human Reproduction (Oxford, England)*, vol. 11, nº 4, p. 878-880.

HAMIDI Camille, 2006, « Éléments pour une approche interactionniste de la politisation. Engagement associatif et rapport au politique dans des associations locales issues de l'immigration », *Revue française de science politique*, vol. 56, nº 1, p. 5-25.

HARDING Sandra (dir.), 1987, *Feminism and Methodology: Social Science Issues*, Highlighting edition., Bloomington/Indianapolis, Indiana University Press.

HEIDEGGER Martin, 1968, *Ce qu'est et comment se détermine la Physis. Question II*, Gallimard., Paris.

HENCKES Nicolas, 2007, *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970*,École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.

HENCKES Nicolas, 2018, « Les deux désinstitutionnalisation. Psychiatrie, sciences sociales et modernisation après la Seconde Guerre mondiale » dans Isabelle Coutant et Simeng Wang (dir.), *Santé mentale et souffrance psychique : Un objet pour les sciences sociales*, CNRS Editions, Paris, p. 143-160.

HERITIER Françoise, 1995, *Masculin/féminin. La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob.

HERMAN Judith L., 1992, *Trauma and recovery*, New York, Basic Books/Hachette Book Group.

HERZLICH Claudine et PIERRET Janine, 2010, « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, vol. 51, nº 1, p. 121-148.

HERZLICH Claudine, 1969, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale.*, Paris, École Pratique des Hautes Études et Mouton.

HERZLICH Claudine, 1973, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, nº 1, p. 41-59.

HIRSHBEIN Laura D., 2014, *American melancholy. Constructions of depression in the twentieth century*, New Brunswick, London, Rutgers University Press.

HOCHSCHILD Arlie Russell, 2003, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, n° 9, nº 1, p. 19-49.

HOCHSCHILD Arlie Russell, 2017, *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte.

HOIBIAN Sandra, 2024, *Moins d'un Français sur dix part aux vacances d'hiver*, Paris, Crédoc.

HOLLIN Gregory, 2014, « Constructing a social subject: Autism and human sociality in the 1980s », *History of the Human Sciences*, vol. 27, nº 4, p. 98-115.

HUGHES Everett C., , 1996, *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS.

HUGHES Everett C., 1956, « Social Role and the Division of Labor », *The Midwest Sociologist*, vol. 18, nº 2, p. 3-7.

HUGREE Cédric, PENISSAT Etienne et SPIRE Alexis, 2017, *Les classes sociales en Europe. Tableau des nouvelles inégalités sur le vieux continent*, Marseille, Agone.

ILLOUZ Eva, , 2008, *Saving the Modern Soul. Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*, Berkeley, University of California Press.

JENKINS Janis H. et CSORDAS Thomas J., 2020, *Troubled in the Land of Enchantment: Adolescent Experience of Psychiatric Treatment*, Oakland, California, University of California Press.

JOLY Marc et ROQUEBERT Corentin, 2021, « De la « mère au narcissisme pervers » au « conjoint pervers narcissique » », *Zilsel*, N° 8, nº 1, p. 254-283.

JOLY Marc, 2022, *La sociologie réflexive de Pierre Bourdieu*, Paris, CNRS Éditions.

JOLY Marc, 2024, *Sociologie de la perversion narcissique. Sociogenèse, usages sociaux, pratiques de catégorisation et luttes de classement (suivi d'une sélection de travaux)*, Dossier d'habilitation à diriger des recherches en sociologie, Université Paris Saclay, Paris.

JOSEPH Isaac, 1996, « La relation de service et la gestion des urgences psychiatriques », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, vol. 73, nº 1, p. 108-118.

JUTEL Annemarie et NETTLETON Sarah, 2011, « Towards a sociology of diagnosis: reflections and opportunities », *Social Science & Medicine*, vol. 73, nº 6, p. 793-800.

JUTEL Annemarie et RUSSELL Ginny, 2021, « Past, present and imaginary: Pathography in all its forms », *Health*, p. 1-17.

JUTEL Annemarie, 2009, « Sociology of diagnosis: a preliminary review », *Sociology of Health & Illness*, vol. 31, nº 2, p. 278-299.

JUVEN Pierre-André, 2018, « "Des trucs qui rapportent". Enquête ethnographique autour des processus de *capitalisation* à l'hôpital public », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, nº 16, en ligne.

KELLER Heidi, 2013, « Attachment and Culture », *Journal of Cross-Cultural Psychology*, vol. 44, nº 2, p. 175-194.

KELLER Heidi, 2018, « Universality claim of attachment theory: Children's socioemotional development across cultures », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 115, nº 45, p. 11414-11419.

KELLER Heidi, 2021, *The Myth of Attachment Theory. A Critical Understanding for Multicultural Societies*, 1st edition., New York, Routledge.

KESSLER Suzanne J, 1990, « The Medical Construction of Gender. Case Management of Intersexed Infants », *Signs*, vol. 16, nº 1, p. 3-26.

KILMINSTER Richard, 2021, « Narcissisme ou informalisation ? », *Zilsel*, N° 8, nº 1, p. 186-203.

KIRK Stuart et KUTCHINS Herb, 1998, *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Le Plessis-Robinson, Empêcheurs de penser rond.

KLEINMAN Arthur, 1989, *The Illness Narratives. Suffering, Healing, And The Human Condition*, New York, Basic Books.

KYRATSOUS Michalis et SANATI Abdi, 2017, « Epistemic injustice and responsibility in

borderline personality disorder », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 23, nº 5, p. 974-980.

LACHENAL Guillaume, LEFEVE Céline et NGUYEN Vinh-Kim, 2014, *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, Paris, PUF.

LAHIRE Bernard, 2002, *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Paris, Armand Colin.

LAHIRE Bernard, 2004, *La culture des individus : dissonances culturelles et distinction de soi*, Paris, La Découverte.

LAHIRE Bernard, 2005, « Sociologie, psychologie et sociologie psychologique », *Hermes, La Revue*, n° 41, nº 1, p. 151-157.

LAHIRE Bernard, 2009, « Entre sociologie de la consommation culturelle et sociologie de la réception culturelle », *Idées économiques et sociales*, N° 155, nº 1, p. 6-11.

LAHIRE Bernard, 2012, *Monde pluriel. Penser l'unité des sciences sociales*, Paris, Le Seuil.

LAHIRE Bernard, 2013, *Dans les plis singuliers du social. Individus, institutions, socialisations*, Paris, La Découverte.

LAHIRE Bernard, 2018, *L'interprétation sociologique des rêves*, Paris, La Découverte.

LAHIRE Bernard, 2019, « Introduction de la deuxième partie. Classer, écrire » dans Bernard Lahire (dir.), *Enfances de classe*, Seuil, Paris, p. 91-94.

LAHIRE Bernard, 2021, *La part rêvée. L'interprétation sociologique des rêves, volume 2*, Paris, La Découverte.

LAHIRE Bernard, THIN Daniel et VINCENT Guy, 1994, « Sur l'histoire et la théorie de la forme scolaire » dans Guy Vincent (dir.), *L'Éducation prisonnière de la forme scolaire ? Scolarisation et socialisation dans les sociétés industrielles*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, p. 11-48.

LANTERI-LAURA G, 2004, « Principales théories dans la psychiatrie contemporaine », *EMC-Psychiatrie*, vol. 1, nº 2, p. 128-149.

LAQUEUR Thomas, 2013, *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, traduit par Michel Gautier, Paris, Folio Essais.

LARREGUE Julien, 2018, « "C'est génétique" : ce que les twin studies font dire aux sciences sociales », *Sociologie*, vol. 9, nº 3, p. 285-304.

LASCH Christopher, 2018, *La culture du narcissisme : la vie américaine à un âge de déclin des espérances*, Paris, Flammarion.

LE BRAS Anatole, 2023, « Troubles dans la masculinité. Les hommes à l'asile d'aliénés en France dans la seconde moitié du XIXe siècle », *Histoire, médecine et santé*, nº 23, p. 55-69.

LE GROS Ludivine, 2024, *Bifurquer sans trop changer. Les reconversions professionnelles volontaires parmi les élites managériales au prisme de la socialisation,* Thèse de doctorat, Hesam université – CNAM, Paris.

LE MOIGNE Philippe, 2000, « Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours aux médicaments psychotropes », *Revue suisse de sociologie*, vol. 26, nº 1, p. 71-109.

LE MOIGNE Philippe, 2018, « Une médecine de l'intégration ? La consommation des médicaments psychotropes » dans Isabelle Coutant et Simeng Wang (dir.), *Santé mentale & souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, CNRS Éditions., Paris, p. 361-376.

LEGRAND Julia, 2020, *L'incertitude psychiatrique. Une sociologie de la prescription de psychotropes en psychiatrie publique*, Thèse de doctorat, Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis.

LEGRAND Julia, 2023, « Le genre de l'hystérie. Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique », *Sociétés contemporaines*, vol. 130, nº 2, p. 5-38.

LEMERLE Sébastien, 2006, « Le biologisme comme griffe éditoriale », *Sociétés contemporaines*, vol° 64, nº 4, p. 21-40.

LEMERLE Sébastien, 2021, *Le cerveau reptilien : sur la popularité d'une erreur scientifique*, Paris, CNRS éditions.

LEVY-GUILLAIN Rébecca, SPONTON Alix et WICKY Lucie, 2022, « L'intime au bout du fil. Enjeux méthodologiques de l'entretien biographique à distance », *Revue française de sociologie*, vol. 63, nº 2, p. 311-332.

LEZE Samuel, 2010, *L'autorité des psychanalystes*, Paris, PUF.

LEZE Samuel, 2013, « L'attribution des identités morales. Perspective anthropologique sur les catégorisations de la personne », *Psychiatrie Française*, vol. 43, nº 4, p. 95-100.

LIGNIER Wilfried, 2010, *Une noblesse psychologique. Enquête sur les appropriations sociales du diagnostic de « précocité intellectuelle » en France*, Thèse de doctorat, Université Paris 7 Diderot, Paris.

LIGNIER Wilfried, 2012, *La petite noblesse de l'intelligence. Une sociologie des enfants surdoués*, Paris, La Découverte.

LIGNIER Wilfried, 2019, *Prendre. Naissance d'une pratique sociale élémentaire*, Paris, Seuil.

LIGNIER Wilfried, 2021, « Les neurosciences non sociales ? À propos du traitement de la socialité dans l'étude expérimentale du cerveau », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 240, nº 5, p. 78-93.

LIGNIER Wilfried, 2023, *La société est en nous. Comment le monde social engendre des individus*, Paris, Seuil.

LINCOLN Alisa, 2006, « Psychiatric emergency room decision-making, social control and the 'undeserving sick' », *Sociology of Health & Illness*, vol. 28, nº 1, p. 54-75.

LINDER Audrey, 2022, « De la contestation à la collaboration : tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale », *Sociologie*, vol. 13, nº 1, p. 43-61.

LÖWY Ilana, 2006, *L'emprise du genre : masculinité, féminité, inégalité*, Paris, La Dispute.

MAIGNAN Alex, en cours, *De l'hypersensibilité comme bien symbolique*, Thèse de doctorat, Université Paris Nanterre, Nanterre.

