HAL
open science

Un "Alien" dans le cerveau. Expérience sociale de la maladie mentale et idiome naturaliste des neurosciences

Baptiste Moutaud

To cite this version:

Baptiste Moutaud. Un "Alien" dans le cerveau. Expérience sociale de la maladie mentale et idiome naturaliste des neurosciences . Anthropologie et Santé, 2015, Autour du virus Ebola, 11, 10.4000/anthropologiesante.1879 . halshs-01417596

HAL Id: halshs-01417596

https://shs.hal.science/halshs-01417596

Submitted on 15 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Un « alien » dans le cerveau.
Expérience sociale de la maladie mentale et idiome naturaliste des neurosciences

Baptiste Moutaud

LESC, Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative, CNRS UMR 7186.
Maison Archéologie & Ethnologie René-Ginouvès
21, allée de l'université
92023 Nanterre Cedex
moutaud.baptiste@sfr.fr

Résumé
Dans cet article j'interroge les enjeux anthropologiques soulevés par la diffusion du discours naturaliste des neurosciences dans les sociétés contemporaines et l'idée qu'il offrirait aux individus une nouvelle manière de se penser et de se définir selon le cerveau et son fonctionnement. Pour cela, je décris les logiques selon lesquelles des personnes souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif s'approprient des explications cognitives ou biologiques pour rendre compte de leur expérience de la maladie. J'avance l'idée que ces explications sont un idiome que les personnes mobilisent pour les registres d'action qu'il leur offre afin de reprendre le contrôle de leur trajectoire, d'agir sur leur environnement et de négocier les contraintes de la maladie. Plus que la construction d'une forme de vie fondée sur le biologique, ce langage s'inscrit dans des dispositifs qui le diffusent en écho des idéaux politiques et éthiques de la démocratie sanitaire et de l'*empowerment*. L'ensemble participe à construire la figure d'un individu souffrant d'un trouble psychiatrique qui pourrait agir sur son cerveau pour redevenir acteur de sa santé et rejoindre la communauté des citoyens.

Mots clés : cerveau ; maladie ; neurosciences ; psychiatrie ; trouble obsessionnel compulsif.

An "Alien" in Your Brain.
Social Experience of Mental Disorders and Naturalistic Idiom of Neuroscience

Summary
In this article, I explore the anthropological questions raised by the diffusion in contemporary societies of the neuroscience naturalistic discourse and the new possibilities offered to individuals to think about and to define themselves through the brain and its functioning. In this purpose, I describe how people suffering from obsessive-compulsive disorder are using cognitive or biological discourses to explain their disease experience. These explanations can be seen as an idiom that is opening a set of actions that are allowing people to take control on their trajectory, to modify their environment, and to negotiate the disease and its constraints. Beyond a new form of life built on biological basis, this language is part of a *dispositif* which spreads it in echo with health democracy and empowerment political and ethical ideals. The whole is shaping an individual who is suffering from a psychiatric disorder who could act on his brain in order to control is health and integrate the citizens' community.

Keywords: brain; disease; neuroscience; obsessive-compulsive disorder; psychiatry.

Depuis une trentaine d'années, le développement des savoirs et pratiques des neurosciences s'accompagne dans les sociétés contemporaines de la diffusion d'un discours naturaliste soutenant qu'il serait possible d'appréhender le vivant humain dans ses différentes composantes uniquement par le fonctionnement de son cerveau[1]. Ce discours qui prétend à l'universalité ne fait *a priori* que redynamiser de vieux débats philosophiques. Il est cependant soutenu par un arsenal technologique et un régime de production de la preuve qui ambitionnent d'établir expérimentalement, en laboratoire, les liens entre émotions, cognition, comportements et activité cérébrale, voire de percer le secret de la socialité humaine encodée dans les mécanismes cérébraux. Cet outillage expérimental renforcerait la position symbolique prise dans l'espace public par les neurosciences comme ressource pour expliquer nos conditions. Si les neurosciences instaurent de nouvelles hiérarchies entre ce qui relèverait du biologique, du psychologique, ou du social, et offrent de repenser leurs liens causaux, elles développent en parallèle des pratiques par lesquelles elles tentent de manipuler ces différentes dimensions. En proposant d'agir préférentiellement sur le cerveau ou la cognition afin d'améliorer notre bien-être, les neurosciences entraînent une rupture éthique dans les figures anthropologiques de l'individu les plus valorisées, transforment les expériences individuelles et plus largement les rapports entre science, biologie, individu et société (Chamak & Moutaud, 2014 ; Ortega & Vidal, 2011 ; Rose & Rached, 2013).

Dans cet article, il s'agit d'éclairer les enjeux anthropologiques soulevés par la diffusion de ce discours naturaliste des neurosciences et son ancrage dans la modernité occidentale. Plusieurs auteurs ont montré que les modèles explicatifs neuroscientifiques – qu'ils soient cognitifs ou biologiques – sont aujourd'hui appropriés par les individus, marquant l'émergence d'un « sujet cérébral » (Ehrenberg, 2004 ; Vidal, 2005). Cette notion et ses nombreuses déclinaisons (par exemple : « brainhood » : Vidal, 2009 ; « neurochemical self » : Rose, 2003) traduiraient une nouvelle forme d'être au monde pour l'individu, une nouvelle manière de se penser et de définir son identité personnelle et sa vie relationnelle selon son cerveau et son fonctionnement. Pour certains observateurs, cette nouvelle condition serait caractéristique d'un gouvernement des individus dans des sociétés néolibérales où chacun devrait et pourrait assumer la gestion de son corps, de ses intériorités et de son futur. Le cerveau, ce « self » biologique, deviendrait alors la cible et le lieu privilégié des interventions individuelles mais aussi biopolitiques, ouvrant un espace de possibles indéterminés quant aux choix personnels et collectifs de nos évolutions (Rose & Rached, 2014).

Je veux ici proposer une lecture où le discours naturaliste des neurosciences est analysé comme l'usage ordinaire de nouvelles références ou d'un nouveau langage, au sens wittgensteinien d'une convention sociale régissant dans son usage pratique les rapports entre les hommes. Plus que le glissement d'une explication vers la construction d'une identité individuelle ou collective fondée sur le biologique, ce serait alors un idiome mobilisé par les personnes pour les registres d'action qu'il engage et les reconfigurations qu'il offre dans les liens qui nous unissent au monde. Plus précisément, à partir du cas de personnes souffrant d'un trouble psychiatrique, je veux montrer comment ce nouveau langage est mobilisé pour arbitrer les situations conflictuelles ou de tensions morales qui touchent les individus. De plus, je souhaite, dans le même mouvement, comprendre comment ce langage et les idéaux qu'il porte s'inscrivent dans des dispositifs dans lesquels ils infusent. Cet idiome vient alors redoubler les idéaux politiques et éthiques de la démocratie sanitaire et interroger la place de citoyen des personnes souffrant d'un trouble mental.

Je vais pour cela décrire les modalités selon lesquelles, en France, des personnes souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC) en définissent la cause et s'approprient des

[1] Voir, par exemple, l'« Homme neuronal » du neurobiologiste Jean-Pierre Changeux (1983), ou plus récemment les ouvrages sur les liens entre cerveau et émotions du neurologue Antonio Damasio (2003, 2006). Voir Lemerle (2011) concernant la popularité des productions éditoriales neuroscientifiques.

