

APO^RRIA

LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL



Sommaire/Content

2026: Vol.18, Numéro 2/Vol.18, Issue 2

3

13

ARTICLE 1

OMGBA-NOAH

LES PRATIQUES D'ALLER-VERS EN ADDICTOLOGIE : FORMES SITUÉES DU DIRE-
VRAI ET ENGAGEMENT PROFESSIONNEL FACE AUX RÉGIMES CONTEMPORAINS
DE VÉRITÉ

ARTICLE 2

LABRECQUE-LEBEAU, PARISEAU-LEGAULT ET OUELLET
LA VÉRITÉ SUR SOI : LES USAGES SOCIAUX DU DIAGNOSTIC HORS MÉDECINE

Résumé

Cet article analyse les pratiques d'Aller-vers en addictologie comme des espaces privilégiés de recomposition des régimes contemporains de vérité dans l'agir professionnel. Inscrite dans un contexte marqué par la rationalisation de l'action et la montée en puissance des dispositifs de quantification, l'analyse s'appuie sur une enquête qualitative menée auprès de professionnels intervenant auprès de publics en situation de grande vulnérabilité. L'article montre que l'Aller-vers ne peut être réduit à un simple dispositif d'accès aux soins ni appréhendé uniquement à l'aune des prescriptions institutionnelles et des indicateurs de performance. Il constitue un espace d'engagement professionnel dans lequel se déploient des formes situées de dire-vrai, ancrées dans la relation, l'expérience et l'exposition à la vulnérabilité. Mobilisant les théories du *care*, la sociologie morale et des apports issus de la phénoménologie existentielle, l'article défend l'hypothèse selon laquelle la vérité dans l'agir professionnel ne précède pas l'action, mais se construit dans et par l'engagement relationnel. L'analyse souligne enfin la portée critique de l'Aller-vers comme forme ordinaire de reconfiguration du vrai dans l'accompagnement médico-social.

Mots clés Aller-vers ; Addictologie ; Dire-vrai ; *Care* ; Régimes de vérité ; Sociologie morale

Les pratiques d'Aller-vers en addictologie: formes situées du dire-vrai et engagement professionnel face aux régimes contemporains de vérité

ANDRÉ CHRISTIAN OMGBA-NOAH

Introduction

Les sociétés contemporaines sont de plus en plus décrites comme traversées par une transformation profonde des conditions de production, de validation et de reconnaissance du vrai. Souvent désignée sous le terme de « post-vérité », cette configuration ne renvoie pas à une disparition du vrai, mais à une reconfiguration des régimes à partir desquels celui-ci est institué, hiérarchisé et rendu opératoire dans l'action. Elle se manifeste notamment par la montée en puissance de dispositifs techniques, normatifs et gestionnaires qui privilégient la traçabilité, la mesurabilité et la conformité à

des standards formalisés. Si ces transformations ont été largement documentées dans les sphères médiatiques et politiques, leurs effets sur les mondes professionnels, et en particulier sur ceux du soin et de l'accompagnement, demeurent encore insuffisamment interrogés. Or, dans ces espaces, l'agir professionnel est de plus en plus structuré par des instruments de quantification, des référentiels d'évaluation et des logiques de performance qui contribuent à redéfinir ce qui peut être reconnu comme vrai dans l'action. Dans ces configurations, la vérité tend à être indexée sur ce qui peut être objectivé, enregistré et comparé, au risque de disqualifier ou d'invisibiliser les formes de savoirs issues de l'expérience, de la relation et de l'engagement situé des professionnels. Cet article part de l'hypothèse que cette réduction instrumentale du vrai entre en tension directe avec les conditions mêmes de l'engagement professionnel dans le champ du *care*. À partir d'une enquête qualitative menée en addictologie auprès de professionnels intervenant auprès de publics en situation de grande vulnérabilité, il propose d'analyser les pratiques d'Aller-vers comme des espaces

privilegiés d'observation des recompositions contemporaines des régimes de vérité. Ces pratiques engagent en effet les professionnels dans des situations où l'action ne peut être entièrement anticipée ni réduite à l'application de protocoles, mais suppose des ajustements continus, des arbitrages situés et une exposition à l'incertitude. Dans ce cadre, l'hypothèse centrale est que les pratiques d'Aller-vers constituent des modalités situées de dire-vrai, dans lesquelles la vérité ne précède pas l'action mais se construit dans et par l'engagement relationnel. Le dire-vrai n'y renvoie pas à la conformité d'un énoncé à un référentiel préalable, mais à une pratique engageant le professionnel dans un rapport à autrui, à la situation et à lui-même, impliquant responsabilité, exposition et prise de risque.

Pour rendre compte de cette dimension, l'article mobilise de manière articulée les théories du *care*, la sociologie morale et certains apports de la phénoménologie. Dans cette perspective, le recours à la pensée de Martin Heidegger vise à éclairer les conditions existentielles de l'engagement professionnel, sans pour autant en proposer une transposition directe dans le champ des sciences sociales. Le concept de *Dasein* est ici mobilisé à titre heuristique pour désigner l'existence humaine comme être-au-monde, c'est-à-dire comme une manière d'être toujours déjà située, engagée et ouverte à autrui. L'usage de la notion de « *Dasein* professionnel » relève d'une construction analytique visant à saisir les formes spécifiques d'engagement dans le champ du *care* : un mode d'existence où agir, dire, comprendre et éprouver sont étroitement imbriqués dans l'exercice du métier. Cette existence se caractérise par sa dimension relationnelle (*Mitsein*) et affective (*Befindlichkeit*), qui rappelle que comprendre, agir et éprouver ne constituent pas des registres séparés de l'expérience. Dans cette perspective, dire vrai dans les pratiques d'Aller-vers ne consiste pas à produire un énoncé conforme à des attentes institutionnelles, mais à assumer une présence engagée au monde et aux autres dans des situations marquées par la vulnérabilité, l'incertitude et l'imprévisibilité. Le *care* apparaît dès lors non seulement comme une éthique de la relation, mais comme une pratique à la fois morale et épistémique, au sein de laquelle se construisent des formes situées de vérité. Il engage des professionnels dans des relations où la compréhension de la situation passe par une attention aux affects, aux trajectoires et aux contextes, et où la validité de l'action ne peut être entièrement réduite à des critères formalisés. Cette analyse s'inscrit dans le prolongement des travaux sur l'économie morale, notamment ceux de E. P. Thompson et de Didier Fassin, qui ont montré que les pratiques sociales sont structurées par des configurations de valeurs historiquement situées. Elle conduit à appréhender

les pratiques d'accompagnement médico-social comme des espaces au sein desquels se négocient, s'hiérarchisent et se disputent différentes conceptions du vrai, en fonction de principes de reconnaissance, de responsabilité et de réciprocité. Dès lors, face aux régimes contemporains de vérité fondés sur la standardisation, la quantification et la traçabilité de l'action, les pratiques d'Aller-vers peuvent être comprises comme des formes ordinaires de reconfiguration du vrai. Elles rendent visibles des modes d'engagement professionnel qui, loin d'être résiduels, participent activement à la production de formes de vérité ancrées dans la relation, la vulnérabilité et l'expérience vécue.

