

**DOMINIQUE MERG**

**& PATRICK SCHMOLL**

Université Marc Bloch, Strasbourg

Laboratoire « Cultures et Sociétés en Europe »  
(UMR du CNRS n° 7043)

<schmoll@misha.fr>

# Le sujet est-il soluble dans la clinique ?

Perplexité de l'expertise psychologique dans un processus de décision éthique : la réponse aux demandes d'interruption médicale de grossesse

L'un des apports majeurs de Jacques Lacan à l'étude de la subjectivité, à partir de son article princeps sur le stade du miroir (1949), a été de montrer que la consistance du sujet, telle que l'idée nous en est transmise depuis Descartes, se perd dans l'entrecroisement abyssal des regards qui le construisent. Le sujet s'identifie à des autres, qui eux-mêmes s'identifient à d'autres qu'eux. Les identifications par lesquels le sujet tente de se donner à lui-même et à autrui comme unifié, consistant, délimité entre une intériorité et une extériorité, sont condamnées à ne jamais pouvoir se refermer complètement sur un tel aboutissement, dans la mesure où elles ont pour enjeu foncier de capter le regard d'un autre, qui est toujours, logiquement, le regard que cet autre porte sur le regard porté par d'autres sur d'autres que lui, etc.

Or, la clinique (qu'elle soit d'ailleurs médicale ou psychologique, voire sociologique) se définit au départ par l'*observation*, c'est-à-dire comme une organisation du regard,

ainsi que l'a bien montré Michel Foucault (1963). Il ne semble pas qu'on prenne toujours dans les observations cliniques la mesure du fonctionnement spéculaire et spectaculaire de cette organisation. Le sujet s'exprime dans des symptômes qu'il donne à voir. L'observateur devrait donc se demander s'il montre les mêmes à tout le monde ou préférentiellement à lui dans le cadre de l'observation, s'il en montre d'autres ailleurs, s'il en est qu'il pourrait montrer mais choisit ou est contraint de cacher, et au final, si ce n'est pas son regard à lui, observateur, et le dispositif<sup>1</sup> que ce regard construit, qui a pour effet de susciter la production de ce symptôme. Que la clinique ne soit pas qu'un regard au sens strict, mais aussi une écoute, n'évacue pas cette donnée spec(tac)ulaire : les psy écoutent des histoires qui sont celles que des sujets leur racontent, qui ne sont pas forcément celles qu'ils se racontent à eux-mêmes ou racontent à d'autres, et toutes ces histoires sont élaborées à partir des histoires qu'ils ont enten-

du raconter par d'autres à d'autres qu'eux.

Nombre de cliniciens continuent à ignorer les effets de ce « donné à voir » en attribuant aux symptômes une valeur « d'en soi » : le symptôme dit quelque chose de ferme sur ce qu'est le sujet observé, ce qui permet à l'observateur de formuler un savoir tout aussi ferme sur ce dernier. Le fait qu'on ne rencontre plus de nos jours autant de « beaux cas » d'hystérie ou de névrose obsessionnelle, que les catégories nosographiques soient devenues « labiles », que les « cas-limite » se soient multipliés au point de constituer une catégorie en tant que telle, n'empêche pas cette forme de la clinique de prospérer, au besoin en renonçant à la figure du « tableau » pour celle de la « check-list ». L'essentiel semble préservé, qui est d'assurer à ceux qui tiennent le stylo qu'ils sont du bon côté de la ligne qui sépare le normal du pathologique. Les sujets observés peuvent leur raconter n'importe quoi, ce « n'importe quoi » les confirme dans la conviction qu'il existe au moins un sujet unifié, consistant, raisonnable sinon rationnel : celui qui observe.

La vie quotidienne dans les sociétés qui sont les nôtres finit pourtant par perturber cette représentation du monde. La multiplication des dispositifs spectaculaires dans lesquels des gens du commun sont observés ou choisissent eux-mêmes de s'exposer au regard d'autrui dessine une sorte de caricature, à l'échelle de la société entière, du dispositif clinique – une caricature qui n'en est pas moins un analyseur. Les inventions techniques, dans les domaines télévisuel et téléinformatique, ne sont pas étrangères à cette prolifération des dispositifs, qui enrichissent, complexifient et, pour ainsi dire, perplexifient ceux, plus simples, du miroir, du masque et du panoptique. Elles accompagnent et suscitent des conduites individuelles et collectives qu'un regard clinique peut continuer à considérer comme pathologiques, mais que la généralisation des situations, ainsi que leur médiatisation, finissent par rendre normales, au sens où un très grand nombre de personnes en font désormais l'expérience ou les réceptionnent

comme telles : exposition de soi sous les webcams d'Internet, dans la pornographie (Schmoll 2005), dans les émissions de télé-réalité (Ory 2005), contrôle social sous les caméras de vidéosurveillance (Ory 2007), etc. Le sujet aujourd'hui se construit de plus en plus explicitement sous le regard d'autrui, il semble avoir besoin de cet appareillage spec(ta)culaire pour s'assurer de sa propre consistance. Et tout en même temps, la multiplication des dispositifs et des regards lui permettent de jouer des rôles et des personnages différents dans des contextes qui s'ignorent mutuellement, creusant ainsi l'incertitude de cette consistance de soi en deçà ou au-delà de la diffraction des identités.

Cette modalité ne peut plus être interprétée simplement dans les catégories de l'hystérie ou de l'exhibitionnisme, sauf à considérer que la société entière est devenue folle, et que la normalité – ce qui serait un oxymore – est devenue minoritaire. Du coup, la clinique hésite à catégoriser fermement entre normal et pathologique.

Les situations requérant une expertise psychologique sont sans doute celles qui, logiquement, pâtissent le plus de cette évolution. Elles sont pourtant de plus en plus nombreuses dans une société où la complexité des situations et l'incertitude des savoirs et des valeurs rendent la prévision et la prise de décision délicates : entretiens et tests de recrutement, examens psychologiques dans le cadre d'une procédure judiciaire, comités d'éthique, etc. sont censés permettre une assignation précise d'individus, d'un côté ou de l'autre d'une décision à prendre, à caractère binaire : embauché ou non par un employeur, emprisonnement ou placement hospitalier, autorisation de garde d'enfants, décision en matière biomédicale, etc. Or, d'une part, on doit constater une perplexité de la clinique, qui ne peut affirmer si le sujet observé est ou était « lui-même » dans la situation d'observation, et s'il continuera à l'être une fois prise la décision qui motivait l'expertise. D'autre part, le sujet s'adapte à cette situation d'observation pour en jouer à son avantage.

Nous nous proposons d'explorer plus avant cette question de la consistance du sujet telle qu'elle se pose dans un dispositif d'expertise, en l'occurrence le dispositif de décision en matière d'interruption médicale de grossesse, et ce à partir d'un « cas clinique » dont la déconstruction nous est apparue à cet égard éclairante.

## Le dispositif d'expertise en matière d'IVG

Le régime des interruptions volontaires de grossesse (IVG) est commandé en France par les articles L. 2212-1 et suivants du CSP, modifiés par la loi no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Le code distingue deux catégories d'IVG : l'interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse en cas de situation de détresse et l'interruption pratiquée pour motif médical.

L'IVG au sens qui est communément désigné par ce terme est régie par l'article L. 2212-1 qui stipule que « la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse ». Le Conseil d'État a estimé (arrêt Lahache du 31 octobre 1980) que la femme était souveraine dans l'appréciation de son « état de détresse ».

L'IVG pratiquée pour motif médical, plus communément appelée IMG (interruption médicale de grossesse) est régie par l'article L. 2213-1 qui stipule que « l'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ».

Lorsque l'interruption est envisagée pour protéger la santé de la femme,

l'équipe pluridisciplinaire en question doit comprendre « au moins trois personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie obstétrique, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue ». Soulignons ici que le Législateur prévoit explicitement que le troisième membre de ce collège peut être un non médecin, en désignant les deux professions pouvant être convoquées à cette place. On peut lire cette précision comme une manière de définir en quoi la personne doit être « qualifiée » : bien qu'il s'agisse d'apprécier un « péril grave » sur la santé de la femme, l'avis du troisième spécialiste n'est pas médical, mais social et/ou psychologique. Cette disposition devait permettre à des demandes d'IVG formulées dans des situations particulières (viol, inceste, problèmes psychiatriques sévères...) au delà du délai des douze (initialement dix) semaines d'être néanmoins prises en compte au titre d'un péril sur l'équilibre psychique ou psychosocial de la femme. Toutefois, elle a aussi pour effet d'introduire, sous une autre formulation, la « détresse » de la femme dans le dispositif de l'IMG. Dans ce dispositif, l'évaluation de sa détresse n'appartient plus à la femme, elle est remise à un colloque d'experts.

L'obligation légale d'une évaluation psychologique est cohérente avec l'évolution de la définition institutionnelle de la santé, qui considère cette dernière comme un état de bien-être physique mais également psychique et social<sup>2</sup>. Cette définition conduit à médicaliser des situations psychologiques et sociales, c'est-à-dire à considérer des situations de mal-être comme une maladie et à demander aux professionnels de santé d'apporter des solutions médicales à des problèmes qui devraient être traités socialement ou psychologiquement.