discours articulés autour du fonctionnement (ou dysfonctionnements) du cerveau pour mettre en mots leur expérience et expliquer leur condition. Cette entrée par le trouble mental se justifie par le fait que la psychiatrie et la psychopathologie sont les domaines qui subissent les plus fortes mutations sous l'impulsion du régime de connaissance des neurosciences. Avec des disciplines telles que la neurobiologie, les sciences cognitives ou encore via les technologies de visualisation du fonctionnement cérébral, de nombreux troubles psychiatriques (schizophrénie, dépression, autisme, trouble bipolaire, etc.) sont aujourd'hui redéfinis en termes de dysfonctionnements cérébraux, comme des pathologies du cerveau (Dumit, 2003 ; Lloyd, 2008 ; Martin, 2010 ; Moutaud, 2011). Les explications psychologiques ou sociologiques perdent de leur influence pour devenir alternatives au profit des modèles biologiques ou cognitifs qui transforment les représentations de la maladie, créant de nouvelles significations et réinterrogeant les liens entre corps, maladie, identité et société. A travers les discours des malades ou de leurs proches, il serait alors possible de saisir les mutations plus vastes qu'entraînent les neurosciences dans le façonnement de nos existences.
Dans la continuité de l'anthropologie de la maladie qui a fait de l'étude des modèles de causalité des conditions pathologiques (du mal, du malheur, ou de l'infortune) l'un de ses objets privilégiés (Augé, 1984 ; Zempléni, 1988), la réflexion porte ici sur l'expérience sociale de la maladie mentale de personnes souffrant de TOC. A la suite des travaux d'Allan Young (1982), Livia Velpry définit l'expérience sociale de la maladie mentale comme le « processus social de maladie vécu par des individus » (2008 : 39). Cela implique de penser conjointement et non plus de manière séparée la dimension individuelle et collective de la maladie. Cette démarche va à l'encontre d'une conception héritée de la biomédecine occidentale pour qui « il n'y a de "maladie" que de l'individu » et qui conduit à centrer l'analyse sur la relation thérapeutique « dyadique » d'un médecin qui effectue un diagnostic et propose un traitement auquel le malade répond et s'adapte (Zempléni, 1988 : 1171). Cette même démarche remet tout autant en cause la tendance à réifier la dimension socioculturelle de la maladie alors qu'elle constitue le processus de socialisation qui mène d'une définition médicale ou organique d'un trouble au vécu subjectif du malade[2] (Young, 1982 : 270). Comme le souligne Anne Lovell, « ce n'est qu'en ramenant la maladie aux mondes moraux dans lesquels elle est encastrée et en cherchant à comprendre les multiples enjeux (personnels, sociaux, économiques, familiaux) mais aussi les valeurs et les symboles à l'œuvre qu'on arrive à mieux restituer l'expérience de la maladie » (2003 : 119). Explorer l'expérience sociale de la maladie mentale nécessite certes de saisir comment les individus se perçoivent, orientent leurs conduites et reconfigurent leur monde en écho aux pratiques, technologies et discours médicaux, mais aussi en lien avec un ensemble d'éléments humains ou non humains tels que les catégories et discours profanes, les corps intermédiaires, les publics, les médias, les technologies d'informations, etc. (Moutaud, 2009). Selon quelles logiques les références au cerveau et à son fonctionnement sont-elles mobilisées par des individus souffrant d'un trouble psychiatrique ? Dans la complexité de leur situation, comment imprègnent-elles leurs discours et comment s'articulent-elles à leur expérience ?

Le TOC au carrefour des mutations de la psychopathologie

Pour ce projet, le cas du TOC est alors particulièrement pertinent. Tel qu'il est défini en psychiatrie, ce trouble associe des obsessions (des pensées intrusives productrices d'anxiété, par exemple des pensées à caractère sexuel ou agressives, à thématique religieuse ou encore liées à la peur d'une contamination) et des compulsions (des comportements répétitifs que la personne se sent contrainte de réaliser afin d'atténuer l'anxiété provoquée par les obsessions, comme se laver les mains ou vérifier plusieurs fois de suite que le gaz est bien fermé, répéter

[2] Le « sickness » constitue le processus de socialisation qui mène du « disease » à l'« illness », pour reprendre la tripartition de Kleinman (1980).

certaines phrases avant de réaliser une action, etc.). Pour relever du pathologique, obsessions et compulsions doivent devenir chronophages et avoir des répercussions sur la vie de la personne et/ou de son entourage. Les traitements conventionnels sont la psychopharmacologie et les thérapies cognitives et comportementales (TCC).

En un siècle, cette maladie est passée d'un trouble rare à la quatrième pathologie psychiatrique la plus répandue. Elle a subi – et subit encore aujourd'hui – tous les rebonds de l'histoire des idées et pratiques qui ont secoué la psychiatrie (Moutaud, 2015 ; Castel, 2008, 2012). Car le TOC est passé par tous les états : ancienne névrose classiquement freudienne, il est devenu trouble de l'anxiété ; il a répondu à la psychopharmacologie et a été réapproprié par les cognitivistes et comportementalistes dans les années 1960, tout en restant l'une des dernières indications de la psychochirurgie[3]. Depuis le tournant des années 1990, c'est l'un des troubles psychiatriques dont la biologisation est la plus avancée et il continue d'alimenter préférentiellement les expérimentations thérapeutiques. L'intérêt des chercheurs dans la détermination de ses bases neurobiologiques a été aiguisé par la possibilité d'accéder à la compréhension des rapports entre motricité, émotions et intentionnalité, entre la pensée et l'action, enjeu absolument central en neurosciences (Moutaud, 2015). Son histoire fait du TOC un excellent point d'entrée pour évaluer certains des récents changements qui ont touché la psychiatrie ainsi que leurs répercussions sur le vécu et le parcours des personnes souffrant de trouble mentaux.

Méthodologie[4]

J'ai interrogé 25 personnes qui souffraient ou avaient souffert d'un TOC (9 hommes et 16 femmes, âgés de 24 à 66 ans). Les contacts ont été établis *via* : un appel à volontaires lors d'un groupe de parole organisé par l'Association française des personnes souffrant de TOC (AFTOC) (n=5) ; une annonce publiée dans son bulletin d'information (n=6) ; une équipe hospitalo-universitaire française qui transmettait ma demande à ses patients (n=8) ; ou un essai clinique pour un traitement expérimental par cette même équipe (n=6). Le panel est constitué de personnes avec des formes cliniques, des durées et des degrés de sévérité hétérogènes : de 2 jusqu'à 48 années de maladie au moment de l'entretien, allant du trouble léger qui a disparu suite à un traitement, jusqu'à une forme grave sans traitement efficace où la personne est en incapacité de travailler et désocialisée. L'entretien semi-directif (de 45 minutes à une heure trente) a été réalisé dans une salle du centre de recherche de l'auteur ou un lieu choisi par l'interviewé(e). Un formulaire d'information et de consentement exposant aux participants les règles éthiques de la recherche telles que le respect de leur anonymat, leur droit de retrait et les modalités de traitement et de diffusion des données recueillies leur a été soumis. Leur consentement oral a été recueilli.

L'entretien a porté sur l'histoire de leur maladie et leur parcours depuis l'apparition de ce qu'elles ont perçu comme étant les premiers symptômes, les raisons qui les ont amenées à consulter, les différents traitements suivis et professionnels consultés, leurs effets et la perception de leur efficacité, les explications qu'on leur a apportées ou celles qu'elles ont recherchées et/ou élaborées, etc. La thématique de la causalité du trouble a donc pu être abordée spontanément par les personnes au cours de l'entretien. Dans le cas contraire, une question ouverte a été posée.

J'esquisserai d'abord les contours de l'itinéraire de ces personnes en regard des manifestations de leur trouble afin de saisir dans quelles conditions elles en viennent à s'approprier les explications neuroscientifiques de la maladie. Ensuite, je reviendrai sur l'élaboration des conceptions psychiatriques contemporaines du TOC afin de cerner la figure anthropologique

[3] Parmi une riche littérature sur les transformations de la psychiatrie d'après-guerre, de ses pratiques, nosographies ou modes de scientificité, je renvoie à Demazeux, 2013 ; Ehrenberg & Lovell, 2001 ; Young, 1995.

[4] Cette recherche a été financée par l'*Agence nationale de la recherche* (ANR-09-SSOC-006).

de la personne malade prise dans son armature conceptuelle. Enfin, je décrirai comment les discours et représentations biologiques du trouble offrent à ces personnes une nouvelle grille de lecture de leur expérience leur permettant de reconfigurer leur monde.