Cadre théorique

La notion de post-vérité a été mobilisée pour décrire un contexte dans lequel les faits objectivement établis semblent perdre leur capacité à structurer les jugements collectifs au profit d'énoncés émotionnels, stratégiques ou performatifs (Keyes, 2004 ; McIntyre, 2018). Plutôt que d'y voir une disparition du vrai, plusieurs travaux invitent à y lire une transformation des régimes de vérité, c'est-à-dire des procédures, normes et dispositifs par lesquels le vrai est produit, validé et reconnu. Dans les mondes professionnels du *care*, cette transformation se traduit par une hiérarchisation des formes légitimes de connaissance : les savoirs objectivables, quantifiables et comparables tendent à être privilégiés, tandis que les savoirs situés, relationnels et expérientiels demeurent plus difficilement reconnus. Les théories du *care* ont renouvelé l'analyse des pratiques de soin en mettant en évidence leur dimension relationnelle, morale et politique (Tronto, 1993; Paperman & Laugier, 2005 ; Laugier, 2015), ainsi que l'existence de savoirs situés produits dans l'interaction (Mol, 2008 ; Puig de la Bellacasa, 2017). Toutefois, la question du *care* comme régime de vérité reste encore largement implicite. Les travaux sur la rationalisation de l'action publique montrent par ailleurs que les instruments de gestion participent à la production de la vérité institutionnelle en définissant ce qui peut être compté, mesuré et comparé (Foucault, 2012 ; Supiot, 2015). La notion de *parrèsia* développée par Michel Foucault permet enfin de penser le dire-vrai (Foucault, 2009) comme une pratique engageant celui qui parle dans un rapport de responsabilité, d'exposition et de risque. Dans ce contexte, l'article articule sociologie morale, théories du *care* et apports phénoménologiques afin d'analyser l'Aller-vers comme un espace où se construisent des formes situées de vérité.

Transformations contemporaines des régimes de vérité dans l'agir professionnel

Les sociétés contemporaines sont traversées par une transformation des conditions de production, de validation

et de reconnaissance du vrai. Souvent désignée sous le terme de post-vérité, cette configuration renvoie moins à une disparition du vrai qu'à une reconfiguration des régimes de vérité, entendus comme les procédures, normes et dispositifs à travers lesquels le vrai est institué, hiérarchisé et rendu opératoire dans des contextes socialement situés (Foucault, 2012). Les travaux de Keyes (2004) et de McIntyre (2018) ont mis en évidence le déplacement des critères de validité du vrai dans les espaces publics, au profit de formes d'énonciation davantage indexées sur des logiques émotionnelles ou stratégiques. Toutefois, au-delà de ces sphères, cette transformation affecte également les mondes professionnels, où les conditions de validation du vrai sont de plus en plus médiatisées par des dispositifs techniques et gestionnaires. Dans le champ du soin et de l'accompagnement, l'agir professionnel se trouve ainsi encadré par des instruments de quantification, des référentiels normatifs et des indicateurs de performance qui participent activement à la production d'une vérité institutionnelle. Comme l'a montré Supiot (2015), la montée en puissance de la « gouvernance par les nombres » tend à substituer aux formes qualitatives d'évaluation des logiques quantitatives de validation de l'action. Dans ces configurations, ce qui est tenu pour vrai correspond à ce qui peut être tracé, mesuré et comparé. Cette évolution contribue à marginaliser les formes de savoirs issues de l'expérience, de la relation et de l'engagement situé des professionnels. Elle produit une tension structurelle entre, d'une part, des formes de vérité standardisées, abstraites et désincarnées, et, d'autre part, des vérités situées, produites dans et par l'action. Cette tension ne renvoie pas à une opposition entre vrai et faux, mais à une hiérarchisation des formes légitimes de validation du réel. Dans cette perspective, la question centrale devient celle des conditions à partir desquelles certaines formes de vérité peuvent être reconnues, tandis que d'autres sont disqualifiées ou rendues invisibles. C'est précisément dans cet espace de tension que s'inscrivent les pratiques du *care*, et en particulier celles relevant de l'Aller-vers, qui mettent à l'épreuve les cadres dominants de validation du vrai.

Le *care* comme pratique morale et épistémique du dire-vrai

Les théories du *care* ont profondément renouvelé l'analyse des pratiques de soin et d'accompagnement en mettant en évidence leur dimension relationnelle, morale et politique. Les travaux de Tronto (1993) et de Laugier (2015) ont montré que le *care* ne se réduit pas à une disposition affective ni à une compétence technique, mais constitue un cadre normatif structurant l'action, fondé sur l'attention, la responsabilité et la réciprocité. Dans le prolongement de ces analyses,

plusieurs auteurs ont insisté sur la dimension épistémique du *care*. Mol (2008) et Puig de la Bellacasa (2017) montrent que les pratiques de soin produisent des savoirs situés, élaborés dans l'interaction et souvent invisibilisés par les dispositifs de rationalisation. Ces savoirs ne relèvent ni d'une expertise formalisée ni d'une subjectivité arbitraire : ils constituent des formes de connaissance ancrées dans l'expérience, la relation et l'attention aux singularités. Toutefois, si ces travaux ont permis de penser le *care* comme pratique normative et critique, la question du *care* comme régime de vérité mérite d'être formulée plus explicitement. C'est dans cette perspective que la notion de *parrêsia* développée par Foucault (2009) offre un point d'appui décisif. La *parrêsia* désigne une pratique du dire-vrai dans laquelle celui qui parle s'engage personnellement, en assumant les risques associés à l'énonciation. Elle permet de penser la vérité comme un acte moral et relationnel, impliquant exposition, responsabilité et courage. Appliquée aux pratiques du *care*, cette perspective conduit à envisager le dire-vrai comme une pratique située, indissociable de l'engagement du professionnel dans la relation d'accompagnement. Dire vrai ne consiste pas à produire un énoncé conforme à des normes préétablies, mais à assumer une parole adressée, inscrite dans une situation, et orientée par une responsabilité à l'égard d'autrui. Dans ce cadre, le *care* apparaît comme une pratique à la fois morale et épistémique, au sein de laquelle se construisent des formes situées de vérité, irréductibles aux critères de validation dominants. Il engage des professionnels dans des situations où la compréhension du réel passe par une attention aux affects, aux trajectoires et aux contextes, et où la validité de l'action ne peut être entièrement capturée par des indicateurs standardisés.