L'expertise psychologique dans ce dispositif pose, davantage qu'un problème de méthode, un problème épistémologique. La définition de l'état de santé, ainsi libérée de critères strictement biologiques, appelle des méthodes relevant des sciences humaines et sociales pour son évaluation :

centralement l'observation des conduites, la collecte de la parole de la patiente, et la collecte d'informations indirectes sur la situation sociale de celle-ci. Mais dans l'approche de ce matériau l'évaluation psychologique reste captive du dispositif qui la commande, et qui pose au départ le problème comme un problème médical, et qui doit rester médical (c'est-à-dire concerner la santé) : le psy fait partie, un parmi d'autres, des experts qui rendent un avis, il est membre d'un staff composé en majorité de médecins, il est lui-même personnel hospitalier, soumis à une hiérarchie médicale, qui vit et pense au quotidien l'humain dans les catégories du soin (normal-pathologique, soignant-soigné), il est souvent lui-même un médecin, c'est-à-dire, non pas un psychologue mais un psychiatre. Pour pouvoir rendre un avis qui soit simplement audible par ses collègues, le psychologue est obligé d'adopter un langage qui oscille entre le discours médical et le discours commun, au risque de s'y laisser prendre lui-même.

## Incertitudes de la clinique : le cas de Mme S

### Première étape

Dominique Merg<sup>3</sup> rencontre Mme S le lundi 19 avril au centre hospitalier Y dans le cadre du dispositif prévu par le Code de santé publique en matière d'interruption médicale de grossesse.

Sa grossesse a été révélée avant le week-end, le vendredi 16 avril. La demande d'interruption de grossesse est donc rapide et ne suggère aucune tergiversation de la part de Mme S. Elle est cependant trop tardive pour entrer dans le cadre de l'interruption volontaire dans le délai des douze semaines de grossesse : Mme S. est enceinte de plus de trois mois. C'est pourquoi elle est adressée à l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'une demande d'interruption médicale de grossesse, laquelle peut être pratiquée au delà de ce délai. DM la reçoit en sa qualité de troisième membre, non-médecin, du dispositif prévu par la loi, après qu'elle

ait rencontré les Dr. A et B, toutes deux des femmes.

Mme S est Géorgienne, ne parle pas le français, et est de ce fait assistée par un interprète d'une association d'aide aux migrants en matière de santé. Elle se présente comme ayant 23 ans, divorcée, réfugiée politique mais en situation irrégulière et sans ressources, en état, par conséquent, de précarité sociale et d'isolement. Après avoir été logée dans un centre d'hébergement cet hiver, elle est accueillie dans une famille de compatriotes, un couple ayant un bébé de quatre mois.

Elle explique sa demande tardive par le fait qu'elle n'avait pas imaginé pouvoir être enceinte. Elle a attribué son aménorrhée, ainsi que les signes somatiques de nausée et de fatigue, à des troubles thyroïdiens qui ont fini par l'amener à consulter, mais tardivement en raison de sa situation. Le diagnostic de grossesse l'a « rendue comme folle », dit-elle : elle n'a pas de relations avec un homme, et si elle se trouve enceinte, ce ne peut être que du fait de violences sexuelles qu'elle aurait subies il y a trois mois dans une gare parisienne. Quatre hommes l'auraient contenue et l'un d'eux l'aurait violée. Elle dit en avoir fait des cauchemars par la suite et conserver la sensation d'une douleur permanente. Elle garde un souvenir persistant du visage de cet homme. Mais elle ne souhaite pas porter plainte : elle ne veut pas ré-évoquer cet événement avec un spécialiste, ni rencontrer dans un groupe de parole des personnes ayant subi la même situation. Elle ne peut pas non plus se tourner vers sa famille, dont elle n'a plus de nouvelles. Seule la jeune femme qui l'héberge connaît son histoire. L'émotion la submerge visiblement.

Mme S ne veut pas poursuivre la grossesse. Elle n'invoque pas ses difficultés sociales : nous supposons donc qu'en d'autres circonstances, elle aurait accepté l'enfant même en n'ayant pas les moyens matériels de l'accueillir. Le mobile explicite de sa demande d'interruption de grossesse, c'est qu'elle ne peut pas imaginer être la mère d'un enfant qui n'ait pas de père. L'avortement est contre ses principes, mais elle se sent incapable de

porter l'enfant d'un homme qu'elle n'a pas connu. Elle n'envisage pas non plus de mener la grossesse à terme pour confier l'enfant ensuite à l'adoption, car elle sait qu'elle ressentirait alors un attachement pour le bébé et serait déchirée entre deux situations pareillement intenable, s'en séparer ou élever un enfant sans père.

À l'issue de l'entretien, premier stade de l'analyse de cette situation, notre évaluation est claire : les critères sont réunis pour donner un avis favorable à la demande d'interruption de grossesse. En effet, la demande de Mme S se situe clairement dans le cas de figure des situations particulières (viol, inceste, etc.) prévues par le Législateur. Elle est catastrophée par la perspective de mener à terme une grossesse qui ferait d'elle la mère d'un enfant qu'elle ne peut se représenter et la placerait dans une position de fille-mère qu'elle exclut de pouvoir tenir. La violence du viol pourrait être redoublée par la réactivation de son souvenir, l'enfant pouvant être de surcroît placé dans la position inconfortable d'en être ultérieurement le mémorial vivant et permanent.

## Deuxième étape

Notre première évaluation est ébranlée par la confrontation avec l'avis des collègues médecins de DM. Le Dr A, l'une des deux médecins qui a rencontré Mme S, fait part à DM de ses doutes sur la réalité du viol allégué par Mme S. Celle-ci ne pleurerait pas quand elle s'est présentée chez elle, elle n'avait pas l'air malheureuse, mais plutôt agressive et revendicative. Le Dr A sait qu'elle s'est présentée dans un premier temps dans un autre centre, X, pour demander une interruption volontaire de grossesse et qu'on l'a lui a refusée. Compte tenu des usages dans l'Union des États Indépendants, où l'interruption de grossesse est pratiquée à la demande, elle pensait qu'elle y aurait accès comme à un droit, et n'a pas parlé du viol, mais seulement d'un homme qui serait reparti après avoir couché avec elle. Quand elle s'est rendue compte que l'interruption volontaire de grossesse était chez nous subordonnée à une condition de délai,

et à l'avis d'un collègue d'expert au delà de ce délai, elle a modifié sa présentation en conséquence. L'histoire du viol a donc très bien pu être inventée pour les besoins de la demande. En tous cas, la personne ne lui paraît pas exprimer de détresse, et l'épisode du viol, s'il a existé, n'a pas donné lieu à une névrose traumatique.

Parlant de la situation de précarité de Mme S, qui indépendamment du viol serait aussi un motif d'accepter la demande d'IMG, le Dr A est également nuancée. Considérant l'irrégularité de la situation de Mme S, de son origine géographique, et de ce qui apparaît comme la première version de son récit, celle d'une rencontre sexuelle sans lendemain, elle pense qu'il peut aussi bien s'agir d'une prostituée appartenant à un réseau russe. Les prostituées russes (le Dr A oublie au passage que Mme S est géorgienne) sont connues pour pratiquer des interruptions de grossesse à répétition, comme s'il s'agissait d'une méthode contraceptive, et on ne peut pas prendre le risque de se laisser entraîner dans ce jeu.

Le point de vue de notre collègue fragilise notre première appréciation : aurions-nous fait montre de naïveté, la demande de Mme S est-elle éthiquement recevable ? A-t-elle inventé l'histoire du viol à l'intention de ses interlocuteurs du centre Y, après le refus du centre X ? Ou bien le viol a-t-il eu lieu, et l'a-t-elle tu par honte ou discrétion au centre X, et se sent-elle obligée de l'avouer au centre Y pour obtenir l'IMG ?

Cela pose toute la question des indicateurs qu'est censé fournir, pour l'expertise de la demande d'IMG, l'entretien avec un psychologue. On se rend compte que notre première appréciation peut être captive d'un modèle de l'entretien clinique de type médical, dans lequel il s'agit de collecter des signes, produits par le sujet, attestant la dangerosité de la situation pour son équilibre physique, psychique et social. Ce qui amène forcément, pour que ces signes soient opérants, à se poser deux types de questions :

- L'entretien doit-il établir la réalité des faits, ce qui permettrait de donner une base objective à la détresse de la

femme ? Cette perspective serait celle de l'entretien mené par un assistant social. Mais qu'est-ce qui, au terme de l'entretien, permet d'établir que Mme S ne nous a pas conté d'histoires ? Sommes-nous sûrs qu'elle a été violée ? Sommes-nous seulement certains qu'elle a 23 ans, qu'elle a été mariée, qu'elle est divorcée, qu'elle est isolée et dans le besoin ? Sauf à se donner les moyens d'une investigation policière qui sort du cadre du mandat de DM, et en fait de la nature de l'exercice du psychologue, l'entretien permet rarement de produire des indices de réalité.

- À défaut d'établir la réalité des faits censés provoquer la détresse de la femme, l'entretien permet-il de collecter les signes de la réalité de cette détresse elle-même ? Cette perspective serait celle de l'entretien nosologique. C'est dans cette perspective que se situe notre collègue le Dr A en raison de sa formation médicale, quand elle estime que si la femme ne pleure pas, n'a pas l'air malheureuse, mais au contraire agressive et revendicative, elle ne manifeste pas les signes attendus d'une détresse recevable. Bien entendu, il s'agit là d'une nosographie naïve : notre collègue n'est pas psychiatre, et elle fait donc comme tout le monde, se forme une idée de l'état d'esprit de Mme S à partir de ce que celle-ci en exprime. Mais nous n'avons pas fait autre chose dans notre propre évaluation de premier niveau en constatant qu'elle était manifestement submergée par ses émotions : la divergence des deux diagnostics les relativise l'un et l'autre.