Le cerveau du TOC et sa chimie

Voici comment Tristan[5], 34 ans, obsédé à l'idée de commettre une erreur de français ou de ne pas employer le bon mot lorsqu'il parle, explique la cause de son TOC :

> J'ai l'intime conviction que c'est un problème de neurotransmetteurs, que c'est neurologique et pas un problème psychiatrique dû à un traumatisme ou à un truc comme ça. Bon, après, il y a aussi le courant de la vie qui peut être un précurseur du trouble ou d'émotions qui auraient occasionné des troubles. Enfin, j'avais peut être un terrain favorable mais, bon, le terrain favorable c'était le TOC, c'est-à-dire les neurotransmetteurs. C'est sûr que l'éducation, avec qui tu vis, ton enfance, peuvent aussi jouer un rôle mais moi je crois plus à un problème neurologique au départ qu'à un problème psychiatrique ou environnemental.

L'idée d'un trouble dû à un dysfonctionnement cérébral est récurrente chez les personnes interrogées, selon des degrés de conviction variables. Cela va de la certitude affirmée (comme Tristan ou, par exemple, une femme affirmant en pointant son front que le TOC *« c'est sérotoninergique »*), à un discours où la personne souligne qu'elle ne fait que répéter ce qu'un médecin ou psychologue lui a expliqué ou ce qu'elle a lu. Cela peut aussi se traduire par d'autres expressions, comme ceux qui déclarent qu'ils aimeraient subir un examen d'imagerie cérébrale, étant *« certain qu'on verrait des trucs »*, ou qui sont en attente de résultats qui conforteraient leur idée d'une *« prédisposition à l'anxiété »*[6]. Cette prédisposition se situerait *« dans le cerveau, une zone qui ne marche plus »*, ou un *« cerveau qui n'arrive plus à traiter correctement les informations »*.

Néanmoins, tout comme Tristan, les personnes mêlent ou font référence presque systématiquement à plusieurs théories ou modèles de causalité pour expliquer leur maladie : un déséquilibre neurochimique, une origine génétique, l'influence de facteurs environnementaux, émotionnels, ou encore un problème cognitif. Cet entremêlement causal recoupe le modèle plurifactoriel proposé par la psychiatrie contemporaine. La prépondérance de ces explications peut sans doute être imputée au mode de recrutement : les personnes étaient contactées par le biais d'acteurs du champ de la psychiatrie porteurs et surtout partisans de ces modèles (une équipe hospitalo-universitaire et la seule association d'usagers française). Pour autant, ce n'est pas la question de la représentativité de cette population qui nous intéresse mais les raisons pour lesquelles ces personnes en viennent *dans certains cas*, au cours de leur histoire, à valoriser des modèles impliquant le fonctionnement du cerveau. Au milieu de la pluralité des explications qu'ils proposent, quelle valeur accordent-ils à une cause organique ou cognitive du trouble ? Pourquoi, comme pour Tristan, certains d'entre eux marquent-ils leur préférence pour ces explications ? Comment se situent-ils vis-à-vis des traitements ou explications alternatifs ?

Cachez ce symptôme que je ne saurais diagnostiquer

Afin de saisir la portée de ces questions, il est nécessaire de comprendre comment ces explications s'insèrent dans le parcours des personnes rencontrées. Pour cela, tentons de dresser un profil forcément tronqué et large de leur situation. Plusieurs traits communs paraissent spécifiques à l'expérience du TOC et de la trajectoire des personnes qui tiennent en partie aux caractéristiques cliniques de la maladie. On retrouve avant tout la honte associée à

[5] Les noms des participants ont été modifiés afin de préserver leur anonymat.

[6] Se référer à Dumit (2004) concernant le rôle joué par les technologies d'imagerie médicale dans l'objectivation des identités pathologiques et des expériences.

la maladie et plus particulièrement à la spécificité de son expression symptomatique. Voici ce qu'en dit Béatrice, 66 ans, qui souffre d'obsessions à thématique religieuse :

> Je pensais être un peu exceptionnelle, je n'osais pas en parler. A part aux très proches. […] J'en ai parlé à quelques amies avec qui j'ai étudié le catéchisme. […] Il y en a une qui a compris [elle précise que c'est une fille de médecin], mais les autres… dont une dont je pensais qu'elle comprendrait mais elle n'a rien compris. Elles ne comprennent pas le handicap. Il y en a une qui pensait que j'étais possédée par le diable.

Dans son cas, si son mari et ses enfants savent qu'elle souffre d'un TOC, seule l'une de ses filles connaît le contenu de ses pensées obsédantes.
Il faut tout de suite noter que l'une des spécificités des personnes souffrant de TOC est de pouvoir discuter et remettre en cause leurs comportements et pensées, contrairement à d'autres personnes souffrant de troubles mentaux, notamment psychotiques. Cela a des répercussions non seulement sur la manière dont elles négocient leurs symptômes et interactions avec les autres, mais aussi, nous le verrons plus loin, sur la façon dont elles interprètent les explications de la maladie qu'on leur propose. Le plus souvent, elles jugent leurs comportements et pensées comme infondés et/ou absurdes (se distinguant des hallucinations psychotiques)[7], les considérant comme une *« folie »*, une *« étrange manie »*, une *« excentricité »* dont elles ne peuvent se débarrasser mais aussi dont elles pensent être les seules à souffrir. Elles préfèrent alors, comme Béatrice, cacher à leur entourage familial et professionnel, voire à leur médecin, ce qu'elles ne savent souvent pas être une maladie, lors des premiers mois ou mêmes des premières années. Beaucoup développent des stratégies pour dissimuler leurs symptômes et effectuer leurs compulsions à l'abri des regards (ou, pour certains d'entre eux, tentent de les contrôler en différant autant que possible leur expression). Certaines personnes compensent par exemple leurs symptômes dans leur travail et les tâches qu'elles exécutent scrupuleusement, jusqu'au jour où la situation n'est plus tenable. Cela les conduit surtout à une errance thérapeutique lorsqu'elles ne rencontrent pas de thérapeute capable de déceler le TOC derrière leur détresse[8].
Une fois le diagnostic posé, ce sentiment de honte concernant la forme des symptômes se mêle à celui de la stigmatisation rattachée à la maladie mentale en général. Outre le diagnostic, les personnes continuent de cacher ces étranges comportements et pensées afin de ne pas être « discréditées », pour reprendre une terminologie goffmanienne, ce qui n'est pas sans impliquer certaines tensions dans leurs interactions (par exemple, elles peuvent se retrouver à devoir justifier auprès de leurs collègues ou employeurs un retard important pris dans leur travail) (Lovell *et al.*, 2011). Ainsi, Michel, 52 ans, qui souffre d'obsessions de vérification, me confie :

> Je ne dis rien. C'est trop risqué. Les gens ne comprendraient pas. C'est impossible de dire que vous avez un TOC car c'est très dangereux. Les gens peuvent associer ça à la folie ou à un trouble psychiatrique mais c'est négatif. Plus de la moitié des gens ne comprendraient pas.

Ce témoignage, parmi d'autres du même ordre, semble vouloir marquer une distance envers une image véhiculée autour de la maladie mentale et de la folie en lien avec l'expression symptomatique du TOC. Celle-ci traduirait chez la personne malade une perte de contrôle, de l'action ou de la pensée qui, si elle prête à la moquerie, est aussi associée au délire, au déséquilibre psychologique, voire à la dangerosité. L'absence d'explication de leur trouble et

[7] C'est le caractère égodystonique du TOC : la personne reconnaît que ses pensées ou comportements sont en désaccord ou étrangers à son système de valeur et de pensée.
[8] Ce sont les cas de malades pris en charge dans les services de dermatologie à force de lavages compulsifs de leurs mains, ou encore ceux multi-hospitalisés pour dépression avant que le TOC ne soit diagnostiqué (Rasmussen, 1985).

de ses causes et l'incompréhension que cela entraîne sur leur situation ne feraient alors qu'accentuer la stigmatisation.

Un maillage prescriptif

Dans cette recherche d'une objectivation et d'explications de leur état, les médias, les ouvrages de vulgarisation mais aussi l'AFTOC jouent un rôle déterminant dans le parcours des personnes rencontrées (en dehors même de l'adhésion formelle à l'association), selon les témoignages recueillis. Par exemple, Katia, 38 ans, qui souffre d'un TOC de vérification, raconte :

> Mon mari a trouvé l'AFTOC sur Internet. Il me dit au téléphone que je dois trouver un livre [elle décrit le livre du psychiatre Alain Sauteraud (2000)]. J'ai pleuré comme une madeleine. Enfin je trouvais quelque chose qui me correspondait.