Approche phénoménologique de l'engagement professionnel : *Dasein*, existence et agir dans le *care*

Afin de rendre compte des dimensions existentielles de l'engagement professionnel, cet article mobilise certains apports de la phénoménologie heideggerienne. Dans *Être et temps*, Heidegger (1927/1986) propose de penser l'existence humaine à partir du concept de *Dasein*, littéralement « être-là », entendu comme un mode d'être caractérisé par son inscription dans le monde. Le *Dasein* ne désigne pas un sujet abstrait, mais une existence toujours déjà engagée dans des relations, des situations et des significations. Il est fondamentalement être-au-monde (*In-der-Welt-sein*), ce qui implique que l'action, la compréhension et l'expérience ne peuvent être dissociées. Cette existence se caractérise également par sa dimension constitutivement relationnelle (*Mitsein*), qui signifie que le rapport à autrui n'est pas secondaire ou dérivé, mais

constitutif de l'être lui-même (Heidegger, 1927/1986). Le *Dasein* est toujours déjà avec les autres, pris dans des réseaux de relations qui structurent son rapport au monde. Dans le champ du *care*, cette dimension est particulièrement centrale, dans la mesure où l'agir professionnel se déploie précisément dans et par la relation à autrui. Par ailleurs, le *Dasein* est toujours affecté (*Befindlichkeit*), c'est-à-dire disposé selon des tonalités affectives qui orientent sa manière de percevoir, de comprendre et d'agir (Heidegger, 1927/1986). Cette dimension est décisive pour penser les pratiques du *care*, dans lesquelles l'engagement professionnel est indissociable d'une sensibilité aux situations de vulnérabilité. L'affection ne constitue donc pas un registre secondaire de l'expérience, mais une condition de compréhension et d'action. Heidegger distingue également des modes d'existence authentiques et inauthentiques (*Eigentlichkeit* / *Uneigentlichkeit*), qui renvoient à différentes manières de se rapporter à soi, aux autres et au monde. Sans transposition directe dans le champ professionnel, cette distinction éclaire les tensions entre des formes d'engagement situées et des formes d'action conformes aux attentes impersonnelles du « On » (*das Man*). Dans le cadre de cette recherche, la notion de « *Dasein* professionnel » est proposée comme une construction analytique explicitement située, visant à rendre compte d'un mode d'existence spécifique aux pratiques d'accompagnement. Cette notion ne vise pas à sociologiser la pensée heideggérienne, ni à en proposer une application directe, mais à en mobiliser les ressources conceptuelles pour éclairer les modalités d'engagement des professionnels dans des situations marquées par la vulnérabilité et l'incertitude. Le « *Dasein* professionnel » désigne ainsi un mode d'être dans lequel agir, dire, comprendre et éprouver sont indissociablement liés dans l'être-au-monde. Il permet de saisir l'engagement professionnel non comme l'application de règles ou de procédures, mais comme une manière d'être-au-monde impliquant une présence à autrui, une attention aux situations et une responsabilité à l'égard des effets de l'action. Dans les pratiques d'Aller-vers, cette dimension apparaît de manière particulièrement saillante. Les professionnels sont engagés dans des situations où l'action ne peut être entièrement anticipée, et où les décisions doivent être prises dans l'incertitude, en tenant compte des singularités des parcours et des contextes. Le dire-vrai y prend la forme d'une pratique située, indissociable de l'engagement existentiel du professionnel, et orientée par une responsabilité à l'égard d'autrui. Ainsi, la phénoménologie heideggérienne permet de penser le *care* non seulement comme une éthique de la relation, mais comme un mode d'existence à partir duquel se construisent des formes situées de vérité. Elle offre un cadre pour comprendre comment, face à la standardisation et à la quantification, les professionnels développent des rapports au vrai ancrés dans l'engagement, la relation et

l'expérience vécue. À partir de ce cadre, l'article analyse les pratiques d'Aller-vers en addictologie comme des espaces privilégiés d'observation des recompositions contemporaines des régimes de vérité dans l'agir professionnel. Il s'agit de montrer comment le dire-vrai se construit dans et par l'engagement relationnel, au sein de situations marquées par la vulnérabilité, l'incertitude et l'imprévisibilité.

Méthodologie

Positionnement épistémologique et cadre méthodologique

Cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative relevant de la sociologie compréhensive et de la microsociologie interactionniste, visant à saisir le sens que les professionnels attribuent à leurs pratiques d'accompagnement ainsi que les orientations normatives qui structurent leur agir. Dans la lignée de Max Weber, l'action est appréhendée à partir de sa signification subjective, en tenant compte de ses dimensions finalisée, axiologique et affectuelle (Weber, 1922/1971). Ce positionnement est articulé à une approche interactionniste inspirée de l'École de Chicago, attentive aux dynamiques situées de l'action et aux processus par lesquels les acteurs construisent le sens de leurs pratiques dans l'interaction (Blumer, 1969). À cette échelle, les structures institutionnelles sont appréhendées non comme des entités abstraites, mais comme des cadres incorporés dans des situations concrètes. Le cadre théorique développé en amont, articulant sociologie morale, théories du *care* et phénoménologie a orienté l'ensemble du dispositif méthodologique, en particulier la construction des outils d'enquête, la formulation des guides d'entretien et la focale analytique retenue. En ce sens, la démarche ne relève pas d'une induction pure, mais d'un va-et-vient itératif entre concepts et matériaux empiriques. L'enquête adopte également une perspective processuelle, attentive aux dynamiques temporelles de l'engagement (Abbott, 2001), permettant d'appréhender l'agir professionnel comme le produit de trajectoires, d'ajustements et de configurations situées.