MANNING Philip, 2000, « Credibility, Agency, and the Interaction Order », *Symbolic Interaction*, vol. 23, nº 3, p. 283-297.

MARQUIS Nicolas, 2014, *Du bien-être au marché du malaise. La société du développement personnel*, Paris, PUF.

MARQUIS Nicolas, 2022, « Making People Autonomous: A Sociological Analysis of the Uses of Contracts and Projects in the Psychiatric Care Institutions », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 46, nº 2, p. 248-276.

MARTIN Emily, 2013, *Voyage en Terres Bipolaires : Manie et Depression dans la Culture*

Americaine, Paris, Éditions Rue d'Ulm.

MARX Karl et ENGELS Friedrich, 1966, *L'idéologie Allemande, première partie, Feuerbach*, Paris, Éditions sociales.

MASSE Raymond, 1999, « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », *Recherche sémiotique/Sémiotic Inquiry*, vol. 19, nº 1, p. 39-62.

MATHIEU Lilian, 2010, « Les ressorts sociaux de l'indignation militante. L'engagement au sein d'un collectif départemental du Réseau éducation sans frontière », *Sociologie*, vol. 1, nº 3, p. 303-318.

MATSUDA Mari J., 1991, « Beside My Sister, Facing the Enemy: Legal Theory out of Coalition », *Stanford Law Review*, vol. 43, nº 6, p. 1183-1192.

MAURER Sophie, 2000, *École, famille et politique. Socialisations politiques et apprentissages de la citoyenneté – Bilan des recherches en Sciences Politiques*, Paris, Caisse Nationale Allocations Familiales.

MAZUREL Hervé, 2021, *L'inconscient ou l'oubli de l'histoire*, Paris, La Découverte.

MCDONNELL Terence E., BAIL Christopher A. et TAVORY Iddo, 2017, « A Theory of Resonance », *Sociological Theory*, vol. 35, nº 1, p. 1-14.

MCGANN PJ, 2011, « Troubling Diagnoses » dans PJ McGann et David J. Hutson (dir.), *Sociology of Diagnosis*, Melbourne, Emerald Group Publishing Limited, vol.12, p. 331-362.

METZL Jonathan M., 2020, *Étouffer la révolte. La psychiatrie contre les civil rights, une histoire du contrôle social*, Paris, Éditions Autrement.

MILLEPIED Anne-Charlotte, 2024, *Aux prises avec l'endométriose. Parcours de vie et travail médical à l'épreuve d'une maladie chronique*, Thèse de doctorat, EHESS/Université de Genève – Suisse.

MILON Catherine, 2022, « Ce(lles) que la visioconférence rend visible(s) », *Socio-anthropologie*, nº 45, p. 179-195.

NIGET David, 2011, « De l'hystérie à la révolte. L'observation médico-pédagogique des jeunes délinquantes en Belgique (1912-1965) », *Champ pénal/Penal field*, Vol. VIII, en ligne.

NOIRIEL Gérard, 2006, *Introduction à la socio-histoire*, Paris, La Découverte.

OAKLEY Ann, 1981, *Subject Women*, Oxford, Blackwell Publishers.

PACHE Stéphanie, , 2018 « Critique et pratique : l'"emprise du genre" sur la santé mentale » dans *Souffrance psychique et santé mentale. Un objet pour les sciences sociales*, CNRS Éditions, Paris.

PACHE Stéphanie, 2023, « Revendications féministes en santé mentale : histoire et impact », *Rhizome*, vol. 85, nº 2, p. 3-4.

PAGIS Julie, 2010, « La politisation d'engagements religieux. Retour sur une matrice de l'engagement en mai 68 », *Revue francaise de science politique*, vol. 60, nº 1, p. 61-89.

PAILLET Anne, 2021, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins : Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 236-237, nº 1, p. 20-39.

PALTRINIERI Luca et NICOLI Massimiliano, 2017, « Du management de soi à l'investissement sur soi. », *Terrains/Théories*, nº 6, en ligne.

PARENT Colette, 1986, « La protection chevaleresque ou les représentations masculines du

traitement des femmes dans la justice pénale », *Déviance et société*, vol. 10, nº 2, p. 147-175.

PASSERON Jean-Claude, 1990, « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie*, vol. 31, nº 1, p. 3-22.

PATOUILLARD Victoire, 2005, « L'invention de l'adolescence. Entretien avec Agnès Thiercé », *Vacarme*, vol. 33, nº 4, p. 39-42.

PERRIER Gwenaëlle, 2021, « Réflexions et propositions concrètes pour une écriture non sexiste dans les revues académiques », *Cahiers du Genre*, vol. 70, nº 1, p. 215-224.

PICKERSGILL Martyn, 2012, « Standardising antisocial personality disorder: the social shaping of a psychiatric technology », *Sociology of Health & Illness*, vol. 34, nº 4, p. 544-559.

PITERBRAUT-MERX Tal, 2020, « Enfance et vulnérabilité. Ce que la politisation de l'enfance fait au concept de vulnérabilité », *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, nº 57, en ligne.

PLAS Régine, 2000, *Naissance d'une science humaine, la psychologie. Les psychologues et le « merveilleux psychique »*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

POIREL Marie-Laurence, 2006, « Voix alternatives et féministes dans le champ de la santé mentale au Québec. Un survol des expériences croisées des Ressources alternatives en santé mentale et des Centres de femmes », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25, nº 2, p. 66-81.

PRIEUR Annick, JENSEN Sune Qvotrup, LAURSEN Julie et PEDERSEN Oline, 2016, « 'Social Skills' : Following a Travelling Concept from American Academic Discourse to Contemporary Danish Welfare Institutions », *Minerva*, vol. 54, nº 4, p. 423-443.

PRIMERANO Adrien, 2022, « L'émergence des concepts de "capacitisme" et de "validisme" dans l'espace francophone. Entre monde universitaire et monde militant », *Alter. European Journal of Disability Research*, nº 16-2, p. 43-58.

PURENNE Anaik et PAYET Jean-Paul (dir.), 2016, *Tous égaux ! Les institutions à l'ère de la symétrie*, Paris, Editions L'Harmattan.

QUERE Lucile, 2023, *Un corps à nous. Luttes féministes pour la réappropriation du corps*, Paris, Presses de Sciences Po.

REIMER Jennifer L., 2009, *Elle doit être folle : le discours psychiatrique, les « troubles de la personnalité » et la régulation sociale des femmes subversives*, https://web.archive.org/web/20221221234650/https://data.over-blog-kiwi.com/1/85/65/14/20180315/ob_e98684_elle-doit-etre-folle-pleine-page.pdf.

RENAHY Nicolas et SORIGNET Pierre-Emmanuel, 2020, « Introduction. Pour une sociologie du mépris de classe. L'économie des affects au cœur de la domination », *Sociétés contemporaines*, vol. 119, nº 3, p. 5-32.

RENNES Juliette, 2019, « Âge biologique versus âge social : une distinction problématique », *Genèses*, vol. 117, nº 4, p. 109-128.

RENNES Juliette, DUVAL-VALACHS Nicolas, ESCLAFIT Marie, REVENIN Régis et BATAILLER Claire, 2023, « Éditorial. Interroger la domination adulte », *Mouvements*, vol. 115, nº 3, p. 7-11.

RHODES Lorna A., 1991, *Emptying beds : the work of an emergency psychiatric unit*, Berkeley, University of California Press.

RIMKE Heidi, 2020, « Self-help, therapeutic industries, and neoliberalism » dans Daniel Nehring, Ole Jacob Madsen, Edgar Cabanas, China Mills et Dylan Kerrigan (dir.), *The Routledge International Handbook of Global Therapeutic Cultures*, Londres, Routledge.

ROITMAN Janet, 2013, *Anti-Crisis*, Durham, Duke University Press.

ROSCH Eleanor, 2002, « Principles of categorization » dans Daniel J. Levitin (dir.), *Foundations of cognitive psychology : Core readings*, Cambridge, MIT Press, p. 251-270.

ROSE Nikolas, 2008, « Psychology as a Social Science », *Subjectivity*, vol. 25, nº 1, p. 446-462.

ROTH Julius A., 1972, « Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: the case of the hospital emergency service », *American Journal of Sociology*, vol. 77, nº 5, p. 839-856.

ROUDAUT Karine et DERBEZ Benjamin, 2022, « Proximité et distance dans l'entretien sur l'intime en période de crise sanitaire », *Genèses*, vol. 126, nº 1, p. 125-139.

SAGAN Olivia, 2020, « The lonely legacy: loss and testimonial injustice in the narratives of people diagnosed with personality disorder », *Mental Health and Social Inclusion*, vol. 24, nº 4, p. 241-255.

SALMAN Scarlett, 2021, *Aux bons soins du capitalisme. Le coaching en entreprise*, Paris, Presses de Sciences Po.

SCHEFF Thomas J., 1967, *Being mentally ill*, Chicago, Aldine.

SCHWARTZ Olivier, 2011, « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme ? » dans *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Armand Colin.

SCODELLARO Claire, PAN KE SHON Jean-Louis et LEGLEYE Stéphane, 2017, « Troubles dans les rapports sociaux : le cas de l'anorexie et de la boulimie », *Revue française de sociologie*, vol. 58, nº 1, p. 7-40.

SCOTT James Campbell, 2009, *La domination et les arts de la résistance. Fragments du discours subalterne*, Paris, Éditions Amsterdam.

SCOTT Joan, 1988, « Genre : Une catégorie utile d'analyse historique », *Les cahiers du GRIF*, vol. 37, nº 1, p. 125-153.

SEDGWICK Peter, 2005, *Psycho Politics*, London, Parlux.

SENNETT Richard, 1979, *Les tyrannies de l'intimité*, Paris, Éditions du Seuil.

SHOWALTER Elaine, 1987, *The Female Malady. Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, London, Virago.

SICOT François (dir.), 2019, *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*, Paris, Éditions L'Harmattan.

SICOT François, 2009, « Urgences pédopsychiatriques : resituer les crises dans le contexte organisationnel de leur survenue », *Empan*, vol. 75, nº 3, p. 53-60.

SICOT François, 2020, « Chapitre III. Sociologie des maladies mentales » dans Marcel Drulhe (dir.), *La santé à cœur ouvert : Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses universitaires du Midi, p. 65-90.

SIMEANT Johanna, 2002, « Friches, hybrides, et contrebandes : sur la circulation et la puissance militantes des discours savants » dans Philippe Hamman, Jean-Mathieu Méon et Benoît Verrier (dir.), *Discours savants, discours militants*, Paris, l'Harmattan, p. 17-53.

SIMON Emmanuelle, ARBORIO Sophie, HALLOY Arnaud et HEJOAKA Fabienne (dir.), 2020, *Les savoirs expérientiels en santé. Fondements épistémologiques et enjeux identitaires*, Nancy, PUN – Éditions universitaires de Lorraine.

SIMONETTI Ilaria, 2021, « Violence (et genre) » dans *Encyclopédie critique du genre*, Paris, La

Découverte, p. 830-840.

STAR Susan Leigh et GRIESEMER James R., 1989, « Institutional Ecology, "Translations" and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39 », *Social Studies of Science*, vol. 19, nº 3, p. 387-420.

STETS Jan E. et TURNER Jonathan H. (dir.), 2006, *Handbook of the sociology of emotions*, New York, NY, Springer.