A l'image de ce que relate Katia, 13 des 25 personnes rencontrées disent qu'elles (ou leurs proches) ont découvert ce dont elles souffrent soit au hasard de l'une des émissions de télévision qui ont fait du TOC un thème de prédilection à la fin des années 1990 en France (comme l'émission « Ça se discute », sur France 2, de Jean-Luc Delarue), soit à la lecture de l'un des nombreux ouvrages de vulgarisation de psychiatres paru à la même période suite à l'opus fondateur de Rapoport, *Le garçon qui n'arrêtait pas de se laver* (1991). Ce best-seller mondial, qui est aujourd'hui encore une référence du domaine, et l'ensemble des livres du même genre (par exemple : Cottraux, 1998 ; Sauteraud, 2000) ont consolidé la reconnaissance de la pathologie. De son côté, sur son site internet, dans ses bulletins d'information ou lors d'événements publics qu'elle organise, l'AFTOC, fondée en 1992, appelle à la multiplication des témoignages de malades ou proches et les diffuse, recense les différents ouvrages et incite à leur lecture, invite les spécialistes du domaine à présenter les dernières avancées en recherche. En effet, dans l'élan de la démocratie sanitaire, cette association d'usagers et de proches définit son principal objectif militant comme étant l'information : en premier lieu, l'information du grand public et de ceux qui souffrent du TOC ou de leur proches, afin de faire connaître la pathologie et d'aiguiller les malades dans leurs premiers contacts avec le monde médical ; en second lieu, l'information de ce dernier qui, selon elle, méconnaîtrait encore trop le trouble, contribuant ainsi à l'errance thérapeutique des malades (Moutaud & Troisœufs, 2014).

La particularité de ce maillage informatif est de constituer un réseau d'acteurs, discours, expertises et outils qui, en plus d'émerger concomitamment dans l'espace public, se caractérisent par le co-référencement[9], sa cohérence et sa relative homogénéité dans les conceptions qu'il véhicule du TOC et de ses causes mais aussi dans les répertoires d'actions qu'il ouvre. Aligné sur le modèle explicatif de référence en psychiatrie, il valorise une conception naturaliste du trouble, issue des théories cognitivo-comportementales ainsi que de la psychiatrie biologique, et les thérapeutiques associées, présentées comme les seules efficaces (la psychopharmacologie et les TCC). A travers les témoignages recueillis, on peut avancer que ce maillage offre deux choses aux malades : objectiver leur état et, dans le même mouvement, transformer radicalement leur expérience de la maladie en leur ouvrant un registre d'action pour reprendre la main sur leur parcours.

Car, avant toutes choses, pour les personnes rencontrées, le modèle de causalité inscrit dans ce maillage serait plus facilement approprié parce qu'il autorise une reconnaissance de la réalité du trouble en tant que maladie possédant une base organique (qui n'élude en rien les facteurs

[9] Par exemple, les ouvrages grand public listent en fin de volume les associations de patients à contacter selon les pays et inversement. Par ailleurs, ce sont aussi des membres actifs de l'AFTOC qui témoignent dans les médias français.

environnementaux ou psychologiques dans la survenue des symptômes), comme l'exprime Magalie, 24 ans, obsédée par le jugement de Dieu :

> Ce n'est pas psychologique, ce n'est pas dans la tête. C'est biologique, ça existe ! Ce n'est pas seulement mon imagination ! Je ne suis pas folle !

Le trouble n'est alors pas une *« faiblesse »* ou un *« manque de volonté »*, comme cela revient dans les entretiens, mais une condition pouvant être perçue comme irréversible dans sa survenue. Le rôle déstigmatisant du caractère biologique d'un trouble psychiatrique, de son inscription dans le corps, qui en ferait un fait tangible, n'est évidemment pas spécifique au TOC. Il est décrit pour de nombreux troubles mentaux et états pathologiques à l'étiologie indéfinie comme par exemple pour la dépression (Dumit, 2003), le trouble bipolaire (Martin, 2010), ou l'alcoolisme (Fainzang, 1994).

Pour autant, s'ils permettent aux malades de qualifier leur état, cette explication et le maillage qui le porte sont aussi prescriptifs (Blaxter, 1978) : ils ouvrent, en plus des perspectives thérapeutiques, de nouveaux cadres d'action et de nouveaux modes de reconnaissance symbolique ou administrative de la maladie (au travers de la médecine du travail ou des assurances par exemple)[10]. Katia explique ainsi qu'elle ne parlait que très peu de sa maladie à ses proches : *« Ma mère ne comprenait pas. Mon frère me disait "Tu as toujours été cinglée" »*. Une fois le livre sur le TOC découvert, elle a imprimé pour eux des explications de ce trouble, trouvées sur Internet, et elle les a illustré de sa propre expérience : *« Pour qu'ils comprennent que j'étais malade et que j'avais besoin de me soigner»*. Ce sont aussi des questionnaires ou des auto-évaluations diffusées sur Internet ou dans les ouvrages de vulgarisation auxquels les personnes ont accès, des exercices de TCC à réaliser chez eux, la création des espaces d'échanges (virtuels ou physiques) avec d'autres personnes malades ou leurs proches, etc.

Ce maillage marque une rupture importante dans leur parcours car il constitue le plus souvent, pour les personnes rencontrées, le premier contact avec un diagnostic et une explication de leur condition. Il participe aussi à stabiliser la définition de la maladie et son traitement et à en faire l'un des rares troubles psychiatriques qui ne soit pas l'objet de controverses sur ces différentes dimensions (Moutaud, 2015), éclairant certainement en partie la relative homogénéité des témoignages recueillis concernant l'explication de la maladie, et ce, malgré la variété des parcours ou situations.

Ici, la notion d'un maillage prescriptif qui diffuserait chez les malades, mais aussi dans l'espace public, une réalité, une conception homogène du trouble et des registres d'actions à initier, est proche du « dispositif » foucaldien. C'est un réseau hétérogène d'éléments, institutions, acteurs, espaces, discours, techniques, etc. qui oriente et modèle les conduites et les subjectivités, et qui se caractérise davantage par les liens ou relations créées entre ses éléments constitutifs et les effets de ces relations que par une éventuelle substantialité (Foucault, 2001 : 299 ; voir aussi Rabinow & Rose, 2003). Cependant, ce maillage est ajusté au régime et idéaux de la démocratie sanitaire et du patient acteur de sa santé : il ne s'impose pas à des sujets disciplinés mais autonomise et replace l'individu malade en son centre, lui présentant une série d'alternatives qu'il peut manipuler et aménager. Ce n'est pas une technologie de gouvernement des populations ou de régulation des comportements mais des espaces, discours, savoirs, outils qui devraient soutenir des idéaux de transformation, de responsabilisation, de réflexivité et d'émancipation (ce qui n'exclut bien évidemment pas que les individus lui résistent ou le remettent en question). Si ce maillage participe à orienter les conduites, ce n'est pas uniquement pour des raisons pragmatiques (la recherche d'un

[10] Concernant le contexte nord-américain, voir Dumit, 2006.

traitement), c'est aussi dans la construction des expériences en offrant une nouvelle grille de lecture et en leur permettant de reconfigurer leur monde et leur trajectoire.
J'illustrerai ce point en décrivant comment les explications que diffuse ce maillage transforment radicalement le statut des symptômes et leur vécu et participent à la construction d'une figure anthropologique de la personne souffrant de TOC. Cette figure anthropologique implique chez les personnes une configuration particulière des rapports entre psychologie, biologie et cognition. Cette configuration leur offre une nouvelle manière de penser leurs actions, leurs logiques ou leur intentionnalité, les causes ou les raisons qui sous-tendent leurs comportements, et plus généralement la cause de leur affliction.

De la morale à l'absurde

Alain, 55 ans, obsédé à l'idée d'avoir des désirs homosexuels ou d'être homosexuel, invoque lui aussi le cerveau et ses processus neurochimiques pour expliquer la maladie :

> C'est un alien. C'est une espèce de structure pseudo-logique qui s'installe dans votre cerveau et qui ne veut pas partir. C'est une obsession mais ça a une logique. Ça bouffe tout. J'appelle ça le cancer de la pensée, le cancer mental. […] C'est des pensées obsédantes qui s'installent dans votre tête et qui ne veulent pas partir. C'est un magnétophone à qui on a enlevé la tête d'effacement. Ça entre, ça enregistre mais ça ne peut pas effacer. La sérotonine fait office de tête d'effacement.