Nous sommes constamment confrontés dans les évaluations des demandes d'IMG à ces effets de sémiologie naïve, une demande formulée dans un concert d'expressions émotionnelles étant généralement accueillie par nos collègues médecins avec plus d'indulgence qu'une demande exposée froidement, qui suggère une personne maîtresse d'elle-même et donc capable d'assumer la grossesse et la maternité : oublieux de l'adage qui dit que les grandes douleurs sont muettes, ils tiennent facilement pour acquis que la détresse de la femme doit être, en quelque sorte, observable

à des signes non ambigus. Bien que réalisée ici dans une sémiologie naïve, cette perspective n'en a pas moins une certaine légitimité en clinique psychiatrique: le DSM-IV<sup>4</sup> vise effectivement à réunir des signes dont la présence permet, en cochant les cases d'une check-list, de déterminer que le patient relève de telle catégorie pathologique.

L'examen nosologique permet-il d'objectiver le risque pour la santé de la femme et pour son équilibre psychologique et psychosocial? En s'en tenant aux signes visibles, on oublie que, d'une part, une attitude posée, réfléchie, consciente des conséquences de ses choix et avisée des possibilités offertes, n'empêche pas qu'un sujet puisse éprouver une détresse non visible, mais extrême; que d'autre part, les différences culturelles peuvent se traduire par des formes très variables de l'expression des émotions, et donc de la détresse (la pudeur commande, dans certaines cultures, de ne pas exprimer sa douleur); et qu'enfin le sujet n'est pas un simple producteur de signes nosographiques qui lui échapperaient, mais qu'il élabore aussi une stratégie d'acteur en fonction des dispositifs auxquels il doit s'adapter (ce qu'indiqueraient les modifications d'attitude et de la version des événements présentée par Mme S. entre les centres X et Y, et au centre Y entre le Dr A et DM).

De ce dernier point de vue, les tableaux très divergents que semble présenter Mme S dans les deux entretiens, avec le Dr A et avec la psychologue, sont porteurs d'enseignement. S'adapte-t-elle à deux interlocutrices différemment disposées à son égard? Nous savons que le Dr A est opposée à l'interruption volontaire de grossesse: peu encline à s'en laisser conter, elle doit exprimer d'une manière ou d'une autre dans son attitude et ses questions sa distance vis-à-vis de l'histoire racontée par Mme S. L'agressivité de cette dernière répond-elle à la défiance du Dr A? Doit-on pour autant considérer que la variabilité de l'expression de ses émotions invalide sa prétention à la détresse, qu'elle nous joue la comédie? Des tableaux cliniques divergents ne peuvent-ils pas être l'expression variable d'une même détresse?

À ce stade que savons-nous? Que Mme S est enceinte de trois mois et qu'elle ne veut pas de cette maternité. Pour Marcela Iacub (2002), ce devrait être la condition suffisante sur laquelle fonder en droit toute interruption volontaire de grossesse. Mais le dispositif de prise en charge des IMG commande de rechercher les indices que cette grossesse ou la maternité qui s'ensuivrait présentent un danger pour sa santé. Il n'y a pas sur ce point accord entre les spécialistes qu'elle rencontre, du fait d'un tableau clinique inconstant d'un entretien à l'autre, qui suggère la simulation. D'un autre côté la dangerosité ne peut être exclue, par principe de précaution. On pourrait arguer que la variabilité de l'attitude de Mme S selon ses interlocuteurs exprime un comportement labile. Mais ce serait là encore rester dans une approche qui focalise le regard sur le seul patient, or la clinique psychologique embrasse une situation de communication impliquant plusieurs interlocuteurs.

L'entretien psychologique ne peut se réduire à la collecte de signes présentés par la seule intéressée. On voit que l'analyse interroge les dispositifs rencontrés par le sujet et auxquels il s'adapte, donnant sens à ses conduites et ses propos, qui sinon, étant variables d'un dispositif à l'autre, sembleraient incohérents, ou factices. L'interprétation ne peut donc faire l'impasse d'avoir à s'intéresser aux filtres à travers lesquels sont lus ces conduites et propos. Le tableau fourni par l'entretien avec le Dr A ne fournit pas que des indications sur Mme S mais sur une situation de communication entre elle et le Dr A. Il est produit en partie par l'expérience antérieure de Mme S (le rejet de sa demande par un premier centre, l'anticipation des difficultés qu'elle aura à la faire accepter par le suivant, la nécessité d'avoir à construire une présentation de soi mieux adaptée au dispositif qu'elle apprend à connaître), et en partie par les préconceptions du Dr A: l'une flairant la dissimulation à l'endroit même où l'autre tente une présentation contrôlée de soi, l'autre découvrant une interlocutrice mal disposée là où précisément elle s'attend à un rejet, chacune alimente en signes

adéquats les anticipations de l'autre. L'entretien avec DM fonctionne semblablement en tant que dispositif, mais sur des rôles différents, évoquant un peu la succession des personnages inquisitoriaux au cours de l'interrogatoire policier: d'abord la « méchante », puis la « gentille ». Mme S s'adapte là à une femme non médecin, sage-femme de formation et psychologue, de qui elle sent nécessairement, ne serait-ce que par différence d'avec l'entretien précédent, qu'elle peut espérer davantage d'empathie, ce qui non seulement autorise, mais incite l'expression des émotions (sans préjudice de la sincérité de celles-ci ou de la réalité de faits qui la provoqueraient).

En résumé, là où l'entretien psychiatrique classique verrait chez une patiente les indices labiles d'une possible dissimulation, l'entretien psychologique voit les régularités d'une conduite adaptative dans un dispositif. Mme S ne veut pas assumer sa maternité, c'est une certitude, la seule peut-être qu'on puisse affirmer. Si elle avait présenté sa demande dans son pays d'origine, ou chez nous dans le délai des douze semaines de grossesse, on y aurait accédé dans le cadre d'un dispositif l'autorisant en raison de sa « détresse » supposée. Rien n'aurait permis d'affirmer davantage l'objectivité de cette détresse, mais rien ne commandait qu'on ait à en rechercher les signes, car la législation, confirmée par un arrêt de la Cour de cassation, établit que la femme est seule juge de sa propre détresse et qu'on ne peut donc lui refuser la demande d'IVG. En conséquence, Mme S n'aurait eu ni à « exprimer » sa détresse, ni à la « simuler » (selon le statut qu'on attribue aux signes visibles de celle-ci), car le seul acte de sa demande suffisait à l'inscrire dans un dispositif qui postulait automatiquement cette détresse. Croyant au départ se situer dans ce cadre, en raison des pratiques dans son pays d'origine, elle n'a besoin dans un premier temps, ni d'exprimer cette détresse, ni d'en exposer les raisons qui ont un caractère intime (rappelons que les variations culturelles sont à prendre en compte: dans les cultures slaves, les émotions s'expriment peu, ce qui passe pour de la dureté

chez nous). Découvrant que le dispositif commande au contraire d'avoir à exposer, et cette détresse, et les raisons de celle-ci, elle se retrouve coincée dans le paradoxe d'avoir à construire une autre présentation de soi face à des spécialistes qui, eux, ne peuvent y voir qu'une invention.

### Troisième étape

La présentation à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire<sup>5</sup> constitue une nouvelle étape. DM et les Dr A et B sont appelées à rapporter sur leur évaluation de la détresse de Mme S. Cette situation comporte une dimension stratégique liée à la forme « rapport » : il ne s'agit pas seulement d'évaluer, mais de communiquer, autrement dit, de faire entendre cette évaluation à d'autres.

Lors de la présentation, qui a lieu le 20 avril, le lendemain des entretiens, c'est le Dr A qui résume la situation. Le Dr B restera en retrait de la discussion. Conformément à son point de vue, le Dr A parle de probable prostitution chez une « Russe » (la situation politique spécifique de la Géorgie et l'existence de réels réfugiés, non seulement économiques, mais politiques, seront régulièrement ignorées par nos collègues au cours de cette réunion et des suivantes). Une chef de clinique, le Dr C, renchérit en confirmant qu'au centre X où s'est d'abord adressée Mme S, on voit depuis quelques temps se présenter une population de « petites Russes » qui sont en fait « des prostituées qui connaissent les arguments pour obtenir une IVG », et qu'il faut « se méfier ». D'après le Dr C, le cas de Mme S aurait « fait rire » le personnel médical du centre X. Elle estime, elle aussi, que l'histoire du viol a été inventée en trajet entre le centre X et le centre Y, puisque la première version ne mentionnait pas le viol mais faisait seulement état d'un homme avec qui elle aurait eu un rapport et qui serait reparti ensuite.

Dans l'incertitude de la réalité du viol, DM argumente sur la situation de précarité, bien qu'elle n'ait pas été mise en avant par Mme S elle-même : l'inexistence de revenus et son isolement linguistique et social sont des

facteurs objectifs de détresse, et celle-ci ne pourrait qu'être accentuée par la nécessité d'avoir à élever seule un enfant non désiré. Le Dr C répond : « De toutes façons, elle est déjà au plus bas, alors qu'est-ce qui peut aggraver sa détresse ? ». DM ajoute que si Mme S maintient son intention de ne pas poursuivre cette grossesse, il lui faudra aller en Hollande, et pour cela trouver les moyens financiers par des voies qui peuvent précipiter sa déchéance (mais nos collègues pensent que cette déchéance est déjà consommée).