STETS Jan E. et TURNER Jonathan H., 2014, *Handbook of the Sociology of Emotions: Volume II*, s.l., Springer.

STRAUSS Anselm L., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, l'Harmattan.

SUDNOW David, 1967, *Passing on : The Social Organization of Dying*, First Edition., Upper Saddle River, Prentice Hall.

SULZER Sandra H., 2015, « Does "difficult patient" status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder », *Social science & medicine*, vol. 142, p. 82-89.

SULZER Sandra H., JACKSON Gracie et YANG Ashelee, 2016, « Borderline Personality Disorder and the Biomedical Mismatch » dans Brea L. Perry (dir.), *50 Years After Deinstitutionalization : Mental Illness in Contemporary Communities. Advances in Medical Sociology Volume 17*, vol.17, p. 263-290.

SWAIN Gladys et GAUCHET Marcel, 1994, *Dialogue avec l'insensé. Essais d'histoire de la psychiatrie. Précédé de À la recherche d'une autre histoire de la folie*, Paris, Gallimard.

TERTRAIS-FLAMMAND Léo, en cours, *Neurosciences du psychopathe. De la personnalité psychopathique au cerveau psychopathe, sociologie des usages scientifiques d'une catégorie psychiatrique et de sa circulation entre l'Amérique du Nord et la France*, Thèse de doctorat, Université Paris Nanterre, Paris.

THOITS Peggy A., 1985, « Self-Labeling Processes in Mental Illness: The Role of Emotional Deviance », *American Journal of Sociology*, vol. 91, nº 2, p. 221-249.

TOCQUEVILLE Alexis de, 2010, *De la démocratie en Amérique*, Paris, Flammarion.

TROISOEUFS Aurélien, 2020, « Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé ? », *Rhizome*, vol. 7576, nº 1, p. 27-36.

TUANA Nancy, 2004, « Coming to Understand: Orgasm and the Epistemology of Ignorance », *Hypatia*, vol. 19, nº 1, p. 194-232.

TUANA Nancy, 2006, « The Speculum of Ignorance: The Women's Health Movement and Epistemologies of Ignorance », *Hypatia*, vol. 21, nº 3, p. 1-19.

TUANA Nancy, 2007, *Race and Epistemologies of Ignorance*, Albany, State University of New York Press.

TURKLE Sherry, 1982, *La France freudienne*, Paris, Grasset.

USSHER Jane M., 1992, *Women's Madness. Misogyny or Mental Illness?*, Amherst, University of Massachusetts Press.

VASSY Carine, 2001, « Categorisation and micro-rationing: access to care in a French emergency department », *Sociology of Health and Illness*, vol. 23, nº 5, p. 615-632.

VEGA Anne, 1997, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des

représentations professionnelles », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 15, nº 3, p. 103-132.

VELPRY Livia, 2008, « The patient's view: issues of theory and practice », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 32, nº 2, p. 238-258.

VELPRY Livia, 2016, « "Moderniser" l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles », *Sociétés contemporaines*, vol. 103, nº 3, p. 65-90.

VELPRY Livia, VIDAL-NAQUET Pierre A. et EYRAUD Benoît (dir.), 2018, *Contrainte et consentement en santé mentale : Forcer, influencer, coopérer*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

VERNAY Olivia, 2024, « La résistance à la contrainte psychiatrique comme ressource. Analyse des stratégies de jeunes filles hospitalisées », *Agora débats/jeunesses*, vol. 97, nº 2, p. 88-103.

VICEDO Marga, 2013, *The Nature and Nurture of Love. From Imprinting to Attachment in Cold War America*, Chicag-London, University of Chicago Press.

VUATTOUX A., 2016, *Genre et rapports de pouvoir dans l'institution judiciaire. Enquête sur le traitement institutionnel des déviances adolescentes par la justice pénale et civile dans la France contemporaine*, Thèse de doctorat, Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité, Ecole doctorale Erasme.

VUATTOUX Arthur, 2019, « Le traitement sanitaire de l'adolescence confrontée à la justice : une approche intersectionnelle », *Sciences sociales et santé*, vol. 37, nº 2, p. 5-29.

WEBER Max, *La domination*, traduit par Isabelle Kalinowski, Paris, La Découverte, 2013, 426 p.

WHOOLEY Owen, 2019, *On the Heels of Ignorance. Psychiatry and the Politics of Not Knowing*, First édition., Chicago, University of Chicago Press.

WILLIAMS Simon J., COVENEY Catherine et GABE Jonathan, 2017, « The concept of medicalisation reassessed: a response to Joan Busfield », *Sociology of Health & Illness*, vol. 39, nº 5, p. 775-780.

WITTORSKI Richard et SOREL Maryvonne, 2005, *La professionnalisation en actes et en questions*, Paris, Editions L'Harmattan.

WOUTERS Cas et DUNNING Michael (dir.), 2019, *Civilisation and Informalisation : Connecting Long-Term Social and Psychic Processes*, London, Palgrave Macmillan.

WOUTERS Cas, 2007, *Informalization. Manners and Emotions Since 1890*, Newbury Park, SAGE.

ZEIDAN Jinan, FOMBONNE Eric, SCORAH Julie, IBRAHIM Alaa, DURKIN Maureen S., SAXENA Shekhar, YUSUF Afiqah, SHIH Andy et ELSABBAGH Mayada, 2022, « Global prevalence of autism: A systematic review update », *Autism Research : Official Journal of the International Society for Autism Research*, vol. 15, nº 5, p. 778-790.

Textes traités comme sources

« Argument », 2006, *Revue francaise de psychanalyse*, Vol. 70, nº 2, p. 325-330.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, , 2015, *DSM-5® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

ANDRE Jacques, 1999, *Les états limites. Nouveau paradigme pour la psychanalyse ?*, Paris, PUF.

ANZIEU Didier, 1985, *Le moi-peau*, Paris, Dunod.

BATEMAN Anthony W. et FONAGY Peter, 2004, « Mentalization-Based Treatment of BPD », *Journal of Personality Disorders*, vol. 18, nº 1, p. 36-51.

BERGERET Jean, 1980, *La Dépression et les états-limites. Points de vue théorique, clinique et thérapeutique*, Paris, Payot, 354 p.

BERGERET Jean, 1986, *Narcissisme et états-limites*, Paris, Dunod.

BLEULER Eugen Paul et BRILL A. A., 2013, *Textbook of Psychiatry*, Literary Licensing.

BOLLAS Christopher, 2019, *Sens et mélancolie. Vivre au temps du désarroi*, Ithaque., Paris.

BONSACK Charles, REXHAJ Shyhrete et FAVROD Jérôme, 2015, « Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 173, nº 1, p. 79-84.

BOWLBY John, 1988, *A Secure Base. Clinical Applications of Attachment Theory*, Londres, Psychology Press.

CABRE Luis J. Martín et MICHAUD Henriette, 2012, « La contribution de Ferenczi au concept de contre-transfert », *Revue francaise de psychosomatique*, n° 42, nº 2, p. 73-88.

CAREY Benedict, 2011, « Expert on Mental Illness Reveals Her Own Fight », *The New York Times*.

CHASSAING Jean-Louis, 2011, « Faut-il en faire cas ? Présentation d'un texte historique des « états-limites » », *La revue lacanienne*, n° 10, nº 2, p. 95-98.

COLOMBANI Christian, 1979, « Les traitements de choc du Dr. Skinner », *Le Monde.fr*.

CORCOS Maurice, PHAM-SCOTTEZ Alexandra et SPERANZA Mario (dir.), 2013, *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*, Paris, Dunod.

COTTRAUX Jean, 2016, « TCC, la nouvelle génération » *in* Jean-François Marmion (dir.), *Troubles mentaux et psychothérapies*, Auxerre, Éditions Sciences Humaines.

DE GENNA Natacha M. et FESKE Ulrike, 2013, « Phenomenology of borderline personality disorder: the role of race and socioeconomic status », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 201, nº 12, p. 1027-1034.

DEBRAY Quentin et NOLLET Daniel, 2011, *Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

DENIS Paul, 2006, « Incontournable contre-transfert », *Revue francaise de psychanalyse*, Vol. 70, nº 2, p. 331-350.

DESSEILLES Martin, GROSJEAN Bernadette et PERROUD Nader, 2014, *Manuel du borderline*, Paris, Eyrolles.

FREUD Sigmund, 1979, *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Payot.

FREUD Sigmund, 1993, « "De la psychanalyse" (1909) » dans *Œuvres complètes vol.X. Psychanalyse*, Paris, PUF.

FREUD Sigmund, 2012, *Pour introduire le narcissisme*, Paris, Payot.

GRANGER Bernard et KARAKLIC Daria, 2014, *Les borderlines*, Paris, Odile Jacob poche.

GREEN André, 2003, *La folie privée. Psychanalyse des cas-limites*, Paris, Gallimard.

GRINKER Roy R., WERBLE Beatrice et DRYE Robert C., 1968, *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-Functions*, New-York, Basic Books.

GUEDJ-BOURDIAU Marie-Jeanne (dir.), 2008, *Urgences psychiatriques*, Paris, Elsevier Masson.

GUELFI Julien-Daniel, CAILHOL L., ROBIN M. et LAMAS C., 2011, « États limites et personnalité borderline », *EMC – Psychiatrie*, vol. 8, nº 1, p. 1-14.

GUNDERSON John G. et SINGER M. T., 1975, « Defining borderline patients : an overview », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 132, nº 1, p. 1-10.

GUNDERSON John G., 2009, « Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 166, nº 5, p. 530-539.

HIRIGOYEN Marie-France, 2016, *Le harcèlement moral : La violence perverse au quotidien*, Paris, La Découverte.

HUGHES Charles Hamilton, 1884, « Borderland Psychiatric Records. Prodromal Symptoms of Psychical Impairment », *Alienist and Neurologist*, vol. 5, nº 1.

HUGHES Charles Hamilton, 2011, « Morceau choisi. « Rapports psychiatriques de cas limites. Symptômes prodromiques de détérioration psychique » », *La revue lacanienne*, traduit par Jean-Claude Ruiz, n° 10, nº 2, p. 99-103.

INSERM, 2004, *Psychothérapie : Trois approches évaluées*, Paris, Les éditions Inserm.

INSERM, 2005, *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Les éditions Inserm.

INSERM, 2012, *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances*, Paris, Les éditions Inserm.

JANET Pierre, 1929, *L'évolution psychologique de la personnalité*, Paris, Édition Chahine.

KAPSAMBELIS Vassilis et KAMIENIAK Isabelle, 2011, « Argument : la cure des états limite », *Revue francaise de psychanalyse*, Vol. 75, nº 2, p. 325-330.

KERNBERG Otto F., 1967, « Borderline personality organization », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 15, nº 3, p. 641-685.

KERNBERG Otto F., 1975, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Lanham, Jason Aronson, inc.

KERNBERG Otto F., 1989, *Les Troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat.

KNIGHT R. P., 1953, « Borderline states », *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 17, nº 1, p. 1-12.

KOZLOWITZ S, COLE P et KORNREICH C, 2021, « La théorie polyvagale : présentation et limitations actuelles », *Revue Medicale de Bruxelles*, vol. 42, nº 1, p. 35-40.