Si Alain a également évoqué, au cours de l'entretien, son éducation et son père *« tyrannique et extrêmement homophobe »* comme facteurs amplificateurs, voire déclencheurs du trouble, c'est la référence qu'il fait à un *« alien »*[11] pour désigner ses pensées obsessionnelles qui m'intéresse. Elle souligne leur caractère exogène, étrangère à la vie psychique de l'individu, retrouvé chez plusieurs personnes interrogées.
L'origine de cette représentation peut être retracée dans les profondes transformations conceptuelles qu'a connues le trouble à partir des années 1960. Les modèles explicatifs du TOC mobilisés aujourd'hui en psychiatrie ont été élaborés à partir du démembrement de l'ancienne névrose obsessionnelle sous l'impulsion concomitante des théories biologiques de la psychopharmacologie ainsi que des courants des sciences cognitives et comportementales. Plus précisément, les théories cognitives et comportementales ont radicalement déplacé les représentations de la maladie en transformant le statut accordé aux symptômes du TOC. Retenons qu'elles ont apporté deux idées fondamentales. La première est que les obsessions sont des pensées normales que tout un chacun peut avoir et dont il fait régulièrement l'expérience (voir l'article clé de Rachman & da Silva, 1978). S'imaginer pousser une personne sur les rails du métro, avoir des pensées incestueuses, des désirs homosexuels, craindre d'être contaminé par des microbes, etc. sont des pensées qui traverseraient l'esprit de tous. Cependant, une personne "normale" les repousse comme étant absurdes, irrationnelles, inappropriées, immorales, contraire à ses valeurs, etc. C'est donc l'envahissement dû au défaut cognitif d'interprétation de ces pensées et l'incapacité à s'en défaire jusqu'à induire un sentiment de stress ou d'anxiété qui sont pathologiques. Le malade leur accorderait trop d'importance.
La seconde idée serait que les compulsions sont, elles aussi, des comportements moteurs "normaux" que nous aurions tous appris ou qui seraient innés. Nous vérifions, lavons, amassons tous (et certains animaux également, preuve qu'ils seraient aussi des acquis de l'évolution). Cela expliquerait pourquoi les mêmes symptômes compulsifs se retrouvent aux quatre coins du monde, bien que leur forme, tout comme la thématique des obsessions, puisse être culturellement colorée (Wright, 2014). Une fois encore, c'est l'incapacité à contrôler ces

[11] Le monstre de science-fiction du film éponyme qui pond ses œufs dans des corps humains, lesquels deviennent alors les hôtes vivants de leur gestation.

comportements, et leur répétition jusqu'à leur faire perdre leur sens, qui seraient caractéristiques du TOC.
En postulant la normalité des obsessions et compulsions – voire leur « banalité », comme dans le manuel psychiatrique français de référence sur le TOC (Bouvard, 2006 : 15 et 39)[12] –, les théories cognitives et comportementales leur ôtent toute épaisseur sémantique. Elles annihilent la portée morale et personnelle de leurs contenus. Les symptômes, qui peuvent même varier au cours de l'histoire de la maladie, seraient la conséquence d'un emballement de processus cognitifs et comportementaux, fruit d'un conditionnement et d'une habituation au rapport mécanique, ou bien d'un dysfonctionnement neurochimique.
Parmi les personnes rencontrées, certaines expriment ouvertement un mélange de soulagement et de reconnaissance envers ces modèles explicatifs et un phénomène de dépersonnalisation qu'il entraîne. Et ceci, non plus seulement concernant la cause des symptômes et la forme étrange, bizarre, de leur expression, mais aussi concernant leur contenu même (et qui fait qu'ils les cachent). Par exemple, Rebecca m'explique, tout en précisant que la situation est *« gênante »*, qu'elle est envahie d'obsessions à caractère sexuel vis-à-vis des personnes qu'elle rencontre mais qu'elle n'a aujourd'hui plus de problème pour en parler. Son psychiatre lui a en effet expliqué son trouble en l'assurant avant tout qu'elle n'est pas la seule à en souffrir et en lui exposant les bases des théories cognitivo-comportementales. Ses explications lui ont alors permis de prendre conscience qu'elle n'a *« aucune responsabilité »* dans sa maladie, pas plus que sa famille ou l'éducation qu'elle a pu recevoir. *« Depuis, je ne culpabilise plus »*, déclare-t-elle, c'est *« dans mon cerveau »*.
Si la responsabilité des actes ainsi que la culpabilité de leurs répercussions ou la honte des pensées restent omniprésentes dans le discours des malades et sont en partie la cause de leur souffrance, elles sont élaguées par ces théories où la surestimation morale ou la responsabilité sont un biais cognitif. La responsabilité individuelle, la culpabilité ressentie ne font plus sens. La souffrance est déplacée sur la conscience de l'absurdité des pensées et des comportements ainsi que l'envahissement, leurs conséquences sur la vie ou le temps qu'ils prennent. Par exemple, l'obsession sexuelle n'a plus de contenu sémantique, pas plus qu'un comportement de vérification[13]. La personne est déchargée du caractère moral et personnel des obsessions et n'en est plus la productrice[14].
Ce déplacement du contenu et de la valeur des symptômes, que je qualifie de « la morale vers l'absurde », trouve sa consistance lorsque les personnes rencontrées mettent en avant, comme Alain, leur nature exogène : ils décrivent les obsessions comme une *« contrainte »* provenant de l'extérieur, comme des *« parasites »* qui *« envahissent »* leurs pensées, ou donc un *« alien »* qui *« s'installe dans le cerveau »* s'y développant indépendamment de son hôte. Cette représentation affleure par ailleurs dans les titres évocateurs des ouvrages grand public, tel que *Les ennemis intérieurs* de Jean Cottraux (1998), psychiatre spécialiste du TOC. Leur sentiment d'étrangeté à ces phénomènes s'expliquerait par le fait qu'ils seraient donc installés dans leur cerveau dysfonctionnel : un cerveau, alternativement ou simultanément producteur

[12] C'est aussi la conception qui émerge du travail d'histoire culturelle de l'obsession que propose Davis (2008). « Être obsédé » serait une composante culturelle centrale et valorisée de la condition de l'individu moderne, à la fois symbole et critère de réussite sociale. Au-delà de son caractère discutable, son analyse contribue à relativiser la frontière entre une obsession culturellement acceptée (comme vérifier ses emails plusieurs fois par jour) et le TOC qui ne serait que le pendant pathologique d'une demande sociale.
[13] Les ouvrages grand public sur le TOC utilisent par ailleurs aisément la comparaison des compulsions avec une conception évolutionniste du « rituel » (ou des obsessions avec la « superstition » ou la « pensée magique ») afin d'en souligner l'irrationalité et l'absurdité (et donc l'inefficacité à soulager le malade) (Cottraux, 1998 : 12).
[14] Il est important de noter que la référence à ces modèles semble totalement indépendante du contenu des obsessions et de la valeur morale qui pourrait leur être attachée (par exemple, entre Tristan qui a peur de commettre des erreurs de français et Alain obsédé par ses désirs sexuels), tout comme ne paraissent pas influer la variété des traitements reçus ou la gravité du trouble.

et hôte, qui *« court-circuite »*, *« est débordé »* ou bien est *« libéré »* lorsque la personne est guérie.

Des malades désensorcelés par les neurosciences ?

Pour approfondir les enjeux de ce déplacement, il est éclairant de saisir le positionnement de ces mêmes personnes vis-à-vis des modèles explicatifs alternatifs (et des traitements qui les portent), en l'occurrence psychodynamiques. Katia puis Alain relatent ainsi leur expérience d'une analyse :

> J'ai été voir un psy à X. C'était un obsédé. Je lui ai dit que j'avais un TOC et je lui ai dit que mon plus grand problème c'était de fermer la porte. Il m'a dit que ce sont des pulsions sexuelles enfoncées en moi et que je n'arrive pas à contrôler. Qu'est-ce que tu veux dire à ça ? Il me dit ça au bout de cinq séances où il n'a rien écrit. Je lui ai dit que j'avais peur d'enfermer mon enfant qui crie, que je ne supportais pas de fermer la porte et lui me parle du Marquis de Sade et du sadisme. Je ne suis plus revenue. […] Je n'ai pas de pulsions sexuelles mais je suis malade. Je ne voulais pas d'un 'psy' qui me dise n'importe quoi, que c'est de la faute de mes parents.