Quelqu'un avance que si Mme S ne peut pas élever l'enfant, il lui reste le recours de le confier à l'adoption. DM rappelle que Mme S exclut cette éventualité, qui surajouterait au fait d'avoir un enfant sans père, la culpabilité de l'abandonner. Un autre médecin lance qu'il ne lui reste plus qu'à tenter le centre Z, connu pour être plus souple vis-à-vis des demandes d'IVG hors délai. Cette remarque est accueillie par des rires et la demande d'IMG est rejetée.

Notre position à ce stade nous pose problème. Nous raisonnons encore, à ce moment, dans les catégories de l'expertise de type médical ou social qui sont culturellement imposées par le cadre dans lequel DM et nos collègues travaillent, à savoir un centre hospitalier : nous nous interrogeons sur la réalité, soit de l'état de détresse de Mme S, soit des conditions objectives ayant pu provoquer cet état, et nous n'avons de ce point de vue aucune certitude. Notre conviction personnelle est que Mme S est bien dans une telle situation, mais rien ne vient l'étayer pour une discussion raisonnée de son cas. Nous observons cependant que nos collègues ne sont pas plus fondés objectivement à penser le contraire, qu'ils devraient être au moins aussi interrogatifs que nous, et que leurs certitudes, affichées à renfort de sarcasmes, tiennent davantage à des idées reçues (sur la prostitution, sur l'immigration depuis les pays de l'est, etc.) et pour certains à leur position personnelle contre l'avortement, qu'à un raisonnement de type scientifique ou éthique. La décision collective est ici emportée par la force des convictions les plus fermement affirmées, qui ne sont pas nécessairement, tant s'en faut,

les mieux construites rationnellement. Coluche dirait : « Ce n'est pas parce qu'ils sont plus nombreux à avoir tort qu'ils ont forcément raison ».

Les discussions au sein d'une équipe pluridisciplinaire de diagnostic posent régulièrement ce problème de la production collective d'une expertise dès lors que l'objet de celle-ci n'est pas strictement physique, chimique ou biologique, mais que l'analyse doit prendre en compte des paramètres humains et sociaux, et que sa finalité est de servir une prise de décision de type éthique. Les expertises rendues dans chaque discipline ne font pas problème en soi : le problème commence lors de la double confrontation, d'une part, d'expertises relevant d'épistémès différentes, et d'autre part, de systèmes de valeurs, de conceptions de l'humain, voire de représentations non explicites (stéréotypes, par exemples) également différents.

Le groupe de diagnostic réuni dans la perspective d'une prise de décision d'ordre, en fait, essentiellement non médical, oublie ici, dans un fonctionnement au spontané, les principes qui sont à son fondement, celui d'un comité d'éthique, et qui sont pourtant les mêmes que ceux de l'échange scientifique auquel ils ont été formés, et qu'ils retrouvent toutes les fois où ils participent à un colloque ou à un séminaire. Ces principes sont ceux de la discussion raisonnée établie depuis les Lumières comme modèle de production de la connaissance : l'idée que des avis opposés peuvent être formulés dans un espace qui autorise que tout puisse être dit, et que la discussion rationnelle peut résoudre de façon pacifique les différends et produire un avis qui non seulement est celui auquel ne peut que se ranger le plus grand nombre, mais qui est également le plus rationnel en l'état des connaissances exposées. Il y aurait, certes, beaucoup à dire sur le modèle cognitif qui est sous-jacent à cette procédure de validation des connaissances, mais il reste qu'il a fait l'objet de nombreuses élaborations qui assoient sa légitimité depuis Condorcet, ne serait-ce que comme paradigme des constitutions démocratiques, et qu'en tout état de cause, c'est celui qui est commandé par la loi

qui demande à un collège d'experts de rendre en concertation un avis sur les demandes d'IMG. On devrait donc s'attendre à ce qu'un minimum de formalisme, sans aller jusqu'aux formes achevées du dispositif de parole que constitue le tribunal, garantisse la circulation de parole, au sens où celle-ci a une réelle possibilité d'être formulée, mais aussi d'être entendue.

Or, dans ce cas de figure, DM se sentait empêchée de parler, à la fois par défaut d'acceptabilité, de légitimité, de ce qu'elle avait à dire (du fait de nos propres incertitudes sur ce cas, et du fait de sa position statutaire de non-médecin), mais aussi par absence d'espoir d'être entendue (du fait de trop grandes certitudes du côté des allocutaires). C'est sans doute là l'un des problèmes éthiques les plus saillants posés par ce cas.

Elle aurait pu s'en tenir au minimum de son mandat, qui sans être explicite sur ce point, était rempli dès lors qu'elle avait eu un seul entretien avec Mme S et qu'elle avait rendu compte de son évaluation à l'équipe. La décision collective du groupe lui était contraire, mais il n'appartenait pas à DM de la juger.

Toutefois, le dysfonctionnement du dispositif collectif de production de l'évaluation était patent, de notre point de vue de psychologues, puisqu'il résultait, non de l'échange rationnel entre des personnes ouvertes aux analyses les unes des autres, mais d'un phénomène de consensus sur des stéréotypes, le sarcasme ayant valeur de ponctuation mettant fin au débat.

La question est donc de savoir si l'expertise psychologique est valide si elle est seulement formulée, mais pas entendue, et donc ineffective, ou s'il convient de s'assurer que tout a été fait pour qu'elle soit entendue, ce que l'on reconnaîtra à l'existence d'effets de changement. Optant pour cette seconde manière de voir notre mission d'expertise, c'est-à-dire non seulement comme la production d'un message, mais comme une action de communication s'assurant que le message trouve une destination (quelle qu'elle soit...), DM, tout en demeurant dans le cadre des préconisations formulées (quoique elles l'aient été sarcastiquement, et pas

dans l'idée qu'elles fussent suivies) au cours de la réunion au centre Y, décide d'adresser pour discussion le dossier de Mme S au fameux centre Z dont l'évocation a suscité l'hilarité de ses collègues.

Le centre Z est effectivement habitué à gérer de telles situations et passe pour être plus ouvert à la prise en considération des paramètres psychiques et sociaux dans les situations médicales étudiées. DM s'entretient à cet effet avec notre collègue psychologue au centre Z et lui fait part du dossier de Mme S et de sa réception au centre Y. Mme S est reçue le jour même par quatre personnes successivement : un médecin, un médecin senior, un psychiatre et un psychologue.

Le Dr C, du centre Y, siège aussi au centre Z et participe donc dès le lendemain, le 21 avril, au staff quotidien de ce dernier, où elle redécouvre, sous une autre présentation, le dossier de Mme S. Elle contacte tout de suite DM sur sa messagerie personnelle (DM est en congé ce jour-là), pour lui demander de rediscuter le dossier de Mme S au staff du centre Y le 22. Elle lui reproche d'avoir fait passer le dossier au centre Z : si elle estimait qu'il y avait là un cas à défendre, pourquoi ne l'a-t-elle pas fait, en demandant avec plus d'insistance que le cas soit rediscuté ? DM lui répond qu'eu égard à l'état d'esprit du groupe, il ne lui semblait pas que le dossier eût eu davantage de chances d'être pris en considération. En fait, à l'analyse, – et c'est ce que confirme le reproche du Dr C –, il nous paraît que le principe même de la production d'un avis collectif par affrontement verbal des argumentaires souffre d'un biais majeur : comme le suggère le Dr C, il aurait fallu insister, s'accrocher, émouvoir, faire assaut de rhétorique, dans une conception du débat comme combat, où il importe d'avoir raison de l'autre davantage que d'avoir raison contre lui (Schmoll 2008). Or, outre leurs différences de compétences au verbal, les membres d'une équipe pluridisciplinaire se rencontrent sans pouvoir oublier les différences de statut, de hiérarchie, de genre, etc. et les paroles des uns et des autres ne pèsent pas le même poids, quelle que soit par ailleurs la pertinence de ce qu'ils ont

à dire. Enfin, certaines analyses, aussi délicates qu'incertaines (et l'expertise psychologique est forcément de celles-là), sont moins aisées à soutenir que certains lieux communs qui bénéficient du crédit des représentations partagées par le plus grand nombre et faiblement interrogées. Il semble que la ruse, en l'occurrence la manœuvre qui a consisté à faire intervenir un tiers extérieur, se soit avérée plus incitative qu'un argument bien construit pour faire bouger utilement les choses.

#### Quatrième étape

Lors de la deuxième réunion du staff du centre Y, le 22 avril, le Dr C déclare qu'elle n'a pas reconnu le dossier de Mme S dans la présentation qui leur en a été faite au centre Z. Le cas était annoncé comme un dossier de « prostituée russe » (les images ont la vie dure !) ayant subi un viol par quatre hommes dans une gare de Paris. La situation sociale précaire et la détresse de Mme S sont à nouveau évoquées. Un autre chef de clinique soulève la question : est-ce bien une réponse médicale qu'il faut apporter à ces demandes ? Peut-on demander à l'équipe médicale d'effectuer une interruption de grossesse au delà du délai des douze semaines pour répondre à un problème qui relève du social ? (Mais le fait est que Mme S ne met pas sa situation sociale en avant, mais bien sa situation morale, celle résultant du viol : or les viols font bien partie des cas de figure prévus dans l'esprit du Législateur comme devant être pris en considération dans les demandes d'IMG au titre du danger sur la santé de la femme).