Terrain d'enquête et dispositifs étudiés

L'enquête a été menée entre 2019 et 2022 dans le champ de l'addictologie, au sein de deux dispositifs de lutte contre les addictions en France : le programme TAPAJ (Travail Alternatif Payé à la Journée) et une équipe mobile d'accompagnement de type « Aller-vers », rattachée à un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ces dispositifs interviennent auprès de publics en situation de grande vulnérabilité sociale et sanitaire, notamment des personnes en situation de précarité, présentant des conduites addictives, souvent éloignées des institutions de soin, et confrontées à des problématiques de désaffiliation sociale et d'accès aux droits. L'Aller-vers se caractérise par

une démarche proactive, hors les murs, impliquant des visites à domicile, des interventions en milieu ouvert et un travail de coordination avec un réseau de partenaires (travailleurs sociaux, structures médico-sociales, institutions locales), en particulier dans des contextes ruraux et périurbains.

L'accès au terrain a été rendu possible par une convention de recherche établie avec le centre hospitalier concerné. Une phase préalable d'analyse documentaire (rapports d'activité, outils de suivi, données internes) a joué un rôle décisif, non seulement pour comprendre le fonctionnement des dispositifs, mais également pour établir une relation de confiance avec les équipes, facilitant ainsi l'acceptation de la recherche et l'accès aux situations d'observation.

Constitution du corpus et stratégie d'échantillonnage

Le corpus repose sur une triangulation de sources de données (Denzin, 1978), permettant de croiser les perspectives et de renforcer la validité de l'analyse : 60 entretiens semi-directifs

réalisés entre 2019 et 2022, d'une durée moyenne de 1h30 à 2h, intégralement enregistrés, transcrits et anonymisés auprès de médecins, infirmiers, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, cadres de santé et conseillers en insertion; des observations participantes et non participantes lors de visites à domicile, de réunions d'équipe et de situations d'accompagnement ; ainsi que l'analyse de documents institutionnels, notamment des protocoles, rapports et outils de suivi. Le recours combiné à des observations participantes et non participantes répond à un double objectif : accéder à la fois aux pratiques en situation et aux interactions ordinaires, tout en conservant une distance analytique permettant de contextualiser les observations.

Les participants ont été recrutés selon un échantillonnage raisonné (Patton, 2002), visant à diversifier les profils en fonction des métiers, de l'ancienneté, des niveaux de responsabilité et du degré d'implication dans les dispositifs. Les critères d'inclusion reposaient sur la participation active

Tableau 1. Caractéristiques professionnelles et contextuelles des participants à l'enquête (n = 22)

ID	Profession	Âge	Sexe	Lien avec le dispositif	Localisation
P1	Infirmier secteur psychiatrique (resp. Équipe mobile)	61	M	Intervenant dispositif	Zone urbaine
P2	Médecin	30	F	Partenaire (maison de santé)	Zone semi-rurale
P3	Médecin	NR	M	Partenaire (maison de santé)	Zone rurale
P4	Infirmière addictologie	36	F	Partenaire (CHLS)	Zone périurbaine
P5	Conseillère en insertion professionnelle	38	F	Partenaire	Zone rurale
P6	Infirmière urgence psychiatrie	45	F	Partenaire (ELSA)	Zone urbaine
P7	Aide-soignante	46	F	Partenaire (CH)	Zone périurbaine
P8	Cadre de santé	50	M	Partenaire (CH)	Zone périurbaine
P9	CESF (gérante pension de famille)	31	F	Partenaire	Zone urbaine
P10	Éducatrice spécialisée	45	F	Ex-responsable équipe mobile	Zone urbaine
P11	Infirmière cadre de santé	40	F	Partenaire (clinique)	Zone rurale
P12	Médecin addictologue	47	M	Partenaire (ANAS)	Zone rurale
P13	Médecin psychiatre addictologue (chef de service)	53	M	CSAPA CHRU	Zone urbaine
P14	Monitrice éducatrice	32	F	Partenaire (ELSA)	Zone urbaine
P15	Infirmière CRP	46	F	Partenaire	Zone rurale
P16	Infirmière CRP	39	F	Partenaire	Zone rurale
P17	Infirmière	36	F	Partenaire	Zone urbaine
P18	Assistante sociale	41	F	Partenaire (CCAS)	Zone semi-rurale
P19	Responsable infirmière	36	F	Partenaire (ANAS)	Zone rurale
P20	Éducatrice spécialisée	42	F	Intervenante dispositif	Zone semi-rurale
P21	TISF	39	F	Partenaire	Zone urbaine
P22	TISF en formation	29	F	Partenaire	Zone urbaine

Note. NR = non renseigné ; CESF = Conseiller(ère) en économie sociale et familiale ; TISF = Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale ; CRP = Centre de réadaptation professionnelle ; CHLS = Centre hospitalier local spécialisé ; ELSA = Équipe de liaison et de soins en addictologie ; ANAS = Association nationale d'action sociale ; CSAPA = Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; CHRU = Centre hospitalier régional universitaire. Les participants ont été anonymisés à l'aide d'un codage (P1–P22). Les informations susceptibles de permettre l'identification des participants ont été généralisées ou regroupées en catégories.

aux dispositifs étudiés, tandis que les critères d'exclusion concernaient les professionnels n'ayant pas d'implication directe dans les pratiques d'accompagnement.

Les entretiens ont été réalisés principalement sur les lieux de travail des participants. Ils ont été enregistrés, retranscrits intégralement et anonymisés. Le recours aux entretiens semi-directifs permet d'accéder à la signification subjective de l'action (Weber, 1922/1971), tout en laissant place à l'émergence de catégories inductives (Becker, 2002). La pandémie de COVID-19 a temporairement limité l'accès direct au terrain. Afin d'assurer la continuité du recueil de données, une grille d'observation a été élaborée en collaboration avec un infirmier psychiatrique de l'équipe mobile, permettant de documenter les pratiques durant les périodes de restriction. Ces 60 entretiens ont été réalisés auprès de 22 professionnels rencontrés à plusieurs reprises au cours de l'enquête. Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Considérations éthiques

Cette recherche s'inscrit dans le respect des principes éthiques encadrant les recherches en sciences sociales impliquant des participants humains. Les personnes enquêtées ont été informées des objectifs de l'étude, des modalités de recueil des données et de leur droit de retrait à tout moment. Leur consentement éclairé a été obtenu préalablement à la réalisation des entretiens.