LACAN Jacques, *Séminaire 10 : L'ANGOISSE*, en ligne : http://staferla.free.fr/S10/S10.htm (consulté le 10 septembre 2024).

LAËNNEC René, 1812, « Anatomie pathologique » dans *Dictionnaire des sciences médicales. Tome II*, Paris, Crapart.

LAPLANCHE Jean et PONTALIS Jean-Bertrand, 1967, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.

LAVOIE Johanne, 2017, *Borderline… mais pas folle ! Guide pour vivre heureux au quotidien*, Performance éditions.

LEVINE Howard B., 2019, *Transformations de l'irreprésentable. Théories contemporaines de la cure*, Paris, Ithaque.

LINEHAN Marsha M., 1993, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, Guilford Press, 558 p.

LINEHAN Marsha M., 2014, *DBT Skills Training Manual*, Second Edition., New York London, The Guilford Press.

LINEHAN Marsha M., 2020, *Building a Life Worth Living: A Memoir*, New York, Random House, version électronique.

LITTLE Margaret, 1951, « Counter-transference and the patient's response to it », *The International Journal of Psychoanalysis*, vol. 32, p. 32-40.

LITTLE Margaret, 1957, « » R » – the Analyst's Total Response to his Patient's Needs », *The International Journal of Psychoanalysis*, vol. 38, p. 240-254.

MARIE-JEANNE Guedj et FRANÇOIS Caroli, 1997, « Accueil et soins différentiels pour adolescents : urgence et hospitalisation aiguë », *Psychiatrie de l'enfant*, , vol. 40, nº 1, p. 239-272.

MEHRAN Firouzeh et GUELFI Julien-Daniel., 2004, « Les stratégies cognitivo-comportementales pour les comportements suicidaires et parasuicidaires chez la personnalité « borderline » », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, vol. 14, nº 2, p. 71-76.

MEHRAN Firouzeh, 2010, *Psychologie positive et personnalité : activation des ressources*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson.

MEHRAN Firouzeh, 2011, *Traitement du trouble de la personnalité borderline : thérapie cognitive émotionnelle*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

MEHRAN Firouzeh, 2019, *La Thérapie des Schémas et des Émotions pour les Couples : Comprendre et piloter les relations des couples en détresse*, Independently published.

MERCUEL Alain, 2012, « Chapitre 4. La souffrance réactionnelle » dans *Souffrance psychique des sans-abri*, Paris, Odile Jacob, p. 51-80.

MEYER Catherine, BORCH-JACOBSEN Mikkel, COTTRAUX Jean et PLEUX Didier, 2005, *Le livre noir de la psychanalyse : vivre, penser et aller mieux sans Freud*, Paris, Éditions des Arènes.

N° 28 Autrement, 1980, *La carotte et le bâton. Pour notre « mieux-être », les psy redécouvrent les vertus et recettes du dressage.*, Paris, Autrement.

NANTAS Pierre et MENU Patrick, 2019, *Le système borderline. Histoires de familles*, Paris, l'Harmattan.

NATHAN Tobie (dir.), 2006, *La guerre des psys. Manifeste pour une psychothérapie démocratique*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, le Seuil.

NAZARE-AGA Isabelle, 2013, *Les manipulateurs sont parmi nous*, Alexandre Stanké.

OLDHAM John M., 2006, « Borderline personality disorder and suicidality », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 163, nº 1, p. 20-26.

PARIS Joel, 2003, « Personality disorders over time: precursors, course and outcome », *Journal of Personality Disorders*, vol. 17, nº 6, p. 479-488.

PHILIPPOT Pierre, DOUILLIEZ Céline, BAEYENS Céline, FRANCART Benjamin et NEF François, 2002, « Le Travail des Émotions en Thérapie Comportementale et Cognitive Vers une Psychothérapie Expérientielle », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 29, nº 2, p. 87-122.

PICHOT Pierre, 1964, « Les personnalités pathologiques », *Bulletin de psychologie*, vol. 18, nº 237, p. 514-540.

PIEL Dr Eric et ROELANDT Dr Jean-Luc, 2001, *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

RIBOT Théodule, 1885, *Les maladies de la personnalité*, Paris, Félix Alcan.

ROBIN Marion et RECHTMAN Richard, 2014, « Un changement de paradigme au sein du DSM ? Le cas de la personnalité borderline à l'adolescence », *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 79, nº 1, p. 95-108.

ROUDINESCO Élisabeth et PLON Michel, 2006, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard.

SEARLES H. F., 1973, « Concerning Therapeutic Symbiosis », *Ann. Psychoanal.*, vol. 1, p. 247-262.

SEARLES Harold Frederic, 1994, *Mon expérience des états-limites*, Paris, Gallimard, 253 p.

SEIDEN Douglas Y., 1994, « Behavior and cognitive therapies in France: An oral history », *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. 25, nº 2, p. 105-112.

SERVAN-SCHREIBER David, 2011, *Guérir le stress, l'anxiété, la dépression sans médicaments, ni psychanalyse*, Paris, Pocket.

SLOVAK Sophie, , 2020, *Le trouble de personnalité borderline : état de l'art et perspectives*, Thèse de médecine, Université de Lille. Faculté de médecine Henri Warembourg, Lille.

SPITZER R. L., ENDICOTT J. et GIBBON M., 1979, « Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria », *Archives of General Psychiatry*, vol. 36, nº 1, p. 17-24.

STERN Adolph, 1938, « Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Borderline Group of Neuroses », *The Psychoanalytic Quarterly*, vol. 7, nº 4, p. 467-489.

STERN Adolph, 2011, « Investigation psychanalytique sur le groupe borderline des névroses. Quelle thérapie engager ? », *Revue francaise de psychanalyse*, Vol. 75, nº 2, p. 331-348.

VAN DER KOLK Bessel A., 2021, *Le corps n'oublie rien. Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*, Paris, Pocket.

YEOMANS Frank, DELANEY Jill C. et RENAUD André, 2016, « La psychothérapie focalisée sur le transfert », *L'information psychiatrique*, Vol. 92, nº 2, p. 99-105.

YOUNG Jeffrey E., KLOSKO Janet et WEISHAAR Marjorie E., 2003, *Schema Therapy : A Practitioner's Guide*, New York, Guilford Press.

YOUNG Jeffrey E., KLOSKO Janet S., WEISHAAR Marjorie E., 2017, *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité*, Louvain, De Boeck Supérieur.

Liste des sites internet

★ *ZINZIN ZINE ★ – Outils de Réflexions et d'Actions face à la Psychiatrie*, https://web.archive.org/web/20230727100223/https://www.zinzinzine.net/ , 27 juillet 2023, consulté le 23 mai 2024.

Accueil | Abigail Barrand | Conférencière, https://www.abigailbarrand.com, consulté le 24 mai 2024.

AFTCC, *Historique du bureau de l'association*, https://www.aftcc.org/historique-du-bureau-de-lassociation, (consulté le 12 juillet 2022).

Association Borderline – Aforpel, https://www.aforpel.org/, consulté le 5 septembre 2024.

BAJEU Camille, GUY Déborah et MILLEPIED Anne-Charlotte, *Ignorance, pouvoir et santé. La production des savoirs médicaux au prisme des rapports de domination*, https://amades.hypotheses.org/10941, 21-22octobre 2019, (consulté le 11 septembre 2024).

BINGE AUDIO, *J'ai tout compris en regardant « Crazy Ex-Girlfriend » – Après la pluie*, https://www.binge.audio/podcast/apreslapluie/jai-tout-compris-en-regardant-crazy-ex-girlfriend, consulté le 19 avril 2024.

CHANU Pauline, *Les fantômes de l'hystérie – Histoire d'une parole confisquée : un podcast à écouter en ligne*, https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-les-fantomes-de-l-hysterie-histoire-d-une-parole-confisquee, 10 mars 2023, (consulté le 29 mai 2023).

COLLECTIF PSYCHIATRIE, *> STOP DSM | Quelle hospitalité pour la folie ?*, https://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=7796, 23 juin 2015, (consulté le 12 juillet 2022).

Comme des fous. Changer les regards sur la folie, https://commedesfous.com/, consulté le 23 mai 2024.

COULMONT Baptiste, *Le nuage des prénoms*, https://coulmont.com/bac/nuage.html, consulté le 10 septembre 2024.

Daniel Nollet, https://www.babelio.com/auteur/Daniel-Nollet/362888, (consulté le 12 juillet 2022).

DARIA KARAKLIC, *La thérapie des borderline*, https://www.youtube.com/watch?v=iX8CpQLCNI8, 29 décembre 2019, consulté le 19 septembre 2023.

Dark Vador et les caractéristiques du borderline, https://www.geraldyneprevotgigant.com/single-post/2018/04/17/dark-vador-et-les-caract-c3-a9ristiques-du-borderline, 7 juillet 2021, consulté le 3 juin 2024.

Développez-vous ! – Pratiques et ambivalences du développement personnel, https://developpezvs.hypotheses.org/ , 8 octobre 2021, (consulté le 11 septembre 2024).

Firouzeh Mehran – Psychologue clinicienne, https://www.firouzehmehran.fr/, (consulté le 25 juin 2019).

Formateur – Dr Pierre Cousineau, Ph.D., psychologue – IFTCC, https://iftcc.com/Formateur.aspx?id=24&f=41, (consulté le 4 septembre 2023).

Formateurs – Dominique Page – Ifforthecc - Institut Francophone de Formation et de Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive, https://ifforthecc.org/formateurs/dominique-page, (consulté le 11 septembre 2024).

Formateurs – Ifforthecc – Institut Francophone de Formation et de Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive, https://ifforthecc.org/formateurs/pr-quentin-debray, (consulté le 12 juillet 2022).

GONZALES Carolina, *La Carologie*, https://www.youtube.com/channel/UCxQcOTjUpeI8Goo6UXJ2NgA, consulté le 5 septembre 2024.

Handicap psychique | Unafam, https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/handicap-psychique, consulté le 18 septembre 2023.

Hypersensibilité : les clés pour… – PositiveMinders, https://positiveminders.com/replay/hypersensible/, https://positiveminders.com/replay/hypersensible/ , 10 mai 2023, consulté le 23 mai 2024.

JOLY Marc, *« Pervers narcissiques » : pourquoi ce terme donne l'impression qu'ils sont partout ?*, http://theconversation.com/pervers-narcissiques-pourquoi-ce-terme-donne-limpression-quils-sont-partout-184961, 28 juillet 2022, (consulté le 11 septembre 2024).

KONBINI, *Trouble de la personnalité borderline : Abigaïl nous raconte son quotidien*, https://www.youtube.com/watch?v=FdY8khbdQZk, 7 juillet 2022, consulté le 23 mai 2024.

L'adultéité en question, https://calenda.org/992284, consulté le 18 septembre 2023.

LA CAROLOGIE, *Ce que je pense de mon diagnostic*, https://www.youtube.com/watch?v=_Mb3d9kurQg, 28 septembre 2022, consulté le 23 mai 2024.

LA CAROLOGIE, *J'ai une théorie.*, https://www.youtube.com/watch?v=GGSgTyeU8Fo, 22 mai 2024, consulté le 23 mai 2024.

La thérapie EMDR, https://www.emdr-france.org/lemdr-cest-quoi/la-therapie-emdr/, consulté le 7 septembre 2023.