On repose la question : cette femme n'essaie-t-elle pas de nous manipuler pour obtenir ce qu'elle souhaite ? DM répond que nous ne pouvons pas affirmer qu'elle est sincère, mais qu'il est sûr qu'elle ne peut pas envisager la poursuite de la grossesse. Elle ne se plaint pas de la douleur généralement associée au souvenir d'un viol, on ne retrouve pas la symptomatologie d'une névrose traumatique, ce qu'avait déjà souligné le Dr A. Mais le principe de précaution devrait jouer. On peut s'interroger sur l'influence de la culture,

en l'occurrence slave, sur les formes de la névrose traumatique. Il n'est pas impossible que les femmes d'une autre culture que la nôtre soient moins affectées que nous par de telles expériences, alors qu'elles ont effectivement vécu ces expériences. Ou bien qu'elles soient tout autant affectées, mais que l'expérience soit si difficile à évoquer que le déni de la souffrance ait une fonction défensive: auquel cas, l'absence de plainte ne serait pas le signe d'une absence de souffrance, mais au contraire le signe d'une souffrance particulièrement inarticulable. DM évoque à cette occasion le souvenir d'une jeune femme d'origine soviétique qui avait eu recours à une IMG tardive pour anomalie fœtale et dont la froideur avait laissé les soignants perplexes.

Le Dr B, médecin senior qui avait rencontré Mme S mais était peu intervenue lors de la première réunion au centre Y, est invitée à exposer son point de vue. Sur un plan personnel, elle rappelle qu'elle est et sera toujours opposée à l'IVG. Cependant elle tient à prendre ses responsabilités et à ne pas se retrancher derrière la clause de conscience. Dans cette situation, elle craint que la jeune femme, déterminée à ne pas poursuivre la grossesse, tente des manœuvres abortives hors surveillance médicale et prenne ainsi des risques vitaux pour elle. À cet égard, elle se déclare favorable à une interruption médicale de la grossesse.

Le Pr D désapprouve cette indication d'interruption de grossesse (il oublie, ce disant, que c'était précisément cette indication, d'ordre sanitaire et social, qui a motivé la loi sur l'IVG) et a le sentiment d'être manipulé par une menteuse. Le Pr E demande si l'équipe a assez d'éléments pour se prononcer et propose que cette jeune femme soit à nouveau entendue, par le Dr C, cette fois, qui ne l'avait pas rencontrée, ainsi que la personne qui l'héberge et la connaît mieux, car le passage par un interprète aura sans doute limité l'investigation.

Le 23 avril, le dossier repasse une troisième fois devant le staff du centre Y, et le Dr C fait part des résultats de cette rencontre avec Mme S et son hôtesse. Cette dernière est géorgienne

elle aussi et assure la traduction. Le Dr C a été favorablement impressionnée par cette personne qui accompagnait Mme S, et qui héberge cette dernière depuis quelques mois chez elle. Le cadre est celui d'une famille bien intégrée, avec un bébé: on est loin de l'environnement suggéré par une activité de prostitution. Mme S était triste, déprimée, au cours de cet entretien. Elle a déclaré ne pas avoir imaginé qu'elle pût être enceinte, puisqu'elle ne fréquentait pas d'hommes. Le Dr C tire de cet entretien l'impression que la poursuite de la grossesse pourrait conduire Mme S à envisager le suicide. À la suite de cette

présentation, l'équipe se prononce en faveur d'une IMG au titre du danger pesant sur la mère.

#### Par la suite

Cette décision étant prise, DM continue à rencontrer Mme S par la suite, cette fois dans le cadre du suivi de l'interruption de grossesse. Les deux premiers rendez-vous, l'un au moment de l'hospitalisation, l'autre un mois après l'intervention, permettent de vérifier que Mme S assume bien l'interruption. L'hospitalisation a lieu une semaine après l'accord du staff. À cette occasion, Mme S exprime son ambi-



valence par rapport à un acte auquel elle n'aurait pas eu recours s'il y avait eu un père pour cet enfant. Elle parle de l'émotion qu'elle ressent à l'idée de se séparer d'un enfant encore vivant en elle, mais elle reste certaine de son choix et est soutenue par l'amie présente auprès d'elle. L'intervention proprement dite se passe dans de bonnes conditions, et DM peut accompagner la jeune femme jusqu'à l'expulsion du fœtus en salle de naissance. Un rendez-vous est pris pour un entretien à un mois de l'événement, et le 26 mai, DM revoit Mme S, accompagnée de son amie qui assure toujours la traduction. Celle-ci continue à assurer son hébergement, la nourrit, et lui donne de ses propres vêtements. Par ses connaissances, Mme S fait quelques ménages au noir. Mme S donne des signes de dépression, elle est en retrait au cours de l'entretien, et aux questions de DM répond qu'elle pleure toute la journée, n'a pas de projet, ne cherche à entrer en relations avec personne, et n'a pas de nouvelles de sa famille. Mais elle ne regrette pas sa décision, et la cohabitation avec le couple qui l'héberge semble bien se passer. En particulier, DM ne relève pas de signes d'ambivalence par rapport au bébé de ce couple.

La question de la réalité objective de la situation de détresse de Mme S continue à travailler les équipes, l'incertitude alimentant des rumeurs parfois extravagantes, car si l'histoire racontée par Mme S restera jusqu'au bout, y compris pour nous, marquée par cette conscience de ce qu'elle est, à savoir une histoire, *a contrario*, certaines des informations qui circulent sur son compte peuvent être confirmées comme sans fondement.

Une semaine après l'intervention, la sage-femme qui a rencontré Mme S lors de son tout premier rendez-vous, au centre X, téléphone à DM pour demander des nouvelles sur la suite des événements. Malgré la décision du staff de Y, elle reste persuadée que Mme S a inventé le scénario du viol pour obtenir une IVG. La sage-femme, qui a l'expérience de ces jeunes femmes « russes », dit qu'elles attendent parfois de connaître le sexe de l'enfant avant de faire une demande d'IVG, et que lorsque le délai des douze semaines est

dépassé et qu'on les informe qu'il est possible de se faire avorter à l'étranger à leurs propres frais, elles gardent souvent l'enfant pour les allocations familiales, avec l'intention de le placer ultérieurement en foyer. Nombre d'entre elles s'arrangeraient ainsi pour être enceintes dans le seul but de bénéficier des allocations familiales, de la sécurité sociale, de papiers pour rester en France, etc. Image sordide, donc, d'une humanité qui instrumentalise l'enfant à venir, et à laquelle on ne saurait souscrire, mais dans laquelle on soulignera que se trouvent confondues, sans souci de contradiction, les Russes et les autres nationalités orientales, les prostituées et l'ensemble des immigrées, celles qui veulent avorter et celles qui veulent au contraire garder l'enfant.

Le Dr C, qui avait rencontré Mme S en avril et qui, sur l'impression favorable laissée par l'amie qui l'hébergeait, était revenue sur ses a priori et s'était déclarée favorable à l'IMG, revient une nouvelle fois sur son évaluation. Au cours du mois de mai, elle entend parler de Mme S par des rumeurs en provenance du centre X, et s'en fait l'écho au staff de Y, revenant sur l'impression BCBG que lui avait laissée son amie : « Cette femme est en fait la maquerelle de cette Russe qui a prétendu être violée par quatre hommes. C'est une prostituée appartenant à un réseau et qui a déjà travaillé auparavant en Espagne durant deux ans. Du plus elle n'est pas seule, elle a un petit copain ». Le Dr C s'excuse d'avoir apitoyé ses collègues au sujet de Mme S, ce qui a conduit à la décision d'IMG, et rit de s'être elle-même « fait avoir ».

Au cours de l'entretien du 26 mai, DM teste discrètement ces affirmations. Elle demande à Mme S si la situation de précarité qui est la sienne est comparable à celle qu'elle a pu vivre en Espagne. La jeune femme et son amie se montrent interloquées par la question : manifestement, Mme S n'a jamais voyagé en dehors de la Géorgie et de la France.

## Le sujet : un objet d'études fuyant

Le cas de Mme S peut faire l'objet de discussions dans de multiples registres. On voit qu'il télescope les critères qui permettent d'établir l'expertise : on n'est jamais sûr de rendre compte de la réalité, puisque le sujet nous file entre les doigts. Il permet d'illustrer les effets de dispositifs, notamment en ce qu'ils produisent des tableaux pathologiques qui n'existeraient pas sans eux. Si Mme S s'était présentée dans le délai des 12 semaines de grossesse, ou si ce délai avait été autre comme c'est le cas en Russie, elle aurait demandé son IVG comme un droit, elle l'aurait obtenue, elle connaîtrait probablement les mêmes difficultés sociales et financières liées à sa situation d'immigrée, mais elle n'aurait pas eu à mobiliser par surcroît la scénographie d'un pathos qui inscrit ces difficultés dans un tableau pathologique qui la victimise. Il en est résulté que le tableau clinique qu'elle a ainsi produit, ou plus exactement, que les interactions de l'ensemble des acteurs ont contribué à produire, est indécidable, notamment dans un cadre de pensée qui continue à postuler que le sujet, toujours clair avec lui-même et avec les autres, sait, lui du moins, quand il est de bonne ou de mauvaise foi.