> J'ai commencé une analyse. Je suis tombé sur un gars épouvantable. Il ne disait rien. J'aurai pu rester face à un *punching ball* ça aurait été pareil. Il m'a dit que j'étais un nazi. Je ne suis plus jamais retourné le voir.

Parmi les personnes rencontrées, peu (n=9) se sont tournées vers ce que nous nommerons dans un sens large les "thérapies par la parole"[15]. Il faut cependant souligner que pour ces personnes, le rejet d'un modèle psychodynamique – contemporain d'un déclin social et scientifique général du crédit qui lui est accordé pour expliquer et prendre en charge les troubles mentaux (Champion, 2008) – ne se réalise pas sur le critère de l'efficacité de ces thérapies à traiter le trouble (et il s'agit encore moins de se positionner dans ces débats). Sans entrer plus dans les détails ici, tous les traitements sont discutés et certaines personnes soulignent que les thérapies par la parole peuvent avoir d'autres effets bénéfiques (par exemple, pour *« apprendre plus en profondeur »*) (voir : Moutaud & Troisœufs, 2014). L'opposition se cristallise principalement sur la question de la causalité et de la reconnaissance du raisonnement moral qui structure les symptômes, renvoyant à la problématique centrale de la responsabilité que chacun peut avoir dans le mal qui le touche (Ehrenberg, 2013).

On retrouve donc ici une interprétation par les malades du discours psychanalytique intéressante dans la mesure où elle est sous-jacente à leur report vers les registres de causalité biologiques ou cognitivo-comportementaux et leurs thérapeutiques. Selon les personnes, les théories psychodynamiques individualiseraient et moraliseraient les symptômes en leur attribuant une intentionnalité symbolique cachée et en recherchant leur signification dans leur histoire. On peut en particulier faire référence à la lecture que font les parents d'enfants autistes ou schizophrènes du modèle psychanalytique qu'ils rejettent, et dans lequel la mère ou la relation mère-enfant seraient pathogènes et causes du trouble (Chamak, 2005 ; Harrington, 2012).

Dans le cas du TOC, les modèles naturalistes en circulation sont venus renverser l'approche psychodynamique dominée par la figure de l'obsessionnel envahi par le remords, le doute et la culpabilité (Castel, 2012). Alors que la démarche analytique fait appel à l'interrogation du sujet sur sa vie intérieure, le renvoie « à lui-même » et à la responsabilité individuelle de ses actes (Ortigues, 2012 : 101-102), les partisans d'une conception biologique ou cognitivo-comportementale ne recherchent aucune origine enfouie dans des processus inconscients ou

[15] J'entends ici des thérapies qui s'appuieraient sur une conception psychodynamique du trouble. Une difficulté provenait de l'incapacité de certaines personnes à identifier précisément l'orientation théorique des thérapeutes. Lorsqu'il existait un doute, je demandais de décrire le déroulement des séances (durée, qualité et dynamique des interactions, prescription médicamenteuse ou non, etc.).

dans les fantasmes du malade. Il n'y a pas de faute, de désirs réprimés ou de conflits intrapsychiques générateurs de culpabilité. La maladie n'a pas d'histoire personnelle, si ce n'est celle de son évolution clinique. Les TOC seraient donc à l'intérieur du cerveau mais extérieurs à l'individu et à son monde de relations. Ils sont dans son corps mais en-dehors de sa responsabilité. Les obsessions et compulsions seraient des phénomènes neurologiques, cognitifs, qui parasitent le malade, des pensées ou comportements absurdes produits par son cerveau dysfonctionnel qui le harcèlent et dont il ne parviendrait pas à se débarrasser. La source du mal est externalisée, marquant le passage de l'individu dont la vie intérieure est prisonnière d'une souffrance endogène, à l'individu envahi de l'extérieur par un trouble exogène.

A l'image de certaines interprétations magico-religieuses où la source de la maladie est également reléguée à l'extérieur de l'individu mais déplacée dans un agent socialement situé (tels que les ancêtres du lignage ou les sorciers) (Evans-Pritchard, 1972 ; Zempléni, 1985), nous aurions aussi chez les personnes souffrant de TOC un modèle persécutif. En revanche, ce modèle exogène du trouble ne situe pas la source de la maladie dans le corps social, dans la collectivité, mais renvoie à une conception dualiste qui la place à la fois dans le corps de l'individu et la neutralité de sa vie biologique, dans un cerveau impersonnel parasité, et hors de l'individu en tant que personne morale responsable de ses actes et de ses pensées. Les personnes, en invoquant ce registre de causalité, se délestent de la responsabilité et culpabilité inhérentes à la subjectivation du contenu de leurs symptômes ou problèmes. C'est donc l'adoption d'un registre d'explication et le rejet d'un autre qui doivent être appréhendés simultanément (et il faut relire en ce sens l'opposition tranchée que marque Tristan entre troubles neurologique et psychiatrique au début de cet article) afin de saisir le rôle du discours des neurosciences dans la production de formes de subjectivations contemporaines cérébro-centrées.

Redevenir maître de sa destinée

Il paraît alors nécessaire de reprendre l'ensemble de ces éléments en les confrontant aux conduites et logiques d'action que soutiennent ces représentations biologiques ou cognitives du trouble. Comme évoqué plus haut, il existe dans la littérature en sciences humaines et sociales plusieurs exemples d'appropriation des modèles naturalistes pour les troubles mentaux ou de témoignages de personnes qui s'identifient au fonctionnement de leur cerveau. Le cas emblématique reste celui du mouvement nord-américain de la neurodiversité. Il trouve sa source dans les mouvements associatifs de personnes diagnostiquées comme autistes (plus spécifiquement Asperger) qui définissent leur maladie comme n'étant justement pas une maladie ou un handicap mais une condition humaine spécifique, un fonctionnement neurologique et cognitif différent (Ortega, 2009). Ce mouvement illustre le concept de « biosocialité » forgé par Rabinow (1996) afin de décrire les dynamiques selon lesquelles se forment des groupes d'individus qui se caractérisent à la fois selon des particularités biologiques partagées et des critères sociaux, et de penser leur renforcement mutuel (Hacking, 2006). Par exemple, des collectifs qui, autour d'une caractéristique biologique ou pathologique commune, développent une « citoyenneté biologique » (Petryna, 2004) et des actions afin de faire reconnaître des droits, d'agir sur les pratiques de soin ou de recherche, etc.

Toutefois, il est difficile de rapporter l'expérience des personnes rencontrées souffrant de TOC aux ambitions de ces mouvements ou collectifs. Dans la multiplicité de leur cas, rien ne laisse penser que l'un d'eux s'identifie ultimement à son cerveau, à sa biologie, ou qu'ils se reconnaissent appartenir selon ces critères à une communauté d'individus. Néanmoins, ils s'appuient et mobilisent eux aussi une explication ainsi que les outils, acteurs, savoirs, pratiques, structures qui la portent pour définir individuellement une logique d'action et

repenser leur expérience de la maladie (Dumit, 2004). Ainsi, au contraire du mouvement de la neurodiversité (ou encore des associations de personnes bipolaires, voir Martin, 2010) qui valorisent une normalité alternative ou font de leur différence un atout, les personnes rencontrées souffrant de TOC définissent leur trouble comme étant justement une maladie et un handicap qui devraient être reconnus en tant que tels, en particulier par leur entourage et les professionnels. Ils interprètent ainsi le refus des thérapeutes analytiques de nommer leur état (ou pire, de reconnaître le fait qu'ils aient un TOC ou que ce trouble existe) comme une négation de leur maladie et donc de leur souffrance. Ils s'attachent alors à un modèle déficitaire dans lequel ils souhaitent avant tout redevenir "normaux".