Le biofeedback, https://www.symbiofi.com/fr/symbioline/biofeedback-HRV, 8 septembre 2023.

Le cerveau à tous les niveaux !, https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_04/i_04_cr/i_04_cr_peu/i_04_cr_peu.html, consulté le 7 septembre 2023.

Le point de vue de Mélanie Klein (1882-1960) sur l'Angoisse de séparation et de Perte d'Objet, https://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/UVLibre/0001/bin06/klein/klein.htm#:~:text=La%20D%C3%A9fense%20maniaque&text=Klein%20d%C3%A9crit%20de%20nouvelles%20d%C3%A9fenses,cours%20de%20la%20position%20d%C3%A9pressive., consulté le 21 février 2024.

Le ROME et les fiches métiers |Pôle emploi, https://www.pole-emploi.fr/employeur/vos-recrutements/le-rome-et-les-fiches-metiers.html, consulté le 25 septembre 2023.

LES CAHIERS DU GENRE, *Conseils pratiques pour une écriture non sexiste*, https://cahiersdugenre.cnrs.fr/wp-content/uploads/2022/11/recto-verso-couleur.pdf, consulté le 6 septembre 2024.

Les concepts de Paul-Claude Racamier – Autour de Racamier, https://www.autourderacamier.com/concepts/, (consulté le 28 juillet 2022).

Manon Beaudoin. Psychologue spécialisée dans la prise en charge du trouble de la personnalité Borderline, https://psy-trouble-borderline.fr/, consulté le 5 septembre 2024.

MÖSER Comelia et ABREU Maira, 2021, *Cinquième séance. La notion de classes de sexe. « Retour sur la catégorie des classes de sexe : histoires, actualités, usages et transformations »*, https://www.csu.cnrs.fr/IMG/pdf/programme-seminaire-cresppa-10032022-final.pdf, consulté le 10 septembre 2024.

OFFICE QUEBECOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE, *Principes généraux de la rédaction épicène*, http://66.46.185.79/bdl/gabarit_bdl.asp?Th=2&t1=&id=3912.

ONTOGENÈSE : Définition de ONTOGENÈSE, https://www.cnrtl.fr/definition/ontogen%C3%A8se//0, consulté le 28 juin 2019.

PSiO Drink, https://www.psiodrink.com, consulté le 12 septembre 2023.

PSYKOCOUAC, *Borderline (trouble de la personnalité) - PsykoCouac #1.1*, https://www.youtube.com/watch?v=ICSWs7PlN4g, 14 décembre 2017, consulté le 23 mai 2024.

PSYKOCOUAC, *Borderline questions avancées Partie 1 – PsykoCouac #1.3*, https://www.youtube.com/watch?v=4kiwNqFe1ck, 30 juin 2019, consulté le 23 mai 2024.

PSYKOCOUAC, *Borderline questions avancées Partie 2 – PsykoCouac #1.4*, https://www.youtube.com/watch?v=_nYvaLXMuOU, 3 août 2019, consulté le 23 mai 2024.

PUISEUX Charlotte, *Développement des luttes anti-validistes sur les réseaux sociaux*, https://lesoursesaplumes.info/2022/01/28/developpement-des-luttes-anti-validistes-sur-les-reseaux/, 28 janvier 2022 (consulté le 1 septembre 2024).

REPORTERRE, *Les traumatisés de Sainte-Soline*, https://reporterre.net/Les-traumatises-de-Sainte-Soline, 8 avril 2023, (consulté le 1 septembre 2024)

Revue générale des troubles de la personnalité – Troubles psychiatriques – Édition professionnelle du Manuel MSD, https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/%EF%BB%BFtroubles-de-la-personnalit%C3%A9/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-troubles-de-la-personnalit%C3%A9, (consulté le 20 juillet 2023).

Rire immotivé – Définition – Semio8G, https://semio8g.grieps.fr/definition/18#:~:text=%C2%AB%20Rire%20inad%C3%A9quat%20au%20contexte%20ou%20sans%20objet.%C2%BB, consulté le 26 mai 2023.

SALMONA Muriel, 2024, *Que se passe-t-il dans le cerveau lors d'un trauma ? Explications avec des schémas*, https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/20240523-Que%20se%20passe-t-il%20dans%20le%20cerveau%20lors%20d'un%20trauma-Explications%20avec%20sch%C3%A9mas.pdf, (consulté le 11 septembre 2024).

Semaine du Cerveau : le grand public a rendez-vous avec les neurosciences à l'ICM !, https://institutducerveau-icm.org/fr/actualite/semaine-cerveau-grand-public-a-rendez-neurosciences-a-licm/, consulté le 12 septembre 2023.

SENDER Elena, *Le cerveau dans tous ses états*, https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/le-cerveau-dans-tous-ses-etats_107838, 3 décembre 2016, consulté le 18 septembre 2023.

Sociocratie : description, https://sociocratie.net/Theorie/index.php, consulté le 29 août 2024.

Symbiofi, https://www.eurasante.com/entreprises/symbiofi/, consulté le 12 septembre 2023.

Trouble borderline : « J'avais peur d'être cataloguée comme la folle de l'entreprise » – France

Bleu, https://www.francebleu.fr/emissions/c-est-la-vie/trouble-borderline-abigail-barrand-veut-changer-le-regard-sur-la-psychiatrie-5798800, consulté le 23 mai 2024.

WE ARE PATIENTS, *[TROUBLE BORDERLINE] Abigaïl milite pour lever les tabous autour de la santé mentale*, https://www.youtube.com/watch?v=UOtF7NX_XpE, 6 avril 2023, consulté le 23 mai 2024.

Productions cinématographiques

Crazy Ex-Girlfriend, 2015-2019, productrice exécutive : Aline Brosh McKenna, Warner Bros, Television, CBS Television Studios

Orange mécanique, 1971, Réalisateur : Stanley Kubrick, Hawk Films, Polaris Productions, Warner Bros.

Annexes

Annexe 1 : Terrain au Service A

Annexe 1. A. : Liste de patient·es suivi·es pendant l'ethnographie aux urgences psychiatriques adultes :

	Âge	Raisons du passage aux urgences	Décision d'orientation	Catégorisation	Sexe	Modalités de recours aux soins
Anouck Bernard	22 ans	Envoi d'un SMS suicidaire	Hospitalisation sans consentement	Dépressive	Femme	Amenée par ses parents
Gaspard Delajus	27 ans	Il ne supporte plus la pression au travail (interne en biologie médicale), et se dit "phobique social". Après un suivi psychanalytique qui n'a pas fonctionné pour lui, il demande un suivi en TCC.	Orientation vers CMP pour mettre en place un suivi en TCC	"Aboulie"	Homme	Venu de lui-même
Patient, soin péril imminent compliqué	Non consigné dans le journal de terrain	Non consigné dans le journal de terrain	Hospitalisation : soins sans consentement pour péril imminent	Non	Homme	Venu de lui-même
Amadou Zerbo	20 ans	Parcours migratoire traumatique	Suivi en CMP	« Syndrome dépressif » qui s'intègre dans un stress post-traumatique lié au parcours migratoire	Homme	De lui-même suite à la recommandation d'une association
Paul Ansel	40 ans	Demande d'hospitalisation	Réévaluation dans la clinique où il a été hospitalisé à plusieurs reprise	Schizophrène	Homme	De lui-même
Eugénie Fontanille	40 ans	Elle entendait son collègue de bureau discuter alors qu'il était absent	Hospitalisation	Hallucinations Acoustico-verbales – "les psychoses hallucinatoires c'est souvent chez les vieilles filles" (interne)	Femme	Adressée par son médecin généraliste
Emma Rogent	38 ans	Venu avec une lettre de sa psychologue pour un "sevrage intensif" d'alcool	N'est pas jugée comme nécessitant une hospitalisation en urgence. Lettre à son psychiatre référent pour qu'il organise le sevrage.	"État dépressif" qui rentrerait dans la catégorie "État limite/borderline"	Femme	Envoyée par sa psychologue
Bénédict Soler	20 ans	Diagnostiquée épileptique en 2008. Diagnostic infirmé en 2012. Les "crises" ont continuées après l'arrêt du traitement.	Bilan neuro et ré-orientation vers service somatique.	Hésitation entre "trouble de conversion avec une personnalité histrionique" et "épilepsie"	Femme	Venue avec ses parents
Cécile Vittoz	20 ans	Crise d'angoisse aigue	Orientée vers le CMP et réadaptation du traitement	"Crises d'angoisses hyper violentes"	Femme	Orienté par son psychologue pour qu'elle voit un psychiatre
Selma Olivier	29 ans	"Plainte vis à vis du traitement"	Retour à domicile	Indétermination entre "border" et "hystéro"	Femme	Venue avec sa mère

Joachim Karel	22 ans	Demande d'orientation à la suite d'un déménagement	Orientation vers CMP	Schizo-affectif	Homme	Venu de lui-même
Carole Hugo	35 ans	Crise d'angoisse ce week-end	Retour à domicile avec réajustement du traitement	"Hystérique à la Charcot", "H+++"	Femme	Venue accompagnée par son conjoint et sa mère
Amar Mansouri	Non consigné dans le journal de terrain	Les deux accompagnateurs n'en peuvent plus de vivre avec lui et demande son hospitalisation	Non consignée dans le journal de terrain	Schizophrène	Homme	Venu avec deux accompagnateurs
Agathe Leduc	16 ans	Elle a mis le feu à son appartement	Enjeu de juridiction entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte. Finalement gardée dans le service pour quelques jours, mise en place d'un traitement "anti-impulsif"	Indétermination	Femme	Orienté vers le service par une unité pour adolescent·es
M et Mme Aubertin	Couple de 68 ans	Venu pour une "consultation famille sans patient·es" à propos de leur fille qui serait "schizophrène". Durant les entretiens, les professionnel·les du service se rendent compte qu'un "pacte suicidaire" a été passé entre eux.	Proposition d'hospitalisation pour le mari	"Un couple, dont le mari est PU et qui ont fait un pacte suicidaire !" – "C'est le cas du siècle !"	Homme et Femme	Venu d'elleux-mêmes
Loïc Quemener	33 ans	Rechute dans la dépression à la suite de l'arrivée de son 2ème enfant, après une 1ère dépression il y a 10 ans et 2ème dépression à l'arrivée de son premier enfant.	Hospitalisation libre	"Personnalité très obsessionnelle, et peut-être un peu théâtral"	Homme	Venu de lui-même
Francis Nadeau	50 ans	Personne sans abris, incarcérée pendant 4 mois début 2016. Consommation d'alcool et de crack. Venu pour la sectorisation ("il est important de le raccrocher à un suivi" [psychiatre du Caarud])	Sectorisation	Non-consignée dans le journal de terrain	Homme	Venu accompagnée par un psychiatre et un infirmier d'un CAARUD
Françoise Obin	70 ans	Adressage de son psychiatre	Non consignée dans le journal de terrain	"Anxieuse"	Femme	Venue à la suite de l'adressage de son psychiatre
Aïda Saidi	22 ans	Après une consultation chez le médecin généraliste qui l'a envoyé aux urgences en ambulance	Suivi en ambulatoire, "une consultation par semaine"	Flou entre trouble de la personnalité et "vraie hystérie"	Femme	Envoyé par son médecin généraliste en ambulance
Non consigné dans le journal de terrain	25 ans	Demande de traitement	Réorientation vers le centre d'addictologie	Psychopathe	Homme	Venu de lui-même
Christophe Pagat	40 ans	Orienté par le service de chirurgie d'un hôpital voisin, il s'est enfoncé un couteau dans le ventre	Orientation vers un psychiatre en libéral	« Il critique très bien son geste », « il n'est pas déprimé », « il est plutôt normal »	Homme	Orienté par le service de chirurgie
Gérard Badet	72 ans	Demande d'hospitalisation	Non consignée dans le journal de terrain	Dépressif, "vrai chronique" qui est "rodé" à la psychiatrie	Homme	Venu de lui-même
Bakary Diallo	Non consigné dans le journal de terrain	Maux d'estomac qui durent depuis longtemps, dans un contexte de parcours migratoire difficile	Non consignée dans le journal de terrain	Non consignée dans le journal de terrain	Homme	Venu de lui-même