L'incertitude des intervenants, médecins et psychologues, n'est pas sans évoquer les débuts de la psychanalyse, à l'époque où on se demandait si l'hystérique était de bonne ou de mauvaise foi, si elle simulait ou si elle était prise au jeu de sa suggestibilité. Freud, participant aux observations de Charcot, avait constaté que l'hystériques mimaient la maladie pour répondre à l'attente des médecins. Enfermées avec les épileptiques, elles ne pouvaient que constater l'intérêt des soignants pour les convulsions sensationnelles présentées par ces malades, et leurs propres crises mimaient donc celles du « mal sacré », sans qu'il s'agît pour autant de simulation (Breuer & Freud [1895] 1956). Aujourd'hui, ce « tableau clinique » de l'hystérie est plus rare, et on sait que les formes par lesquelles la structure hystérique s'ex-

prime s'adaptent en fait au contexte, et sont culturellement déterminées. L'essentiel pour l'hystérique est de capter le regard de l'autre en s'identifiant, et notamment en imitant, l'objet sur lequel se porte ce regard.

Sous une telle approche, le tableau clinique élaboré par Charcot dans un effort pour en stabiliser et en « scientifier » la nosographie est rendu complètement caduque par le constat qu'il ne résulte que du jeu de séduction mutuelle auquel se livrent à leur insu l'observateur et l'observé, le premier relevant des signes que le second produit en réponse à ce qu'il pense être l'attente du premier. Chacun est dupe à ce jeu, l'un de sa volonté de savoir, l'autre de sa volonté de plaire, et le qui-proquo est maintenu par le fait que ce jeu leur échappe à tous deux. On a là, à l'aube de l'invention de la psychanalyse, et y contribuant, un bel exemple d'articulation entre un dispositif, celui de l'hôpital, un tableau de symptômes qui en est le produit spécifique, et un corps de savoir médical qui l'interprète. Le dispositif de l'enfermement médicalisé est producteur de stéréotypes qui aident en quelque sorte les hystériques à faire des hypothèses sur ce que les médecins attendent d'eux. On retrouve un processus tout à fait comparable dans le cas de Mme S, et l'extension du phénomène dans la modernité suggère qu'il n'est plus une spécificité de la seule structure hystérique, mais que la personnalité moderne tend jusque dans la normalité à fonctionner en référence constante au regard d'autrui.

Mais le cas de Mme S, comme celui des hystériques observées par Charcot, pose dès lors le problème de la consistance du sujet qui est derrière les signes cliniques qu'il produit. Si le tableau clinique, les symptômes, sont déterminés, mis en forme par le contexte culturel et le dispositif, le sujet est-il autre chose qu'un construit transparent aux formes sociales qui le génèrent ? N'est-il que la résultante des forces externes, biologiques et sociales, qui le font naître ? Est-il le réactif du regard des autres, ou bien a-t-il un intérieur qui ait quelque consistance ? Sur ce point, on sait que les approches théoriques sont divergentes.

### Désubstantialisation du sujet

L'expertise psychologique participe d'un certain mode de gouvernement des individus. Le dispositif législatif, qui postule l'existence d'un sujet de droit, pourrait, comme cela fut longtemps le cas, administrer les individus sans avoir recours à un avis extérieur au droit sur ce qui agit ces derniers. La sollicitation d'un avis d'expert repose sur le postulat qu'il existe une science du sujet sur laquelle adosser la décision dans certaines situations. Une longue tradition, philosophique à partir de Descartes, et théologique bien avant, dans la scolastique chrétienne, contribue à donner consistance à l'objet d'une telle science, qui s'étaye sur l'évidence de notre propre vécu : Descartes doute de tout, sauf du fait qu'il doute, et donc qu'il est, et la philosophie pense à la première personne. L'émergence du discours scientifique ne remet pas d'emblée en question l'évidence de ce fait : on peut douter de beaucoup de choses, remettre en question des évidences sensibles telles que la platitude de la terre, l'apparence que le soleil tourne autour de celle-ci, et qu'il existe un haut et un bas, mais l'évidence que nous sommes ce que nous voyons de nous dans le miroir est solidement ancrée en nous. Cette vision d'un sujet « plein » se renforcera au cours de l'expansion triomphante des sociétés modernes, construisant la figure humaniste de l'homme doué de raison, qui fonde à la fois la science et la démocratie. En droit, de même, et ce depuis l'époque romaine, la catégorie de la « personne », opposée à celle de la « chose », entretient avec elle des rapports de définition mutuelle : une personne est ce qui peut posséder une chose, et une chose ce qui peut être possédée par une personne. Un humain ne peut pas être une chose en droit, et il faudra attendre l'époque récente, les manipulations génétiques, les recherches sur l'embryon, pour que le droit commence à être interpellé dans la fermeté de ces catégories.

A *contrario*, fait pendant à cette figure du sujet « plein », celle d'humains à qui il manque quelque chose : les femmes, les mineurs, les incapables au sens juridique, les irresponsables,

qui sont les objets de la clinique, et dont une des fonctions, dans l'écriture qu'ils suscitent, est de confirmer celui qui les observe, un homme, un adulte, un médecin, un juriste, dans sa normalité et dans la certitude de sa propre consistance.

Il faut attendre le XX<sup>e</sup> siècle pour que cette évidence du sujet soit l'objet d'une déconstruction théorique par la psychanalyse, la sociologie et des penseurs comme Foucault. Michel Foucault soulignait déjà que la clinique est affaire de regard. Il était travaillé par l'interrogation sur ce qui se passe, et à quel prix, quand le regard scientifique aborde ainsi l'ensemble du sujet humain pour tenter d'en extraire la vérité. L'observateur est captif d'un calque qu'il pose sur l'humain qu'il a en face de soi, qui l'oblige à le lire dans certaines catégories, en escamotant de sa lecture ce qui en est l'enjeu, à savoir qu'il y a un observateur et un observé, que cette frontière construit l'observateur comme étant du bon côté (que plus l'autre est malade, fou ou prisonnier, plus on est soi en bonne santé, normal et libre), qu'elle le conforte dans la position de celui qui sait, et lui permet de faire l'économie d'une interrogation sur sa place dans le dispositif, sur ce qu'il en retire comme bénéfice. Le savoir porte ainsi sur l'observé et escamote l'observateur en même temps que le dispositif qui organise leur relation. Il y a donc quelque chose dans la clinique qui fonctionne autour d'un point aveugle.

Les travaux de Foucault, articulant les questions du pouvoir, du savoir et du sujet, ont largement contribué à l'idée que le sujet n'était que le produit passif des dispositifs, notamment des murs, des institutions et des discours (scientifiques et autres), qui le faisaient fonctionner. Cette idée, qui est effectivement très présente dans les premiers écrits de Foucault, est tempérée dans ses écrits tardifs où il se penche sur la façon dont le sujet répond aussi activement aux savoirs et aux pouvoirs qui le font (1984a et b).

On trouve également cette figure d'un sujet sans intérieur dans des courants majeurs de la sociologie, surtout en France, dans les sillages de Durkheim, puis de Bourdieu, qui pour

fonder la sociologie comme discipline excluent que les faits sociaux aient besoin d'être expliqués en recourant à des explications de type psychologique. Dans cette lignée, et pour reprendre l'idée foucauldienne que l'homme est une «bête d'aveu», on évoquera le travail d'Alois Hahn sur le dispositif de la confession, qu'on peut considérer comme le creuset de formes variées dont font partie aussi bien l'examen clinique que l'entretien d'embauche ou le divan du psychanalyste (Hahn 1992). Les dispositifs confessionnels sont dissemblables et revêtent des significations sociales et personnelles différentes, mais ont pour dénominateur commun de participer à ce que Hahn appelle l'institutionnalisation du moi. Le regard introspectif n'est pas seulement un miroir d'une intériorité qui existerait déjà avant le regard, il en est, d'une certaine façon, le créateur. C'est-à-dire que l'intérieur résulte du travail introspectif. Et ce travail, personne ne l'effectuerait, si n'existait pas une pression sociale à l'entreprendre, essentiellement parce que la société voit un intérêt à ce que les individus assurent par eux-mêmes le contrôle social. À partir d'un certain degré de différenciation d'une société, le contrôle social externe (par les systèmes de surveillance et de répression) devient ingérable, et il faut que le contrôle soit intériorisé (par des règles morales). Il doit être ancré non seulement au niveau des actes, mais aussi des motifs. Il y a une correspondance entre les différentes formes d'institutionnalisation du moi et les formes de confessions: le moi est construit et contrôlé par l'institutionnalisation du travail introspectif. Et ce travail est toujours guidé par un discours institutionnalisé, un corps de textes et des ritualisations du parler.

Dans cette vision de la formation du sujet moderne, celui-ci n'est que le théâtre interne (le for intérieur, au sens étymologique) de forces qui s'affrontent à l'extérieur de lui, dans le social, ou entre le social et le biologique. L'individu n'existerait que comme réceptacle des instances du contrôle social. Les topiques freudiennes, par exemple, et notamment le jeu entre le moi, le ça et le surmoi, ne rendraient pas compte

d'une structure intemporelle du sujet, transversale à toute culture, mais d'un espace virtuel créé dans les représentations de l'individu par la société, et qui est la projection d'une certaine culture à une certaine époque.