L'anonymat des participants a été rigoureusement garanti. Les verbatim ont été anonymisés à l'aide d'un système de codage (P1, P2, etc.), accompagné d'une indication de la fonction professionnelle. Les informations susceptibles de permettre l'identification des participants ont été généralisées ou regroupées en catégories afin de préserver leur confidentialité. Les extraits d'entretiens ont été légèrement retravaillés sans altération de leur sens. Les données recueillies ont été stockées de manière sécurisée et ne sont accessibles qu'au chercheur. Elles seront conservées pendant une durée de cinq ans après la fin de la recherche, conformément aux usages courants en sciences sociales, puis détruites de manière sécurisée. Cette recherche n'a fait l'objet d'aucun financement spécifique. L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt. Conformément aux cadres réglementaires applicables en sciences sociales, cette étude ne relevait pas d'une procédure d'approbation par un comité d'éthique institutionnel. Néanmoins, elle a été conduite dans le respect des principes de confidentialité, de non-malfaisance et de respect des personnes.

Focale analytique : les orientations normatives de l'accompagnement

Un axe central de l'enquête a consisté à interroger les professionnels sur leur conception de la « réussite sociale ». Cette focale a été mobilisée comme révélateur des orientations normatives de l'accompagnement. L'hypothèse était que la manière dont les professionnels définissent la réussite, comme modèle normatif à atteindre ou comme trajectoire singulière à soutenir, permet de mettre au jour les principes d'action qui orientent leurs pratiques. Cette entrée analytique a permis d'identifier des univers de valeurs partagés, ainsi que des tensions entre logiques prescriptives et approches relationnelles, suggérant l'existence d'une économie morale spécifique à l'accompagnement médico-social.

Analyse des données

Les données ont été analysées selon une approche thématique inductive inspirée des travaux de Jean-Pierre Paillé et Alex Mucchielli (Paillé & Mucchielli, 2012), combinant codage ouvert et axial. L'analyse a procédé par allers-retours itératifs entre matériaux empiriques et cadre théorique, jusqu'à saturation des catégories analytiques. Une attention particulière a été portée aux justifications mobilisées par les professionnels, aux dilemmes rencontrés dans l'action, aux registres normatifs et affectifs structurant leurs pratiques, ainsi qu'aux tensions entre prescriptions institutionnelles et engagements relationnels.

Critères de rigueur scientifique

La rigueur de l'analyse a été assurée à partir des critères classiques de la recherche qualitative (Lincoln & Guba, 1985) : crédibilité, par l'immersion prolongée sur le terrain et la triangulation des données ; transférabilité, par la description détaillée du contexte et des dispositifs étudiés ; fiabilité, par l'explicitation des procédures d'analyse ; confirmabilité, par la réflexivité du chercheur et la traçabilité des interprétations. La triangulation des sources (entretiens, observations, documents) a permis de renforcer la robustesse des résultats et de limiter les biais liés à une source unique.

Résultats

Redéfinir la réussite : une vérité située contre la normativité abstraite

L'analyse des entretiens met en évidence une remise en cause explicite des référentiels institutionnels de la réussite sociale. Loin de se référer prioritairement aux indicateurs dominants (abstinence, insertion professionnelle, autonomie), les professionnels mobilisent des définitions situées, ajustées aux trajectoires des personnes accompagnées.

Comme l'exprime une monitrice éducatrice : « L'idée... c'est vraiment de comprendre la réussite à partir de la relation qu'on a avec eux... parce que sinon, on passe complètement à côté » (P1, monitrice éducatrice). De même, une infirmière souligne : « On ne peut pas attendre les mêmes choses de tout le monde... sinon on met tout le monde en échec » (P2, infirmière).

Ces extraits montrent que la réussite n'est pas appréhendée comme conformité à un modèle normatif préétabli, mais comme ajustement à une situation singulière. La vérité du travail se déplace ainsi du registre de l'objectif à atteindre vers celui de la relation à soutenir.

Ce déplacement peut être interprété, dans une perspective phénoménologique, comme une tension entre un régime de vérité impersonnel, relevant du « On » (*das Man*), et une compréhension située du monde, dans laquelle le *Dasein* professionnel assume son rapport singulier à la situation.

La présence comme modalité existentielle du dire-vrai

Les données empiriques montrent que le dire-vrai ne se réduit pas à un acte discursif, mais s'ancre dans une forme de présence engagée. Ainsi, une assistante sociale affirme : « On est là, même quand il n'y a pas de solution... et parfois, c'est ça qui compte le plus » (P3, assistante sociale). Une infirmière en équipe mobile ajoute : « On ne peut pas tout cadrer... si on veut tout maîtriser, on ne fait plus ce travail-là » (P4, infirmière).

Ces extraits mettent en évidence une transformation du rapport à l'action : l'efficacité n'est plus définie par la production de résultats mesurables, mais par la capacité à maintenir une présence dans des situations marquées par l'incertitude. Dans une perspective heideggérienne, cette configuration renvoie à la *Befindlichkeit* (Heidegger, 1927/1986), c'est-à-dire à la manière dont le *Dasein* est toujours déjà affecté et disposé dans le monde. L'engagement professionnel apparaît ici indissociable d'une sensibilité aux situations, qui conditionne la compréhension et l'action. Le dire-vrai prend ainsi la forme d'une fidélité à la situation : il ne consiste pas à produire un énoncé conforme à un référentiel, mais à habiter la relation.

Arbitrer dans l'incertitude : dilemmes, responsabilité et *parrêsia*

Les entretiens révèlent la fréquence des dilemmes dans l'agir professionnel, opposant exigences institutionnelles et exigences relationnelles. Un cadre de santé explique : « On a des protocoles... mais on sait que parfois ils ne correspondent pas à la réalité du terrain » (P5, cadre de santé). Une éducatrice spécialisée précise : « Il faut parfois accepter des choses qu'on ne validerait pas ailleurs... sinon on casse la relation » (P6, éducatrice spécialisée).

Ces arbitrages mobilisent des registres normatifs et affectifs, renvoyant à une économie morale de l'accompagnement (Thompson, 1971 ; Fassin, 2009). Dans plusieurs cas, le dire-vrai prend la forme d'une parole exposée : « Dire les choses... même quand ça ne va pas dans le sens de ce qu'on attend... c'est ça le plus dur » (P7, responsable d'équipe mobile).