Samia Naji	36 ans	Reprise des scarifications dans la matinée après 10 ans d'arrêt	Proposition de rester dans le service pour la nuit, que la patiente refuse	"Border ou Hystérique ? Quoique les deux sont souvent intriqués" (interne)	Femme	Venue d'elle-même
Pablo Rageot	21 ans	Idées noires depuis quelques jours, surtout depuis une rupture amoureuse, idées suicidaires scénarisées	Hospitalisation	Indétermination ("Ce n'est pas le toxico de base" [interne])	Homme	Venu de lui-même
Mme Muller	94 ans	Sa fille la considère comme "ingérable"	Bilan neuro et orientation vers un psychiatre. "Un retour au domicile avec du risperdal ça peut tenir"	Indétermination entre psychiatrie et gérontologie	Femme	Amenée par sa fille qui la considère comme "ingérable"
Julie Vadois	37 ans	Venue d'un service d'accueil et d'urgence d'un hôpital voisin pour "se mettre à l'abris dans un contexte suicidaire"	Hospitalisation sans consentement	"Un délire de persécution avec mécanisme interprétatif"	Femme	Venue d'elle-même après la réorientation du SAU
Émeline Wagner	23 ans	Elle parle de "complot", d'entente de voix, d'angoisse (qui diminue avec le traitement) et dit qu'elle s'énerve beaucoup contre son père	Hospitalisation	Indétermination, Hallucinations	Femme	Son père a voulu qu'elle consulte
Anaïs Thomas	19 ans	Peur d'une rechute	Orientation vers CMP	"Border"	Femme	Amenée par sa mère après un passage chez le médecin généraliste

Annexe 1. B. : Liste des professionnel·les rencontré·es pendant l'ethnographie des urgences psychiatriques adultes

	Profession
Loïc Tanguy	Infirmier
Calvin Jaubert	Infirmier
Victor Rouet	Infirmier
Damien Huart	Infirmier
Ronan Quéré	Infirmier
Louis Audebert	Infirmier
Martin Fraisse	Infirmier
Bastien Lapeyre	Infirmier
Pascal Carrier	Infirmier
Axel Sanson	Infirmier
Clément Gonnet	Infirmier
Darius Arnoult	Infirmier
Aymeric Loyer	Infirmier "en intégration"
Aela Coudert	Infirmière
Virginie Murat	Infirmière

Priscilla Gosse	Infirmière
Swan Lenormand	Infirmière
Severine Lecerf	Infirmière
Alexia Pierret	Infirmière
Pauline Gaudry	Stagiaire infirmière
Clara Blain	Stagiaire infirmière
Alexandra Robineau	Interne
Margaux Bossard	Interne
Yoann Chaput	Interne
Angélique Michaut	Interne
Emmie Koch	Interne
Jean-Baptiste Millon	Interne
Florent Bayard	Interne
Marc Ducret	Interne
Omar Berrada	Interne
Nicolas Burtin	Interne (entretien exploratoire)
Arthur Capron	Psychiatre (chef de service)
Patrick Minier	Psychiatre
Martine Lebel	Psychiatre
Brigitte Boureau	Psychiatre
Agathe Noirot	Psychiatre
Antonin Fradet	Psychiatre

Annexe 2 : Terrain au Service B

Annexe 2. A. : Listes des patient·es suivi·es pendant l'ethnographie de l'équipe d'urgences pédopsychiatriques du Service B

	Âge	Raisons du passage aux urgences	Décision d'orientation	Étiquetage « border »	Modalités de recours aux soins	Sexe
Déborah Sylvestre	17 ans	Altercation avec sa grand-mère	Retour au domicile, urgences psychiatriques adultes si besoin	Oui	Pompiers	F
Ludivine Hernandes	15 ans	Intoxication médicamenteuse volontaire pendant les vacances	Hospitalisation dans des lieux spécialisés pour 1ère TS	Oui ("c'est une grosse border !")	Proches	F
Adeline Jabot	16 ans	Ancienne patiente hospitalisée dans le service, en rupture de traitement depuis le déménagement	Hospitalisation	Non	Proches	F

Juliette Raffin	12 ans	En attente d'une hospitalisation sur le secteur, avec une consigne d'aller aux urgences si "ça monte"	Après discussions avec l'urgentiste, observation aux "lits portes". Refus du pédopsychiatre de l'orienter vers l'hospitalisation. Contact avec le CMP et suivi psychologique suffit	Oui ("elle fait border")	Proches	F
Clara Mabire	14 ans	Tentative de suicide par intoxication volontaire médicamenteuse	Retour au domicile avec orientation vers un CMP	Oui	Pompiers	F
Lucie Picquet	15 ans	Risque de défenestration	Retour au domicile	Non	Pompiers	F
Maeva Bailet	15 ans	Tentative de suicide par intoxication volontaire médicamenteuse	Hospitalisation + contact CMP	Oui ("fonctionnement border")	Pompiers	F
Océane Édouin	13 ans	Pensées suicidaires dont elle a fait part à l'école	Hospitalisation en urgence	Non	Pompiers	F
Florian Décarie	17 ans	Lendemain du conseil de classe dans un « Contexte psychoéducatif difficile »	Non-hospitalisation	Non	De lui-même	H
Selena Perez	15 ans	Idées suicidaires	Retour au domicile avec une consultation post-CPU	Oui	D'elle même	F

Annexe 2. B. : Liste des professionnel·les rencontré·es pendant l'ethnographie des urgences pédopsychiatrique du Service B

	Profession
Marie Nivet	Assistante sociale
Justine Bouin	Externe
Elodie Lerat	Infirmière
Julie Neveux	Infirmière
Cynthia Giron	Infirmière (en formation CPU)
Vanessa Pinchon	Stagiaire infirmière
Gaëlle Le Roux	Interne
Camille Mueller	Interne
Éloïse Houel	Interne
Amélie Micheau	Interne
Fahd Bakir	Interne

Samy Faez	Interne
Mona Villemin	Interne
Benjamin Pinaud	Interne
Christelle Bobin	Interne
Léonore Briquet	Interne en pédiatrie
Antoine Beaulieu	Psychiatre
Alexis Jalabert	Psychiatre (MCU – PH)
Aude Jouin	Psychiatre
Manuel Bony	Psychiatre
Léa Bodet	Psychiatre
Ophélia Dardenne	Psychiatre
Mathis Gabet	Psychologue

Annexe 3 : Les patient·es de l'HDJ borderline

	Date passage HDJ	**Sexe**	**Âge au moment du passage à l'HDJ**	**Origines sociales**	**Position sociale**	**PCS**
Alexandre Bennani	2020	Homme	34	***	Diplômé d'une école d'ingénieur. Au chômage au moment de la prise en charge. « Il a fait ses études d'une traite, en maintenant, le produit aidant » (Julie Blanc)	8. Autres personnes sans activité professionnelle
Delphine Ali	2020	Femme	37	***	Conductrice de transports en commun	6. Ouvriers
Géraldine Martin	2020	Femme	55	***	En arrêt de travail au moment de la prise en charge avec l'AAH. Auparavant documentaliste à l'éducation nationale.	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
Catherine Faivre	2020	Femme	26	***	Auxiliaire de puériculture	5. Employés

Laurie Delpierre	2020	Femme	34	***	Après un concours administratif de catégorie B, elle travaille dans les finances publiques	4. Professions intermédiaires
Emma Launay	2020	Femme	29	***	Après des études d'attaché de presse, « elle se cherche encore » (Anne-Lise Simon)	8. Autres personnes sans activité professionnelle
Sarah Demange	2020	Femme	25	***	Après une carrière dans le mannequinat, elle est au moment de la prise en charge serveuse	5. Employés
Sonia Robert	2020	Femme	43	***	***	Information manquante
Cynthia Petit	2020	Femme	29	***	***	Information manquante
Lou Thomas	2020-2021	Femme	21	Père : directeur d'entreprise Mère : non consigné	Elle a plusieurs projets personnels comme le doublage de voix ou le travail auprès d'enfants. La mise en place de projets ou de démarches reste toutefois très compliqué à mettre en place seule, elle se décourage vite et souffre de désaccords sur la vision du futur avec ses parents	8. Autres personnes sans activité professionnelle

Melissa Bertin	2021	Femme	26	***	***	Information manquante
Alan Pujol	2021	Homme	31	***	Infirmier	4. Professions intermédiaires
Angélique Brunet	2021	Femme	33	***	***	Information manquante
Pauline Schmitt	2021	Femme	30	***	***	Information manquante
Naomie Jean	2021	Femme	47	***	***	Information manquante
Constance Henon	2021	Femme	18	***	***	Information manquante
Mounia Taïeb	2021	Femme	24	***	***	Information manquante
Aline Morel	2021	Femme	33	***	Sans emploi, auparavant employée dans une boutique	5. Employés
Chloé Giraudon	2021	Femme	31	Mère : psychologue Père : avocat d'affaire	Après un master de management hôtelier, elle a exercé comme cadre dans une grande entreprise et est au moment de la prise en charge au chômage	8. Autres personnes sans activité professionnelle
Agathe Bouillot	2021	Femme	29	***	Après un Bac pro, puis un BEP, elle obtient un diplôme d'éducatrice spécialisée et exerce ce métier au moment de la prise en charge	4. Professions intermédiaires
Amélie Roux	2021	Femme	40	***	Conseillère principale d'éducation	4. Professions intermédiaires
Mathilde Dumont	2021	Femme	27	***	***	Information manquante
Vanessa Daval	2021	Femme	30	***	CAP de petite enfance et formation de secrétariat. CDD de serveuse au moment de la prise en charge	5. Employés
Jessica Moretti	2021	Femme	24	***	Diplômée d'un master, vendeuse	5. Employés