### Résistance du sujet

Sans être inexacte, cette vision est paradoxale. Car si la société requiert des individus qu'ils participent au contrôle social en intériorisant ses instances, c'est bien qu'il y a quelque chose à contrôler, quelque chose en eux, une liberté intrinsèque ou au moins une ombre qui se soustrait au regard extérieur, et qui nécessite ce contrôle. C'est parce que le sujet émerge du social comme une entité de plus en plus difficile à maîtriser, qu'il faut lui enjoindre d'être partie prenante à son propre contrôle. Les discours institutionnels, les textes, les rituels ne s'impriment pas en lui comme un programme dans un robot: ils s'adressent à lui et le présupposent comme existant à cette place de l'adresse, et susceptible d'y opposer des formes de résistance.

Le sujet est plus que la somme des facteurs qui le font naître. Les approches sociologiques ne permettent pas de prédire l'action de tel acteur, qui est toujours une surprise, et les sociologies qui ont une conception de l'acteur transparent sont généralement pertinentes quand il s'agit d'expliquer pourquoi et comment les sociétés se reproduisent, mais moins quand il s'agit d'expliquer pourquoi et comment elles changent. De ce point de vue, le sujet est un objet émergent, au sens où il n'est pas prévisible à partir des modèles qui décrivent les conditions de son apparition (les discours, la culture, les dispositifs, etc.). Il n'est pas non plus la somme de ses rôles sociaux. Il a une conduite «stratégique» à l'intérieur de ces contextes, même si le terme de stratégique est d'un emploi délicat, dans la mesure où une bonne part de ses stratégies lui échappent (ou plus exactement qu'il est dans l'ordre même de la stratégie et de l'économie subjectives qu'une partie des calculs, des mobiles, du sujet soient refoulés).

Dans *Asiles* (1961 [1968]), Erving Goffman étudie la condition sociale des malades mentaux dans les institutions qu'il qualifie de «totales» (le terme a été traduit de manière imprudente en français par «totalitaire»). Goffman définit comme «totales» des institutions qui, comme les hôpitaux psychiatriques, les casernes, les couvents, les navires, les prisons, imposent aux individus une promiscuité et un traitement uniforme abolissant les frontières habituelles entre les domaines différents de l'activité de l'existence (repos, loisir, travail...). Toutefois, ce fonctionnement nous semble pouvoir s'adapter à des institutions qui, tout en n'étant pas totales en ce sens, s'adressent à des individus qui, du fait de leurs conditions d'existence, vivent leur environnement comme tel parce que leur dépendance les place dans une situation de pouvoir de l'institution qu'Ivan Illich aurait qualifié de «monopole radical»: c'est le cas d'un établissement pour maladies graves, où le patient est libre de partir, mais est retenu par le besoin de se soigner. Or, c'est également le cas du dispositif d'évaluation de demandes d'interruption volontaire de grossesse pour raison médicale, dans les cas où l'intéressée n'envisage absolument pas de pouvoir mettre l'enfant au monde, comme c'est le cas de Mme S, mais où la décision est suspendue à l'avis d'un collègue d'experts: la dépendance de la demanderesse à l'institution est totale au sens de Goffman.

L'institution totale intéresse Goffman parce qu'elle parvient à modifier la personnalité des reclus, en les forçant à intérioriser l'image stéréotypée qu'elle a d'eux, du fait de la clôture de l'univers qui détruit toute référence identitaire. Les membres du personnel de l'institution «étiquentent» les reclus dès leur arrivée: «Le personnel part en effet du principe que tout entrant est – du fait même de son entrée – une de ces personnes pour lesquelles l'institution a été spécifiquement créée. L'interné d'une prison politique ne peut être qu'un traître, dans une prison civile c'est obligatoirement un délinquant, dans un hôpital psychiatrique ce ne peut être qu'un malade: s'il n'était ni traître, ni délinquant, ni

malade, pourquoi serait-il là ? » (Goffman 1961 [1968], p.132). Il est très difficile de se débarrasser de cette étiquette, et les reclus finissent souvent par croire (ou feindre de croire) qu'ils sont vraiment tels que le personnel pense qu'ils sont.

Selon Goffman, le personnel des hôpitaux psychiatriques est persuadé que les internés sont des malades mentaux, et toutes les réactions de ces derniers renforcent cette conviction, car elles sont comprises comme des symptômes révélateurs de leur pathologie : « Tout ce qu'un malade est amené à faire peut s'interpréter comme un élément de son traitement ou la conséquence des mesures de surveillance qui lui sont appliquées ; tout ce qu'il fait de son propre chef peut s'interpréter comme un symptôme de dérangement mental ou, au contraire, d'amélioration » (Goffman 1961 [1968], p. 261). Or, c'est moins la maladie que les contingences de l'existence qui conduisent un individu à l'internement : la population internée est au départ très hétérogène. Si, au final, tous les malades finissent par se ressembler, ce n'est pas à cause de la maladie mais du traitement qui leur est administré. On peut noter au passage l'incertitude que ce constat fait peser sur la pertinence des catégories nosologiques, puisque l'unité de certaines conduites d'un individu à l'autre, ainsi réalisée du fait de conditions communes de traitement, ne résulterait pas de la maladie mais de l'efficacité du stéréotype imposé par le dispositif.

La pertinence de l'observation est encore fragilisée par l'incertitude qui pèse sur le statut de vérité, sur « l'authenticité » des conduites observées. Goffman montre en effet que le sujet arrive à soustraire son intimité à l'observation. Parfois, le malade adhère sincèrement à cette définition de lui-même (d'autant que l'institution « totale » contribue à détruire son identité antérieure). Parfois aussi, il feint d'y adhérer pour en tirer de menus plaisirs (par exemple participer à des psychothérapies de groupe afin d'avoir l'occasion de fumer une cigarette ou de rencontrer des membres du sexe opposé) ou tout simplement pour éviter les ennuis, le médecin concluant

alors naïvement à une amélioration de son état.

Le cas de Mme S est illustratif de ce type de conduite adaptative : confrontée à différentes personnes qui la reçoivent dans différents centres d'accueil, elle se conforme à ce qu'elle suppose que ses interlocuteurs attendent qu'elle soit, et il est difficile à propos de cette conformation de déterminer si elle est vraiment ce qu'elle dit être, si elle fait semblant de l'être, et ce sciemment, ou si elle finit par croire qu'elle est vraiment ce que médecins et psychologues pensent qu'elle est (avec dans ce cas des effets de morcellement qui participent à la confusion du tableau clinique, puisque tous n'ont pas le même avis).

Les soignants, de leur côté, ont effectivement cette représentation normative que montre Goffman de ce que doit être la « bonne » candidate à une IMG. Dans un autre travail (Merg & Schmoll 2005), nous donnons l'exemple de deux demandes d'IMG présentées lors de la même séance au même groupe de diagnostic pour le même motif (une même malformation de l'enfant à naître) par deux couples différents : l'une est rejetée et l'autre acceptée, la différence de traitement étant manifestement induite par les formes de présentation de l'un et l'autre dossiers. Pour être recevable, une demande gagne à être présentée en noircissant l'histoire familiale et en exprimant émotionnellement la détresse de l'intéressée. Ce sont des demandes « médicalement correctes » qui permettent d'identifier les femmes comme « patientes » (étymologiquement, le contraire « d'agissantes »), et par contrecoup confortent l'identité professionnelle du soignant. Les demandes adressées par des personnes émotionnellement stables, qui ont connaissance de leurs droits et des possibilités de la médecine, qui considèrent explicitement l'hôpital comme un prestataire de service, qu'on laissera tomber pour « changer de crème » dans un autre pays européen s'il refuse la demande, perturbent cette représentation du « médicalement correct ». On se trouve parfois dans des situations étonnantes, où l'équipe, pour accepter ce type de dossier (car

sinon les intéressées iront de toutes façons se faire avorter ailleurs), doit forcer la représentation qu'elle en a en prêtant même à cette stabilité émotionnelle les qualités de signes d'une détresse d'autant plus grande qu'elle ne s'exprime pas...

Dans *La mise en scène de la vie quotidienne* (1959), Goffman propose une vision plus interactionniste des mécanismes de la « présentation de soi », qu'il formalise en utilisant une métaphore théâtrale, celle de l'opposition entre la *scène* et la *coulisse*. Ce que l'individu donne à voir, en se présentant à autrui, et notamment, dans un milieu hospitalier, en se conformant au tableau clinique qui est attendu de lui, c'est un personnage qu'effectivement, pour les besoins de la scène sociale, il moule à la demande, mais qui constitue la transaction au prix de laquelle il peut préserver dans l'ombre de la coulisse un quant-à-soi qui conserve des degrés de liberté. Nous pourrions ajouter que dans cette métaphore la sociologie ne porterait que sur la scène visible du théâtre, laquelle suppose cependant un sujet en coulisse, tandis que la psychologie travaillerait sur ce qui se passe en coulisse à partir des hypothèses permises par ce qui se passe sur la scène visible.

On comprend que la clinique qui en reste, par définition, à la lecture des signes visibles, est perturbée par l'incohérence apparente de la production de signes successivement contradictoires, comme dans le cas de Mme S. Si l'observé s'offre comme objet de savoir, il importe pour la pertinence du matériau recueilli de prendre en considération le bénéfice qu'il en tire, la part de lui qu'il laisse ainsi accessible à la lecture par l'autre (et par lui-même), et la part qu'il soustrait à l'observation (ou qu'il refoule).