Cette configuration correspond à la notion de *parrêsia* chez Michel Foucault (2009), entendue comme pratique du dire-vrai impliquant courage et responsabilité.

Du point de vue phénoménologique, ces situations révèlent des moments où le *Dasein* professionnel ne peut se réfugier dans les cadres impersonnels du « On » : il doit assumer une position située dans la relation à autrui.

Fragmentation des régimes de vérité et désajustement moral

L'analyse met enfin en évidence un clivage entre deux régimes de vérité structurant l'agir professionnel : un régime institutionnel, fondé sur la quantification, la traçabilité et la standardisation, et un régime relationnel, fondé sur l'expérience vécue et la continuité du lien. Une infirmière résume ce décalage : « Ce qu'on fait vraiment... ça ne se voit pas dans les chiffres » (P8, infirmière). Un médecin confirme : « On est dans des métiers tournés vers l'autre... mais ce qui est évalué, ce n'est pas ça » (P9, médecin).

Ces propos mettent en évidence une dissociation entre ce qui fait sens dans l'action et ce qui est reconnu institutionnellement. Ce décalage produit un désajustement moral face à des exigences contradictoires. Dans une lecture heideggérienne, cette tension peut être comprise comme l'expression de différentes manières de se rapporter au monde et à autrui, certaines davantage orientées par les normes impersonnelles du « On », d'autres par une appropriation plus singulière des situations rencontrées. Les pratiques d'Aller-vers apparaissent ainsi comme des espaces dans lesquels se maintiennent des formes situées de vérité, irréductibles aux dispositifs de quantification. Ces résultats mettent en évidence une tension structurelle entre des formes de vérité situées, produites dans l'interaction, et des régimes de vérité fondés sur la quantification.

Discussion

Du *care* comme éthique au *care* comme régime de vérité

Les résultats invitent à déplacer l'analyse du *care*. Alors que la littérature l'a principalement appréhendé comme une éthique de la relation, fondée sur l'attention, la responsabilité et la réciprocité (Tronto, 1993 ; Laugier, 2015), les données empiriques montrent qu'il constitue également un mode

spécifique de production du vrai. Les professionnels rencontrés ne se contentent pas d'agir « avec sollicitude » : ils produisent, dans et par leur engagement, des formes de vérité *in situ*. La redéfinition de la réussite, l'importance de la présence et les arbitrages opérés dans les dilemmes témoignent d'un déplacement du critère de validité du vrai, désormais fondé sur l'ajustement à des situations singulières. Ce résultat permet de prolonger les travaux de Mol (2008) et de Puig de la Bellacasa (2017) en montrant que les savoirs du *care* ne sont pas seulement situés, mais qu'ils participent d'un régime de vérité spécifique, fondé sur l'expérience vécue, la relation et l'engagement. Le *care* apparaît ainsi comme une pratique à la fois morale et épistémique, au sein de laquelle la vérité se construit dans l'action. Dans cette perspective, le *care* peut être rapproché des analyses de Cynthia Fleury (2018), qui souligne que les pratiques de soin engagent une éthique de l'irremplaçable, dans laquelle la singularité des existences ne peut être subsumée sous des normes générales sans perte de sens.

Dire-vrai et engagement : une lecture à partir de la parrêsia

Les résultats mettent également en évidence que le dire-vrai dans les pratiques d'Aller-vers ne peut être compris indépendamment de l'engagement du professionnel. Les situations de dilemme, les arbitrages et les tensions avec les cadres institutionnels montrent que dire vrai implique une prise de position, souvent exposée et risquée. Cette dimension rejoint directement la notion de *parrêsia* développée par Michel Foucault (2009). Dans cette perspective, dire vrai ne consiste pas à énoncer une vérité abstraite, mais à s'engager dans une parole qui implique responsabilité et courage. Les professionnels décrivent précisément ce type de situation lorsqu'ils évoquent la nécessité de « dire les choses » face à des attentes institutionnelles inadaptées. L'apport de cette recherche est de montrer que la *parrêsia* ne se limite pas aux sphères politiques ou philosophiques, mais qu'elle se déploie également dans des pratiques ordinaires du *care*. Elle prend ici la forme d'un dire-vrai discret, souvent invisible, mais structurant pour l'action professionnelle. Cette dimension peut être mise en regard des travaux de Judith Butler (2005), pour qui toute prise de parole engage une responsabilité éthique dans la relation à autrui. Le dire-vrai dans le *care* apparaît ainsi comme une pratique située de responsabilité, exposée à la fois aux attentes institutionnelles et à la singularité de la relation.

Apport phénoménologique : le *Dasein* professionnel comme condition du dire-vrai

L'un des apports centraux de cet article réside dans la mobilisation de la phénoménologie de Martin Heidegger afin

de penser les conditions existentielles du dire-vrai dans l'agir professionnel. Le *Dasein* ne renvoie pas à un sujet social empiriquement situé, mais à une manière d'être-au-monde caractérisée par l'engagement dans le monde, la relation à autrui (*Mitsein*) et la tonalité affective (*Befindlichkeit*) (Heidegger, 1927/1986). Relus à la lumière de cette perspective, les résultats montrent que les pratiques d'Aller-vers mobilisent cette condition existentielle. La présence des professionnels, leur exposition à l'incertitude et leur capacité à habiter les situations plutôt qu'à les réduire à des schémas d'intervention prédéfinis traduisent une manière d'être-au-monde irréductible à l'application de procédures. C'est dans cette perspective qu'est proposée la notion de « *Dasein* professionnel », conçue comme une construction analytique explicitement située. Elle ne transpose pas la pensée heideggérienne dans le champ des sciences sociales, mais en mobilise les ressources pour éclairer un mode d'engagement où agir, dire, comprendre et éprouver sont indissociablement liés. Dans cette configuration, le dire-vrai ne peut être réduit à une conformité à des référentiels ou à une adéquation entre énoncé et réalité. Il apparaît comme une pratique située, indissociable de l'engagement du professionnel dans la relation d'accompagnement. La vérité ne relève plus ici d'une propriété des énoncés, mais d'une modalité de l'existence en situation, ancrée dans l'expérience vécue et dans la relation à autrui. Ces éléments permettent de prolonger l'analyse en mettant en évidence une tension entre deux régimes de vérité : un régime institutionnel fondé sur la quantification, la traçabilité et la standardisation de l'action (Supiot, 2015), et un régime relationnel, ancré dans l'expérience, la présence et l'engagement. Cette tension ne saurait être interprétée comme une simple opposition entre deux conceptions concurrentes du vrai. Elle renvoie à une hiérarchisation des formes légitimes de validation du réel, dans laquelle certaines vérités relationnelles, situées et existentielles se trouvent marginalisées ou difficilement reconnaissables dans les dispositifs institutionnels. Les analyses de Cynthia Fleury (2018) soulignent que la fragilisation contemporaine des pratiques de soin tient précisément à la difficulté des institutions à reconnaître la valeur de ces expériences singulières. De manière complémentaire, les travaux de Judith Butler (2005) invitent à penser la vulnérabilité comme une condition relationnelle fondamentale de la reconnaissance. Dans une lecture phénoménologique, cette tension peut être comprise non comme un conflit entre deux modes d'existence opposés, mais comme l'expression de modalités constitutives de l'être-au-monde. D'un côté, le *Dasein* est toujours déjà pris dans les normes, les attentes et les significations partagées du « On » (*das Man*) ; de l'autre, il peut être conduit à se réapproprier de manière plus singulière