Annexe 4 : Liste des dossiers de l'HDJ borderline

Numéro de dossier	Type document	Sexe	Âge passage HDJ	Date passage HDJ	Âge début du suivi "psy"	Type suivi	Origines sociales	PCS du père	PCS de la mère	Position sociale	PCS
D1	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	33 ans	2018	17	Psychiatrique et psychologique	Père : retraité ancien chargé d'étude Mère : gestionnaire comptable	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Assistante sociale	4. Professions intermédiaires
D2	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	54 ans	2017	***	Psychologique	Père : ingénieur Mère : professeure agrégée	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	***	***
D3	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	24 ans	2020	22	Psychiatrique et psychologique	Père : retraité, auparavant employé dans une entreprise de transport Mère : auxiliaire de puériculture	5. Employés	5. Employés	Études de médecine	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
D4	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	47 ans	2018	37	Psychiatrique et psychologique	Père : grutier Mère : pas d'information	6. Ouvriers	***	Employée dans une entreprise	5. Employés
D5	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	43 ans	2019	21	Psychiatrique et psychologique	Placée de 6 mois à 2 ans en France. A grandi ensuite chez sa grand-mère au Mali	***	***	Sans emploi, après un master de droit et une carrière dans le milieu culturel	8. Autres personnes sans activité professionnelle
D6	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	30 ans	2018	25	Psychiatrique et psychologique	Père : médecin Mère : pas d'information	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	***	Inspectrice des impôts en Algérie. Étudiante en France	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures

D7	Compte rendu de consultation	Femme	28 ans	2016	18	Psychiatrique et psychologique	Père : ouvrier dans le textile Mère : assistante maternelle	6. Ouvriers	5. Employés	Doctorante en lettre	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
D8	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	23 ans	2011	***	Psychiatrique	***	***	***	Surveillante dans un lycée	4. Professions intermédiaires
D9	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	20 ans	2019	12	Psychiatrique et psychologique	Père : ingénieur Mère : ingénieure	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Étudiante en Licence dans la culture et l'informatique	8. Autres personnes sans activité professionnelle
D10	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	47 ans	2021	***	Psychiatrique et psychologique	Père : fraiseur Mère : céramiste d'art	6. Ouvriers	2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Secrétaire dans une agence immobilière	5. Employés
D11	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	27 ans	2019	15	Psychiatrique et psychologique	Père : serveur Mère : propriétaire salon de coiffure	5. Employés	2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Assistante de gestion	4. Professions intermédiaires
D12	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	39 ans	2018	15	Psychiatrique et psychologique	Père : retraité ancien professeur de mécanique Mère : retraitée ancienne assistante sociale	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	4. Professions intermédiaires	Professeure des écoles	4. Professions intermédiaires

D13	Bilan et compte rendu de personnalité	Homme	33 ans	2017	***	Psychiatrique	Père : haut fonctionnaire Mère : professeure de français	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Vendeur	5. Employés
D14	Compte rendu de consultation	Femme	***	***	***	***	***	***	***	***	***
D15	Bilan et compte rendu de personnalité	Homme	44 ans	2011	***	Psychiatrique	***	***	***	Directeur artistique	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
D16	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	41 ans	2018	34	***	Père : propriétaire d'un commerce Mère : institutrice, puis employée dans le commerce de son mari	2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4. Professions Intermédiaires	Cadre dans un commerce	5. Employés

D17	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	37 ans	2020	15	Psychiatrique et psychologique	"La mère de la patiente est partie aux Antilles et a tout lâché pour faire sa vie avec le père de la patiente. Mais il ne les accueille pas comme convenu et laisse la mère de la patiente seule dans une grande précarité"	***	***	Employée dans l'industrie pharmaceutique	5. Employés
D18	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	45 ans	2019	14	Psychiatrique	Père : fossoyeur Mère : pas d'information	6. Ouvriers	***	Responsable d'un centre d'appel	5. Employés
D19	Bilan et compte rendu de personnalité	Homme	***	2016	***	***	***	***	***	***	***

D20	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	24 ans	2014	23	Psychiatrique et psychologique	***	***	***	Professeure des école	4. Professions intermédiaires
D21	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	43 ans	2021	21	Psychiatrique et psychologique	Père : gérant de station essence Mère : non consigné	5. Employés	***	Bibliothécaire	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
D22	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	44 ans	2019	25	Psychiatrique et psychologique	Père : ingénieur à la retraite Mère : au foyer puis assistante d'un médecin gynécologue	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	5. Employés	Professeur en secondaire SVT	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
D23	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	20 ans	2018	17	Psychiatrique et psychologique	Père : auxiliaire de vie Mère : pas d'information	5. Employés	***	Licence de sociologie	8. Autres personnes sans activité professionnelle
D24	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	18 ans	2021	6	Psychiatrique et psychologique	Père : pilote dans l'armée puis travail chez un constructeur aéronautique Mère : éducatrice spécialisée auprès des personnes autistes	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	4. Professions Intermédiaires	***	***
D25	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	25 ans	2013	***	***	***	***	***	***	***

D26	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	***	2013	***	***	***	***	***	***	***
D27	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	43 ans	2018	36	Psychiatrique et psychologique	Père : Directeur de collège Mère : professeure d'anglais	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Employée dans un petit commerce	5. Employés
D28	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	35 ans	2018	14	Psychiatrique et psychologique	Père : employé d'un grand magasin Mère : assistante de rédaction dans un grand quotidien	5. Employés	4. Professions Intermédiaires	Conseillère en dermato-cosmétique	5. Employés
D29	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	33 ans	2018	16	Psychiatrique et psychologique	Père : professeur de musique Mère : directrice d'un établissement médico-social	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	4. Professions Intermédiaires	Monitrice éducatrice, en reconversion pour être secrétaire assistante	4. Professions intermédiaires
D30	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	***	2014	***	***	***	***	***	***	***
D31	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	28 ans	2018	***	***	Pas de description des origines sociales, seulement de la violence et l'alcoolisme du père	***	***	Technicienne chimiste	5. Employés

D32	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	20 ans	2020	15	Psychiatrique et psychologique	Père : gestionnaire d'actifs immobiliers Mère : au foyer	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Étudiante en licence de littérature	8. Autres personnes sans activité professionnelle
D33	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	25 ans	2018	14	Psychiatrique et psychologique	***	***	***	***	***
D34	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	31 ans	2018	28	Psychiatrique et psychologique	Mère : marketing dans une grande entreprise française	***	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Consultante en cabinet de conseil	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
D35	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	28 ans	2018	25	Psychiatrique et psychologique	Père : Cheminot Mère : au foyer	6. Ouvriers	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Assistante dentaire	5. Employés
D36	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	22 ans	2019	7	Psychiatrique et psychologique	Père : chef d'entreprise Mère : responsable de communication	2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Éducatrice spécialisée	4. Professions intermédiaires
D37	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	***	2013	***	***	***	***	***	Auxiliaire de puériculture, puis agent d'accueil dans un hôpital	5. Employés
D38	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	***	2009	***	***	***	***	***	***	***

D39	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	20 ans	2021	16	Psychiatrique et psychologique	Père : directeur d'entreprise Mère : pas d'information	2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise		Plusieurs projets professionnels dans la culture ou les métiers de l'enfance.	8. Autres personnes sans activité professionnelle
D40	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	33 ans	2020	10	Psychiatrique et psychologique	Père : cadre SNCF retraité Mère : retraitée, ancienne employée de mairie d'une grande ville française	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	5. Employés	Agente administrative aux impôts	4. Professions intermédiaires
D41	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	***	2009	***	***	***	***	***	***	***

D42	Résumé de prise en charge psychologique	Femme	41 ans	2015	***	***	Enfance dans les favelas d'une ville d'Amérique du Sud. Adoption par une famille française apparemment favorisée et très centrée sur le travail (vacances au ski, mère qui rentre tard du travail, etc.)	***	***	Secrétaire de direction	4. Professions intermédiaires
D43	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	29 ans	2020	16	Psychiatrique et psychologique	***	***	***	***	***
D44	Bilan et compte rendu de personnalité	Homme	35 ans	2017	20	Psychiatrique et psychologique	Père : décédé « non évoqué pendant la thérapie » Mère : médecin généraliste	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	***	***	***
D45	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	25 ans	2020	24	Psychiatrique et psychologique	Père : ingénieur Mère : pas d'information	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures		Ancienne mannequin, serveuse	5. Employés

D46	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	44 ans	2019	15	Psychiatrique et psychologique	Père : pas d'information Mère : retraitée, ancienne inspectrice de la douane		3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Employée dans un petit commerce	4. Professions intermédiaires
D47	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	***	2013	18	Psychiatrique et psychologique	***	***	***	Professeure des écoles	4. Professions intermédiaires
D48	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	27 ans	2014	4	Psychiatrique et psychologique	Père : Maître d'hôtel Mère : documentaliste	4. Professions Intermédiaires	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Data Manager	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
D49	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	20 ans	2020	14	Psychiatrique et psychologique	Les parents gèrent un garage	2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	***	***
D50	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	25 ans	2017	14	Psychiatrique et psychologique	Père : pas d'information Mère : après une rupture conventionnelle est au chômage	***	8. Autres personnes sans activité professionnelle	***	***

D51	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	34 ans	2018	14	Psychiatrique et psychologique	***	***	***	Secrétaire dans un laboratoire d'analyses médicales	5. Employés
D52	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	21 ans	2021	9	Psychiatrique et psychologique	Père : rédacteur sur internet Mère : éducatrice à la PJJ	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	4. Professions Intermédiaires	Employée dans des petits commerce ("petits boulots")	5. Employés
D53	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	30	2019	20	Psychiatrique et psychologique	Mère : assistante sociale Beau-père : directeur d'un groupe de cliniques. ("postes importants") Père : pas d'information (seuls les actes incestueux sont retranscrits).	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	4. Professions Intermédiaires	Éducatrice spécialisée	4. Professions intermédiaires

D54	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	30	2021	11	Psychiatrique et psychologique	Mère : professeure de musique Père (adoptif) : pas d'informations professionnelles, il est décrit comme "pervers narcissique" et la relation père-fille est décrit comme une "relation d'emprise"		3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Employée de rayon	5. Employés
D55	Résumé de prise en charge psychologique	Femme	32	2016	12	Psychiatrique et psychologique	Père : décédé, auparavant au chômage Mère : gère un hôtel particulier	8. Autres personnes sans activité professionnelle	4. Professions Intermédiaires	Restauration	5. Employés

D56	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	26	2017	13	Psychiatrique et psychologique	Mère : Infirmière diplômée d'état Père : administratif hospitalier	4. Professions Intermédiaires	5. Employés	Responsable de la scolarité dans une université	4. Professions intermédiaires
D57	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	29	2015	28	Psychiatrique et psychologique	***	***	***	***	***
D58	Bilan et compte rendu de personnalité	Femme	28	2018	22	Psychiatrique et psychologique	Père : sans diplôme, actuellement en situation précaire Mère : consultante à son compte	8. Autres personnes sans activité professionnelle	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Sans emploi	8. Autres personnes sans activité professionnelle

Annexe 5 : Mail type pour négocier la diffusion des annonces et entrer dans un groupe Facebook d'entraide

Bonjour,

Je suis doctorant en sociologie et je travaille sur le trouble de la personnalité borderline et sa prise en charge. Dans cette optique, je lance un appel à participation afin de recueillir des témoignages de personnes qui ont reçu un diagnostic de trouble de la personnalité borderline/état-limite, qui ont entendu ce terme à propos d'eux-mêmes, ou qui se reconnaissent dans ce trouble.

J'ai vu que vous étiez administratrice du groupe "Les Borderline rayonnants".

Je voulais donc savoir s'il était possible de diffuser mon appel à participation. Mon étude visant à mieux comprendre les expériences ainsi que les trajectoires des personnes borderline, chaque témoignage est important. Je vous envoie en copie l'appel en format PDF.