Le succès de la référence au cerveau et à ses dysfonctionnements pour expliquer le TOC ne viendrait pas uniquement du fait qu'il tend à rapporter la problématique de la normativité à une référence biologique déculpabilisante, qui ampute la valeur morale des problèmes. L'adoption d'une explication naturaliste doit en effet être pensée en termes d'agentivité et dans l'interdépendance de ses dimensions opératoire et symbolique. Ces deux dimensions sont alors liées par les régimes d'action qu'ouvre l'explication naturaliste.

Comme l'a montré Evans-Pritchard (1972), les personnes manipulent différents registres de causalité qui ne sont en rien exclusifs ou contradictoires. Ces registres se recoupent et se complètent dans les expériences que les sujets ont de la maladie. Dans l'imbrication de causes biologiques, psychologiques, sociologiques, chacun choisit alors le « pivot idéologique », le registre d'explication « socialement pertinent », qui « permette une intervention et qui détermine une conduite sociale » (1972 : 107). Ainsi, lorsque ces personnes ramènent la cause de leurs problèmes à des dysfonctionnements cérébraux, ils convoquent l'idiome qui donne une nouvelle valeur aux événements et s'inscrivent dans des réseaux leur procurant les capacités de reconfigurer leur monde, d'objectiver leur expérience et de maîtriser leur trajectoire en déterminant les conduites qui découlent de cette explication.

Loin d'une nouvelle condition humaine cérébrale, les personnes s'approprient un langage afin, avant tout, de reprendre la main sur leur vie. Elles espèrent quitter l'assujettissement de la maladie en l'échangeant contre un cerveau dysfonctionnel sur lequel pouvoir potentiellement agir mais aussi se délester de la responsabilité, de l'étrangeté et du chaos de leurs comportements et pensées. Là où auparavant elles percevaient subir un trouble, une explication, une relation de soin ou encore la stigmatisation, elles obtiennent à la fois les moyens de modeler leur environnement, de négocier les contraintes de la maladie et le bruit des symptômes. La séduction du discours biologisant des neurosciences auprès de ces personnes ne peut donc être pensée à l'écart des idéaux politiques de la démocratie sanitaire et de l'*empowerment*. Ces derniers sont imprégnés des mêmes valeurs et des mêmes normes, comme celle de l'autonomie, référence centrale de la construction des identités et subjectivités dans les sociétés modernes mais aussi des interventions médico-sociales en santé mentale. Ces valeurs et idéaux s'imbriquent ici dans la constitution d'un maillage qui transporte des discours, pratiques, dispositifs ou outils dont l'individu s'empare parce qu'ils lui permettraient de devenir « l'agent de son propre changement » (Ehrenberg, 2010). Ainsi, l'espoir pour ces personnes de se voir, par exemple, offrir la possibilité d'agir sur leur mécanique cérébrale afin de reprendre le contrôle de leurs comportements et pensées, ou encore d'être un patient acteur de sa santé qui maîtrise sa trajectoire en rééquilibrant les relations d'autorité avec le monde médical, sont deux des modalités et espaces de possibles ouverts par cet idiome afin de redevenir maître de son destin. Il ne s'agit pas d'être autre mais au contraire de se rendre familier non seulement à soi-même mais aussi aux autres afin de se réagréger à la communauté des citoyens et prétendre aux droits qui s'y rattachent (Rabeharisoa, 2006). Il n'est pas question d'être égaux en valorisant des possibilités ou identités alternatives mais de renégocier la source de sa différence et de se sortir du conflit de la responsabilité du mal en reléguant son étrangeté à la fois dans et hors de soi.

Conclusion

Pour les personnes rencontrées qui soufraient d'un TOC, le registre de causalité biologique ou cognitivo-comportemental, qu'ils s'approprient et manipulent, leur offre un mode de compréhension des événements qui fait de leur souffrance une catégorie objective. Plus largement, les explications naturalistes du TOC contribuent à la constitution d'une figure anthropologique de l'individu malade qui redistribue la question de la responsabilité des actes et implique une certaine manière de vivre la maladie et de l'expliquer aux autres. Ici, le naturalisme n'est pas une métaphysique mais un idiome et une nouvelle éthique de l'action qui autorisent les individus, *dans certaines situations*, à se décharger des conflits moraux à l'origine d'une partie de leur mal-être. Ils externalisent la source du trouble dans un cerveau parasité et dysfonctionnel, en dehors de leur personne morale, et se rendent familiers à eux-mêmes et à leur entourage.

Ce discours est pris et porté par un maillage d'outils, savoirs, pratiques, structures ou encore acteurs extrêmement cohérent dans les conceptions du trouble qu'il diffuse et qui a émergé en France dans les années 1990[16]. Ce maillage donne alors aux personnes la capacité de déployer un registre d'action afin de reprendre la main sur leur trajectoire et de rejoindre la communauté des citoyens. L'appropriation ou le succès de la diffusion et de l'utilisation du discours cérébro-centré des neurosciences ne tient donc pas tant à la valeur scientifique accordée à la démonstration des faits ou encore à l'efficacité des pratiques qui soutiennent ces explications (Martin, 2000), mais bien à ce qu'il a trouvé une consistance dans les sociétés contemporaines en répondant à une demande sociale. S'il est possible de parler d'un sujet cérébral, il n'est pas ici une nouvelle forme de vie axée autour d'une reconnaissance positive dans une spécificité biologique ou pathologique partagée[17]. Cette figure marque la valeur aujourd'hui accordée au cerveau comme porteur et espace d'action de l'idéal social d'un individu qui pourrait redevenir maître de sa destinée.

Les explications neuroscientifiques auraient en cela pris le relais des sciences « psy » (psychologie et psychanalyse) en apportant aux individus un cadre conceptuel mais aussi pratique pour se définir et se mettre en récit. Néanmoins, comme nous l'avons vu, les registres naturalistes ou psychodynamiques cohabitent dans le discours des personnes et sont alternativement mobilisés sans toujours être remis en cause ou s'articuler à la question polémique de l'efficacité des pratiques de soin qui les portent. Ils viennent au contraire retravailler les rapports de l'efficace et de l'inefficace en introduisant de nouveaux critères d'appréciation. Les registres de causalités "biologiques", "psychologiques", "sociologiques" ne sont jamais exclusifs et continuent de coexister et d'être entremêlés afin de répondre à notre besoin d'éclairer la part de ces différentes dimensions dans la logique de nos actions et notre compréhension de ce que nous sommes (Thomson, 2006 ; voir aussi Pickersgill et al., 2011). C'est pourquoi ils doivent être appréhendés en relation, dans leurs oppositions ou combinaisons, mais aussi à travers les dispositifs qui les portent afin de mieux saisir les idéaux et valeurs qu'ils promeuvent.

Bibliographie

AUGE M., 1984, « Ordre biologique, ordre social. La maladie comme forme élémentaire de l'événement », In AUGE M. et HERZLICH C. (dir.), *Le Sens du mal*. Montreux, Editions des Archives Contemporaines : 35-91.

[16] Qu'il faudrait par ailleurs situer en regard du développement des nouvelles technologies d'informations en santé.

[17] Les complexes intrications entre reconnaissance des droits et construction des identités citoyennes sur des critères "biologiques" (ou "cognitifs" ou "pathologiques", par exemple), mériteraient ici d'être examinées plus en détail selon les contextes nationaux.