son rapport au monde et à autrui. Les pratiques d'Aller-vers apparaissent ainsi comme des situations dans lesquelles les professionnels éprouvent les limites des cadres institutionnels tout en demeurant inscrits en leur sein. Elles donnent à voir des formes d'ajustement par lesquelles les acteurs cherchent à maintenir des vérités situées, sans pour autant s'extraire complètement des normes et des attentes qui structurent leur activité. Ce faisant, l'analyse conduit à proposer l'idée d'une écologie du vrai, entendue comme coexistence de régimes de vérité hétérogènes, irréductibles à un principe unique de validation. Cette perspective invite à reconnaître les formes de vérité produites dans l'expérience relationnelle et l'engagement situé.

Contributions de l'article et implications

Cette recherche apporte des contributions théoriques, empiriques et conceptuelles qui permettent de renouveler l'analyse des pratiques de *care* dans l'accompagnement médico-social. Sur le plan théorique, elle propose de déplacer le regard porté sur le *care* en le pensant non plus seulement comme une éthique de la relation, mais comme un régime de vérité. En articulant sociologie morale, théories du *care* et phénoménologie, l'article montre que les pratiques d'accompagnement produisent des formes spécifiques de validation du réel, ancrées dans l'expérience vécue, la relation et l'engagement. Sur le plan empirique, l'article s'appuie sur un matériau qualitatif dense pour montrer comment les professionnels élaborent, dans leur pratique quotidienne, des formes situées de vérité. L'analyse des verbatim, des dilemmes et des ajustements met en lumière les opérations par lesquelles les acteurs redéfinissent les critères de pertinence de l'action en tension avec les cadres institutionnels. Sur le plan conceptuel, l'article introduit la notion de « *Dasein* professionnel » comme outil analytique permettant de penser l'engagement professionnel au-delà d'une lecture strictement normative ou procédurale. Cette notion permet de saisir l'imbrication de l'agir, du dire, du comprendre et de l'éprouver dans les pratiques d'accompagnement. Les résultats ouvrent plusieurs implications pour la pratique professionnelle, la recherche, la formation et la gestion des dispositifs d'accompagnement.

Sur le plan des pratiques professionnelles, ils invitent à reconnaître que l'agir en contexte de *care* ne peut être réduit à l'application de protocoles standardisés. Le dire-vrai repose sur un engagement relationnel, une capacité d'ajustement et une présence située qui excèdent les logiques strictement procédurales. Sur le plan de la recherche, cette étude invite à approfondir l'analyse des régimes de vérité dans les mondes professionnels du *care*, notamment dans d'autres contextes d'intervention et en croisant davantage les points de vue des

professionnels et des personnes accompagnées. Sur le plan de la formation, les résultats suggèrent d'intégrer davantage la dimension réflexive, relationnelle et affective dans les dispositifs de formation des professionnels du médico-social. Former au *care* suppose de travailler les capacités d'engagement, d'écoute et d'ajustement, ainsi que le rapport à la vulnérabilité et à l'incertitude.

Sur le plan de la gestion et du pilotage des dispositifs, cette recherche met en évidence les limites d'une évaluation exclusivement fondée sur des indicateurs quantitatifs. Elle invite à ouvrir des espaces institutionnels permettant de rendre visibles et discutables les dimensions relationnelles du travail.

Limites et perspectives

Comme toute recherche qualitative, cette étude présente certaines limites. Elle repose sur un terrain spécifique (l'addictologie) et sur des dispositifs particuliers, ce qui invite à la prudence dans la généralisation des résultats. Par ailleurs, la mobilisation de la pensée heideggérienne, bien que justifiée analytiquement, reste une opération de traduction conceptuelle qui pourrait être approfondie, notamment en explorant d'autres dimensions du *Dasein* ou en confrontant cette approche à d'autres cadres théoriques. Ces limites ouvrent des perspectives de recherche, notamment dans d'autres champs du *care* ou dans des contextes institutionnels différents. Une autre limite tient à la relation entre le chercheur et les participants, susceptible d'influencer la production des données. Comme dans toute enquête qualitative fondée sur des entretiens et des observations, les discours recueillis ne peuvent être considérés comme des expressions totalement indépendantes du contexte d'enquête. Ce biais potentiel est d'autant plus significatif que les objets abordés (engagement professionnel, dilemmes moraux, rapport à la vérité) touchent à des dimensions sensibles de l'identité professionnelle, susceptibles d'être reformulées dans une perspective valorisante ou défensive. Toutefois, cette dimension constitue aussi une ressource analytique. Dans une perspective interactionniste et réflexive, les discours d'entretien sont appréhendés comme des constructions situées, révélatrices des cadres d'interprétation mobilisés par les acteurs. En ce sens, la réflexivité du chercheur et la triangulation des matériaux ont permis de limiter les effets de ce biais et d'en faire un objet d'analyse à part entière.