La métaphore permet de rendre compte de ce qui se passe de plus en plus fréquemment pour les sujets à l'époque hypermoderne, à savoir la multiplication des personnages qu'ils peuvent ou doivent jouer sur des scènes différentes, et qui les oblige à devoir construire une unité subjective qui ne peut relever que de ce qui se passe en coulisse. Mme S est certes le produit labile des dispositifs qu'elle

doit traverser, mais précisément, la diversité de ces dispositifs, et aussi, en ce qui la concerne, le passage d'une culture à une autre, ne peuvent que lui faire prendre conscience de sa propre labilité et la placent dans la nécessité de retrouver une unité au travers même de cet éclatement. On pourrait évoquer à cet endroit les réflexions de Georg Simmel sur les effets détériorant mais aussi constructifs de « l'étrangement » provoqué par l'exil.

La métaphore n'est pas incompatible avec une approche psychanalytique, puisque la « présentation de soi » n'exclut pas qu'une partie de ce qui est laissé dans l'ombre le soit, non seulement au regard d'autrui, mais également pour soi-même. Le sujet a une conduite stratégique, pour autant qu'on admette que ce terme de stratégique accepte l'oxymore qu'il y a des stratégies inconscientes : l'un des rôles, dès lors légitimé, du psychologue à cet endroit, serait de lui restituer ces calculs qui lui échappent en partie, pour qu'il se les réapproprie.

## Conclusion

S'il faut, en conclusion, proposer quelques issues à cette perplexité de l'expertise, toujours en prenant l'exemple des demandes d'IMG, il est nécessaire de revenir sur les effets de dispositif de l'existence même d'un collègue d'expert.

Il semble que le sujet se construise dans un paradoxe, en se conformant au dispositif, mais également par la conscience qu'il acquiert progressivement de l'existence de ce dispositif et de ses effets sur lui : il en est le produit mais il a également une réflexivité, une conduite stratégique dans le dispositif. À cet égard, la multiplicité des dispositifs dans la surmodernité accélère cette prise de conscience en empêchant le totalitarisme qui serait celui d'un dispositif unique. L'expertise en matière d'IMG serait une institution totale, au sens de Goffman, si les demandeuses n'avaient pas la possibilité de le contourner pour obtenir leur interruption de grossesse. Et de fait, il est probablement pour des femmes qui n'ont pas les moyens psychiques, culturels,

sociaux ou financiers de se penser et de penser leur grossesse en dehors de ce système. Mais il se trouve que les frontières françaises sont ouvertes sur les autres pays européens, alors que ceux-ci ne sont pas gouvernés par les mêmes règles de droit. Ce qui permet à une femme informée de les relativiser, de choisir éventuellement de changer de pays, et en tous cas de ne pas considérer ces règles comme l'expression d'une norme morale universellement valide. On peut alors situer l'un des rôles du psychologue dans le dispositif comme étant de restituer aux personnes l'information (sur le contexte et sur elles-mêmes) qui leur permet d'ouvrir l'éventail de leurs choix, d'augmenter leurs degrés de liberté, et par suite, de pouvoir quitter la position de « patient » et adopter une conduite « d'actant » stratégique.

Quel est le sens du maintien d'un dispositif d'expertise des demandes d'IMG dans une situation de concurrence européenne, voire internationale, des dispositifs, qui permet de toutes façons d'en contourner les décisions ? À quoi sert de confier à un collègue d'experts l'évaluation de la « détresse » de ces femmes dans ces cas d'interruption volontaire de grossesse qui représentent 5 000 interventions sur les 200 000 pratiquées en France, alors que pour ces dernières (soit dans 97,5% des cas) la loi et la jurisprudence admettent que les femmes sont seules juges de leur propre détresse ? On pourrait poser que toute demande d'IMG est automatiquement, *per se*, le signe d'une telle détresse, comme c'est en pratique le cas des demandes d'IVG.

En effet, la demande d'IVG suppose, dans le texte de la loi, la détresse de la femme et est accordée à ce titre. Pourtant, si la décision d'avorter n'est jamais anodine pour une femme, elle s'inscrit plus rarement, de nos jours, dans une situation qu'on pourrait qualifier de « détresse ». Il n'en a pas toujours été ainsi, et du temps où l'avortement était condamné à la fois juridiquement et moralement, ces situations étaient le plus souvent dramatiques. C'est donc bien l'assouplissement du dispositif, par la pacification des mœurs qui l'a accompagné, qui a

atténué du même coup, sinon fait disparaître, la souffrance qu'il produisait. On peut supposer pareillement que le dispositif d'expertise des demandes d'IMG contribue *par lui-même* à produire la souffrance qu'on lui demande d'évaluer, et que sa disparition lèverait nombre des effets paradoxaux qu'il suscite, et dont le débat soulevé au sein des équipes par le cas de Mme S est une bonne illustration.

## Bibliographie

- Agamben G. (2006), *Che cos'è un dispositivo?*, Roma, Nottetempo. Trad. fr. (2007), *Qu'est-ce qu'un dispositif?*, Paris, Payot/Rivages.
- Breuer J. & Freud S. (1895), *Studien über Hysterie*. Trad. fr. (1956), *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF.
- Foucault M. (1963), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF.
- Foucault M. (1966), *Les Mots et les Choses. Une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard.
- Foucault M. (1984a), *Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard.
- Foucault M. (1984b), *Histoire de la sexualité III. Le souci de soi*, Paris, Gallimard.
- Goffman E. (1959), *The Presentation of Self in Everyday Life*, University of Edinburgh Social Sciences Research Centre. Trad. fr. (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne. I- La présentation de soi. II- Les relations en public*, Paris, Minuit.
- Goffman E. (1961), *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York, Doubleday. Trad. fr. (1968), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit.
- Hahn A. (1992), *Confession et mentalité moderne, Regards sociologiques*, Strasbourg, Université Marc Bloch, 5, p. 1-10.
- Iacub M. (2002), *Penser les droits de la naissance*, Paris, PUF.
- Lacan J. (1949), *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je*, conférence publiée in J. Lacan (1966), *Écrits*, Paris, Seuil, p. 93-100.
- Merg D. & Schmoll P. (2005), *Éthique de l'interruption médicale de grossesse en France. Questions posées par les Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal, Les Dossiers de l'Obstétrique*, 343, novembre 2005, p. 21-29.
- Merg D. & Schmoll P. (2008), *L'interruption volontaire de grossesse: du débat de société aux discussions entre experts*, in P. Schmoll (dir.), *Matières à controverses*, Strasbourg, Néothèque, à paraître.
- Ory M. (2005), *L'exposition de la vie privée dans les émissions de télé-réalité, Revue des Sciences Sociales*, Strasbourg, Université Marc Bloch, 33, p. 58-65.
- Ory M. (2007), *La vidéosurveillance: une technologie inédite de gestion des risques urbains?*, *Revue des Sciences Sociales*, Strasbourg, Université Marc Bloch, 38, p. 76-83.
- Schmoll P. (2001), *Les Je on-line. L'identité du sujet en question sur Internet, Revue des Sciences Sociales*, Strasbourg, Université Marc Bloch, 2001, 28, p. 12-19.
- Schmoll P. (2004a), *Dans le sillage du Navire Night. L'obscur objet des passions en ligne, Revue des Sciences Sociales*, Strasbourg, Université Marc Bloch, 32, p. 66-79.
- Schmoll P. (2004b), *Le jour où la France devint folle. Les effets de surprise des élections françaises du printemps 2002*, in A. Dorna & P. Georget (dir.), *La démocratie peut-elle survivre au XXI<sup>e</sup> siècle? Psychologie politique de la démocratie*, Paris, In Press, 2004, p. 235-244.
- Schmoll P. (2005), *L'organisation spectaculaire de l'intime. L'exemple de la pornographie, Revue des Sciences Sociales*, Strasbourg, Université Marc Bloch, 33, p. 66-77.
- Schmoll P. (2008), *Du débat à la controverse: un processus polémique*, in P. Schmoll (dir.), *Matières à controverses*, Strasbourg, Néothèque, à paraître.
- est le manuel de référence le plus utilisé internationalement pour diagnostiquer les troubles psychiatriques. Il est édité par l'*American Psychiatric Association*.
5. Pour une IMG au motif d'un danger pour la mère, il suffirait de l'avis de deux médecins et d'un psychologue ou d'un assistant social. Dans l'établissement concerné ici, ces situations sont discutées lors d'une réunion collégiale du matin, le « staff », à laquelle participent les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes et un psychologue.

## Notes

1. Le terme de dispositif, dont nous faisons un usage constant dans ce texte, a été popularisé par Michel Foucault et désigne un ensemble, au départ hétérogène, d'aménagements architecturaux, de discours, de règles de droit, qui trouvent une cohérence dans leur mise en réseau. Le dispositif a des effets de formatage des relations sociales et de leur organisation, ainsi que de l'individu. Pour Foucault, le sujet est une production historique de dispositifs qui ont fini par requérir un individu doté d'une intériorité. Le terme a été repris par d'autres auteurs, dont récemment Giorgio Agamben (2006), pour être appliqué à d'autres situations que celles étudiées par Foucault : la multiplicité des dispositifs détermine selon Agamben des processus de subjectivation multiples qui concourent à l'incertitude identitaire.
2. « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » : Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
3. Mme S a été rencontrée par Dominique Merg (DM par la suite). Dans le laps de temps qui séparait deux entretiens, ceux-ci ont fait l'objet d'un travail de reprise avec Patrick Schmoll dans une perspective d'analyse clinique et institutionnelle et d'élaboration des interventions en réponse. Le « nous » collectif exprime que les deux auteurs assument la responsabilité collective du présent article, en tant que forme écrite d'une description de cas et de son interprétation.
4. *Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, qui en est à sa quatrième édition (DSM-IV),