BLAXTER M., 1978. “Diagnosis as a category and process: the case of alcoholism”, *Social Science & Medicine*, 12: 9-17.
BOUVARD M., 2006. *Les troubles obsessionnels compulsifs : principes, thérapies, applications*. Paris, Masson.
CASTEL P.-H., 2008. « De la névrose obsessionnelle aux TOC : remarques sur le passage du paradigme psychanalytique au paradigme cognitivo-comportementaliste », In CHAMPION F. (dir.), *Psychothérapie et Société*. Paris, Armand Colin : 186-202.
CASTEL P.-H., 2012. *La Fin des coupables : Obsessions et contrainte intérieure de la psychanalyse aux neurosciences*. Paris, Ithaque.
CHAMAK B., 2005. « Les transformations des représentations de l’autisme et de sa prise en charge en France : le rôle des associations », *Cahiers de Recherches Sociologiques*, 41 : 171-192.
CHAMAK B. et MOUTAUD B. (dir.), 2014. *Neurosciences et société. Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*. Paris, Armand Colin.
CHAMPION F., 2008. *Psychothérapie et Société*. Paris, Armand Colin.
CHANGEUX J.-P., 1983. *L'Homme neuronal*. Paris, Fayard.
COTTRAUX J., 1998. *Les ennemis intérieurs*. Paris, Odile Jacob.
DAVIS L., 2008. *Obsession: A History*. Chicago, University of Chicago Press.
DAMASIO A., 2003. *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris, Odile Jacob.
DAMASIO A., 2006. *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*. Paris, Odile Jacob.
DEMAZEUX S., 2013. *Qu’est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*. Paris, Ithaque.
DUMIT J., 2003. “Is It Me or My Brain? Depression and Neuroscientific Facts”, *Journal of Medical Humanities*, 24(1/2): 35-47.
DUMIT J., 2004. *Picturing Personhood. Brain Scans and Biomedical Identity*. Princeton, Princeton University Press.
DUMIT J., 2006. “Illnesses you have to fight to get: facts as forces in uncertain, emergent illnesses”, *Social Science & Medicine*, 62: 577-590.
EHRENBERG A., 2004. « Le sujet cérébral », *Esprit*, novembre : 130-155.
EHRENBERG A., 2010. *La société du malaise*. Paris, Odile Jacob.
EHRENBERG A., 2013. « La confiance en soi ou la question de se rendre intelligible à soi-même », In Collectif, *En quête de confiance*. Paris, Textuel : 76-83.
EHRENBERG A. et LOVELL A. M. (dir.), 2001. *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris, Odile Jacob.
EVANS-PRITCHARD E. E., 1972 (1937). *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*. Paris, Gallimard.
FAINZANG S., 1994. « Anciens buveurs et alcoolisme. Discours de la causalité », *Sciences sociales et santé*, 12(3) : 69-99.
FOUCAULT M., 2001 (1977). « Le jeu de Michel Foucault », In *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard : 298-329.
HACKING I., 2006. “Genetics, biosocial groups and the future of identity”, *Daedalus*, 135: 81-95.
HARRINGTON A., 2012. “The fall of the schizophrenogenic mother”, *The Lancet*, 379(9823): 1292-1293.
KLEINMAN A. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press.
LEMERLE S., 2011. « Une nouvelle ‘‘lisibilité du monde’’ : les usages des neurosciences par les intermédiaires culturels en France (1970-2000) », *Revue d’histoire des sciences humaines*, 25 : 35-58.

LLOYD S., 2008. “Morals, medicine and change: Morality brokers, social phobias, and French psychiatry”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32(2): 279-297.
LOVELL A., 2003. *État des lieux de la recherche en sociologie et anthropologie des maladies mentales et de la santé mentale*. Rapport DGS-MiRe, CESAMES.
LOVELL A., HENCKES N., TROISOEUFS A. et VELPRY L., 2011. « Sur quelques mauvais jeux de mots : classifications psychiatriques et stigmatisation », *L’Information psychiatrique*, 87(3) : 175-183.
MARTIN E., 2000. “Mind/body problems”, *American Ethnologist*, 27: 569-590.
MARTIN E., 2010. “Self-making and the brain”, *Subjectivity*, 3: 366-381.
MOUTAUD B., 2009 “*C’est un problème neurologique ou psychiatrique ?*” *Ethnologie de la stimulation cérébrale profonde appliquée aux troubles psychiatriques*. Thèse de doctorat d’ethnologie et d’anthropologie sociale, Université Paris-Descartes.
MOUTAUD B., 2011. “Are we Receptive to Naturalistic Explanatory Models of our Disease Experience? The applications of Deep Brain Stimulation to Obsessive-Compulsive Disorders and Parkinson’s disease”, In PICKERSGILL M. et VAN KEULEN I. (dir.), *Sociological Reflections on the Neurosciences*. Bingley, Emerald : 179-202**.**
MOUTAUD, 2015. “DSM-5 and the Reconceptualization of Obsessive-Compulsive Disorder. An Anthropological Perspective from the Neuroscience Laboratory”, In DEMAZEUX S. et SINGY P. (dir.), *The DSM-5 in Perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel*. Dordrecht, Springer : à paraître.
MOUTAUD B. et TROISOEUFS A., 2014. « Agir en connaissance de cause. Négociation et appropriation des savoirs scientifiques et construction des expériences au sein d’une association d’usagers de la psychiatrie », In CHAMAK B. et MOUTAUD B. (dir.), 2014. *Neurosciences et société. Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*. Paris, Armand Colin : 189-209.
ORTEGA F., 2009. “The Cerebral Subject and the Challenge of Neurodiversity”, *BioSocieties*, 4(4): 425-445.
ORTEGA F. et VIDAL F. (dir.), 2011. *Neurocultures. Glimpses into an Expanding Universe*. Frankfurt am Main, Peter Lang.
ORTIGUES E., 2012. « Qu’est-ce qu’une guérison rituelle ? », In *Le temps de la parole et autres écrits sur l'humanité et la religion*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes : 97-102.
PETRYNA A., 2004. “Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl-Exposed Populations”, *Osiris*, 19: 250-265.
PICKERSGILL M., CUNNINGHAM-BURLEY S. et MARTIN P., 2011. “Constituting neurologic subjects: Neuroscience, subjectivity and the mundane significance of the brain”, *Subjectivity*, 4: 346-365.
RABEHARISOA V., 2006. “From representation to mediation: The shaping of collective mobilization on muscular dystrophy in France”, *Social Science & Medicine*, 62: 564-576.
RABINOW P., 1996. “Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality”, In *Essays on the Anthropology of Reason.* Princeton, Princeton University Press : 91-111.
RABINOW P. et ROSE N., 2003. “Foucault Today”, In *The Essential Foucault: Selections from The Essential Works of Foucault, 1954-1984*. New York, New Press: vii-xxxv.
RACHMAN S. et da SILVA P., 1978. “Abnormal and normal obsessions”, *Behaviour Research and Therapy*, 16(4): 233-248.
RAPOPORT J., 1991 (1989). *Le garçon qui n’arrêtait pas de se laver*. Paris, Odile Jacob.
RASMUSSEN S. A., 1985. “Obsessive Compulsive Disorder in Dermatologic Practice”, *The Journal of the American Academy of Dermatology*, 13(6): 965-967.
ROSE N., 2003. “Neurochemical selves”, *Society*, 41(1): 46-59.
ROSE N. et ABI-RACHED J., 2013. *Neuro: the New Brain Sciences and the Management of the Mind*. Princeton, Princeton University Press.

ROSE N. et ABI-RACHED J., 2014. “Governing through the Brain. Neuropolitics, Neuroscience and Subjectivity”, *Cambridge Anthropology*, 32(1): 3-23.
SAUTERAUD A., 2000. *Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter*. Paris, Odile Jacob.
THOMSON M., 2006. *Psychological Subjects: Identity, Culture and Health in Twentieth-Century Britain*. Oxford, Oxford University Press.
VELPRY L. 2008. *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. Paris, Armand Colin.
VIDAL F., 2005. « Le sujet cérébral : une esquisse historique et conceptuelle », *PSN*, 3(11) : 37-48.
VIDAL F., 2009. “Brainhood, anthropological figure of modernity”, *History of the Human Sciences*, 22(1) : 5-36.
WRIGHT E. C., 2014. “Obsessive-Compulsive Disorder”, In SCULL A. (dir.), *Cultural Sociology of Mental Illness: An A-to-Z Guide*. Thousand Oaks, Sage Publications : 603-607.
YOUNG A., 1982 “The Anthropologies of Illness and Sickness”, *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-285.
YOUNG A., 1995. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorders*. Princeton, Princeton University Press.
ZEMPLENI A., 1985. « Du dedans au dehors : transformation de la possession-maladie en possession rituelle », *International Journal of Psychology*, 20(3-4) : 663-679.
ZEMPLENI A., 1988. « Entre “sickness” et “illness” : de la socialisation à l’individualisation de la maladie », *Social Science & Medicine*, 27(11) : 1171-1182.