Je vous remercie par avance pour l'attention portée à ma demande.

Bien à vous,

Ivan Garrec

Annexe 6 : Liste des personnes rencontrées pour des entretiens biographiques

	Âge au moment de l'entretien	Durée de(s) entretien(s)	Date de(s) entretien(s)	Type d'entretien	Type de prise de contact	Activités	PCS	Profession du père	Profession de la mère	PCS du père	PCS de la mère	Médicaments évoqués en entretien
Toshiro Keller	42 ans	2 h	21/10/2019	Skype	Facebook	Administrateur groupe Facebook	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Corps diplomatique	Mère au foyer	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Neuroleptiques (Tercian), hypnotiques (Théralène)
Elea Jallaud	18 ans	1 h 23	12/11/19	Téléphone	Twitter	***	***	Militaire	Professeure des écoles	5. Employés	4. Professions intermédiaires	Pas de médicaments
Lucas Martin	30 ans	2 h 27 – 30 minutes	07/11/2019 – 11/11/2020	Skype	Twitter	Pair-aidant, administrateur de groupe d'entraide en ligne	5. Employés	Ingénieur	Professeure des écoles	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	4. Professions intermédiaires	Anxiolytiques (Xanax) et Thymorégulateur
Célia Duport	20 ans	1 h 24	25/10/2019	Téléphone	Twitter	***	***	Professeur lycée technique	Directrice de crèche	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	4. Professions intermédiaires	Antidépresseurs et anxiolytiques
Manon Bonnet	25 ans	2 h 20	19/11/2019 - 15 h 30	Skype	Twitter	Étudiante	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Informaticien (sans diplôme)	Mère au foyer (après une thèse d'histoire)	4. Professions intermédiaires	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Pas de traitement
Marianne Routier	***	***	***	Entretien par mail	Twitter	***	***	***	***	***	***	Thymorégulateur
Ombeline Robic	19 ans	1 h 47	23/10/2019 - 18 h	Téléphone	Twitter	Étudiante	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Ostéopathe	Invalidité professionnelle	4. Professions intermédiaires	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Pas de traitement

Elodie Guitard	27 ans	2 h	22/10/2019 - 15 h	A domicile	Twitter			Électricien	Standardiste	6. Ouvriers	5. Employés	Antidépresseurs (Zoloft), thymorégulateur (Tégrétol), antipsychotique (Tercian), anxiolytiques (Xanax)
Charlène Salaun	24 ans	2 h 35	05/11/2019	Skype	Twitter	Travailleuse sociale	4. Professions intermédiaires	Employé	Aide-soignante	5. Employés	5. Employés	Anxiolytiques
Alix Barbot	20 ans	30 minutes – 1 h 8	21/11/2019 – 03/12/2019	Skype	Twitter	Étudiante	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Graphiste et pasteur	Professeure de collège	4. Professions intermédiaires	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Anxiolytiques (Lexomil), neuroleptiques (Tercian),
Romane Barthes	25 ans	2 h 43	14/11/2019	Skype	Twitter	Étudiante	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Sous-officier armée	Aide-soignante	5. Employés	5. Employés	Neuroleptiques (Abilify), antidépresseurs, anxiolytiques (Xanax)
Zoé Prunier	21 ans	1 h 43	22/11/2019	Face à face	Twitter	Étudiante	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Chauffeur routier	Femme de ménage	6. Ouvriers	6. Ouvriers	Anxiolytiques, antidépresseurs (Sertraline)
Margaux Viguier	28 ans	3 h	26/11/2019	Téléphone	Twitter	Libraire bénévole	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Chef d'entreprise	Femme au foyer	2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Neuroleptiques
Sandrine Hebert	36 ans	1 h – 1 h	9/12/19 – 9/05/24	Téléphone	Facebook	Invalidité professionnelle	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Employé	Femme au foyer	5. Employés	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Hypnotiques, anxiolytiques, neuroleptiques

Mathias Villeneuve	28 ans	4 h 22	11/12/2019	Téléphone	Twitter	Étudiant	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Agent de maire	Cheffe d'entreprise	5. Employés	2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Anxiolytiques (Atarax), antidépresseurs
Anaël Morillon	21 ans	1 h 18	17/01/2020	Face à face	Twitter	Élève fonctionnaire	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Médecin spécialiste	Haut fonctionnaire	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Pas de traitement médicamenteux
Pauline Aubert (2 entretiens)	38 ans	1 h 30 – 2 h 11	27/07/20 – 28/08/20	Téléphone	Formation de pair-aidance	Paire-aidante	5. Employés	Cadre supérieur dans le secteur bancaire	Secrétaire	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	5. Employés	Neuroleptiques (Abilify)
Pascaline Bréant (2 entretiens)	33 ans	1 h 30 – 2 h 20	28/04/20 – 29/04/20	Zoom	Formation de pair-aidance	Paire-aidante	5. Employés	Agent d'une entreprise publique	Mère au foyer	4. Professions intermédiaires	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Anxiolytiques

Suzanne Barbet (2 entretiens)	32 ans	1 h 30 – 2 h 30	28/04/20 – 6/05/20	Zoom	Formation de pair-aidance	Paire-aidante	5. Employés	***	Professeure du secondaire	***	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Anxiolytiques (Temesta), neuroleptiques
Claire Monin	21 ans	3 h	04/03/2020	Face à face	Interconnaissance	***	***	Médecin spécialiste	Femme au foyer	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Anxiolytiques, antidépresseurs
Véronique Legrand	44 ans	2 h 13	06/07/2020	Téléphone	Facebook	Vendeuse	5. Employés	Ingénieur	Cadre de santé	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	4. Professions intermédiaires	Antidépresseurs (Effexor)

Emma Launay	29 ans	2 h 19	02/11/2020	Téléphone	HDJ borderline	Sans emploi	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Chef d'entreprise	Cheffe d'entreprise	2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Pas de médicaments
Aline Morel (2 entretiens)	33 ans	32 minutes – 1 h 41	9/06/21 – 20/07/2021	Face à face	HDJ borderline	Sans emploi, auparavant employée dans une boutique	5. Employés	Manutentionnaire	Secrétaire (agente administrative)	6. Ouvriers	5. Employés	Antidépresseurs (Prozac)

Chloé Giraudon	31 ans	1 h 15	15/06/2021	Face à face	HDJ borderline	Sans emploi	8. Autres personnes sans activité professionnelle	Avocat d'affaire et enseignant à l'université	Psychologue	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Anxiolytiques, antidépresseurs (Deroxat)
Amélie Roux	40 ans	1 h 37	14/06/2021	Face à face	HDJ borderline	Conseillère principale d'éducation	4. Professions intermédiaires	Technicien supérieur, syndicaliste et adjoint à la mairie	Secrétaire (agente catégorie C.)	4. Professions intermédiaires	5. Employés	Antidépresseurs (Zoloft - Sertraline), neuroleptiques (Ketiapine, Abilify, Loxapac)
Agathe Bouillot	29 ans	1 h 45	27/07/2021	Face à face	HDJ borderline	Travailleuse sociale	4. Professions intermédiaires	Artisan	Technicienne de laboratoire	2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4. Professions intermédiaires	Antidépresseurs
Vanessa Daval	30 ans	1h03	27/07/2021	Face à face	HDJ borderline	Serveuse	5. Employés	Gardien de nuit	Manutentionnaire	5. Employés	6. Ouvriers	Anxiolytiques, thymorégulateur, neuroleptiques (Tercian), hypnotique (Théralène)
Mathilde Dumont	27 ans	1h30	30/07/2021	Face à face	HDJ borderline	Réceptionniste	5. Employés	Installateur de dispositif médical	Greffière	4. Professions intermédiaires	4. Professions intermédiaires	Antidépresseurs, Thymorégulateur

Jessica Moretti	24 ans	1h	11/06/2021	Face à face	HDJ borderline	Vendeuse dans une boutique	5. Employés	Manipulateur radio	Vendeuse	4. Professions intermédiaires	5. Employés	Anxiolytiques
Baptiste Dubois	35 ans	4h10	10/11/2019	Face à face	***	Coach et animateur de groupe de parole. En formation pour devenir psychothérapeute	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Avocat	Avocate	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	Pas de médicaments

Annexe 7 : La définition des troubles de la personnalité histrionique, dépendante, schizoïde et narcissique selon le DSM-5

Le DSM-5 liste 12 troubles de la personnalité (paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, borderline, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, la modification de la personnalité due à une autre affection médicale, ainsi que les autres troubles de la personnalité spécifiés et non spécifiés). Ces troubles sont classés en trois groupes (A, B et C). La personnalité schizoïde est classée dans le groupe A qui regroupe des individus qui « paraissent souvent bizarres ou excentriques ». Les personnalités borderline, histrionique et narcissique sont classées dans le groupe B regroupant des « sujets [qui] apparaissent souvent sous un jour théâtral, émotif et capricieux ». La personnalité dépendante est classée dans le groupe C qui regroupe quant à lui des individus « anxieux et craintifs[1271] ». Le DSM-5 propose une classification catégorielle, sous forme de critères diagnostiques, ainsi qu'une classification « alternative » qui adopte une approche dimensionnelle. Je cite ici seulement la forme critériologique.

Personnalité histrionique – Critères diagnostiques 201.50 (F60.4)

« Mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
1. Le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui.
2. L'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante.
3. Expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante.
4. Utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi.
5. Manière de parler trop subjective mais pauvre en détails.
6. Dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle.
7. Suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances.
8. Considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.[1272] »

Personnalité dépendante – Critère diagnostiques 301.6 (F60.7)

« Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
1. Le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui.
2. A besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie.
3. A du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation. (N.B. : Ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions.)
4. A du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie).
5. Cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables.
6. Se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller.
7. Lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin.
8. Est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.[1273]»

[1271] American psychiatric association, *DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier Masson, 2015, p. 1072 (Version électronique).
[1272] *Ibid.*, p. 1101 (Version électronique).
[1273] *Ibid.*, p. 1112-1113.

Personnalité schizoïde – Critères diagnostiques 201.20 (F60.1)

« A. Mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :
1. Le sujet ne recherche ni n'apprécie les relations proches, y compris les relations intrafamiliales.
2. Choisit presque toujours des activités solitaires.
3. N'a que peu ou pas d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes.
4. N'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune.
5. N'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents du premier degré.
6. Semble indifférent aux éloges ou à la critique d'autrui.
7. Fait preuve de froideur, de détachement ou d'émoussement de l'affectivité.
B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble du spectre de l'autisme et n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une autre affection médicale.
N.B. : Si les critères sont remplis avant l'apparition d'une schizophrénie, indiquer « prémorbide », c.-à-d. « personnalité schizoïde (prémorbide).[1274] ».

Personnalité narcissique – Critères diagnostiques 301.81 (F60.81)

« Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
1. Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (p. ex. surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport).
2. Est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal.
3. Pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau.
4. Besoin excessif d'être admiré.
5. Pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits.
6. Exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins.
7. Manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui.
8. Envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient.
9. Fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.[1275] »

[1274] *Ibid.*, p. 1082-1083 (Version électronique).
[1275] *Ibid.*, p. 1104-1105 (Version électronique).