Conclusion

L'objectif de cet article était d'interroger les recompositions contemporaines de la vérité dans l'agir professionnel à partir de l'analyse des pratiques d'Aller-vers en addictologie. L'enquête a montré que ces pratiques ne peuvent être réduites

à un simple dispositif opérationnel d'accès aux soins ni à un ensemble de techniques d'intervention ajustées à des publics vulnérables. Elles constituent, plus fondamentalement, des espaces de production de vérités situées, élaborées dans et par l'engagement relationnel, au contact de la vulnérabilité et dans l'incertitude des situations. En articulant théories du *care*, sociologie morale et apports phénoménologiques, cet article a proposé de penser le dire-vrai non comme une opération de vérification ou de conformité à des référentiels préétablis, mais comme une pratique ancrée dans l'existence. La mobilisation du concept de *Dasein* a permis de montrer que la vérité du *care* relève d'un rapport situé au monde, dans lequel agir, comprendre et éprouver sont indissociables. Les résultats ont également mis en évidence la coexistence de régimes de vérité hétérogènes au sein de l'action publique : un régime institutionnel fondé sur la quantification, la traçabilité et la standardisation de l'action ; un régime relationnel, ancré dans l'expérience vécue, la continuité du lien et la reconnaissance des singularités. Leur tension produit des formes de désajustement moral dans lesquelles les professionnels doivent arbitrer entre des exigences parfois contradictoires. Ce faisant, l'article contribue à déplacer le regard porté sur le *care*. Il ne s'agit plus seulement de le considérer comme une éthique de la relation, mais comme un régime de vérité à part entière, doté de critères de validité fondés sur l'engagement, la responsabilité et la présence. Le *care* apparaît ainsi comme une forme ordinaire de résistance aux régimes contemporains de vérité, en ce qu'il maintient ouvertes des conditions de reconnaissance ancrées dans l'expérience, la relation et la vulnérabilité. Les implications de cette analyse sont à la fois théoriques et politiques. Elle invite à intégrer plus explicitement la question du vrai dans les analyses du *care* et à interroger les présupposés épistémiques des dispositifs de gouvernement. Reconnaître le *care* suppose de reconnaître les régimes de vérité qu'il produit. Cette contribution permet de déplacer la question du vrai dans l'action professionnelle : il ne s'agit plus de déterminer si une action est conforme à un référentiel, mais de comprendre dans quelles conditions elle peut être reconnue comme juste, située et responsable. En définitive, la question soulevée par les pratiques d'Aller-vers excède celle de l'accès aux soins. Elle engage plus largement une interrogation sur les formes de vérité que nos institutions choisissent de reconnaître, de valoriser ou d'invisibiliser. C'est dans cet espace discret, mais décisif, que se jouent les conditions contemporaines du dire-vrai dans le champ du *care* et, plus largement, les possibilités de résister aux recompositions actuelles des régimes de vérité.

Références

- Abbott, A. (2001). *Time Matters: On Theory and Method*. Chicago: University of Chicago Press.
- Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier : Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La Découverte.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Butler, J. (2005). *Giving an Account of Oneself*. New York: Fordham University Press.
- Denzin, N. K. (1978). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw-Hill.
- Fassin, D. (2009). Les économies morales revisitées. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 64(6), 1237–1266.
- Fleury, C. (2018). *Les irremplaçables*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (2009). *Le courage de la vérité. Le gouvernement de soi et des autres II*. Paris : Gallimard/Seuil.
- Foucault, M. (2012). *Du gouvernement des vivants*. Paris : EHESS.
- Heidegger, M. (1927/1986). *Être et Temps*. Paris : Gallimard.
- Keyes, R. (2004). *The Post-Truth Era: Dishonesty and Deception in Contemporary Life*. New York: St. Martin's Press.
- Laugier, S. (2015). *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- McIntyre, L. (2018). *Post-Truth*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd.). Paris : Armand Colin.
- Papernan, P., & Laugier, S. (dir.). (2005). *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris : Éditions de l'EHESS.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Puig de la Bellacasa, M. (2017). *Matters of Care: Speculative Ethics in More Than Human Worlds*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Supiot, A. (2015). *La gouvernance par les nombres*. Paris : Fayard.

Thompson, E. P. (1971). The Moral Economy of the English Crowd in the Eighteenth Century. *Past & Present*, 50, 76–136.

Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.

Weber, M. (1922/1971). *Économie et société*. Paris : Plon.

Pour joindre l'auteur

André Christian Omgba-Noah, PhD
Docteur en sociologie
Sociologue de la santé et du *care*
Enseignant vacataire, Département de santé publique
Faculté de médecine, Université de Tours, France
Courriel: aombanoah@univ-tours.fr
ORCID : <https://orcid.org/0009-0009-7464-9746>

Résumé

Cet article s'intéresse à l'usage narratif du diagnostic, formel et informel, comme forme narrative qui dit la vérité sur soi. Nous débutons par un bref tour de la littérature portant sur les usages sociaux des diagnostics hors de l'univers médical. Vingt-cinq (n=25) entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'individus aux profils variés et qui s'identifient sur un ou plusieurs des trois axes suivants : la neurodiversité, la diversité corporelle et la diversité sexuelle et pluralité des genres. Mobilisant une analyse de discours sollicitant la pensée foucauldienne du rapport à soi et des régimes de vérité, nous faisons état des six thématiques qui ont émergé : l'enquête personnelle tournée vers une forme préalable, la conceptualisation du diagnostic, son inscription dans une histoire humaine et familiale, sa compréhension par rapport à des singularités interactionnelles, sa reconnaissance phénoménologique et finalement, la présence de diagnostics hors diagnostic, soient des catégories qui fonctionnent comme des diagnostics mais qui n'en constituent pas. La recherche d'un diagnostic devient un acte de vérité, une technique de soi qui s'inscrit dans des rapports subjectivants. Les diagnostics pourraient bien aujourd'hui occuper ce rôle de dispositif narratif afin de se raconter et de mieux se comprendre.

Mots clés autodiagnostic; diagnostic; narration; usages sociaux; vérité

La vérité sur soi : les usages sociaux du diagnostic hors médecine

LISANDRE LABRECQUE-LEBEAU, PIERRE
PARISEAU-LEGAULT ET GUILLAUME OUELLET

La vérité sur soi : les usages sociaux du diagnostic hors médecine

La médecine, le modèle biomédical et la santé sont des univers de référence qui ont pris une importance grandissante depuis le milieu du XIX^{ème} siècle; les catégories diagnostiques se sont disséminées dans le sens commun et les représentations quotidiennes. On a ainsi assisté à une montée des identifications biomédicales et d'un ethos de la santé (Freund & McGuire, 1991). Que l'on parle de sensibilité thérapeutique (Illouz, 2006), de la santé comme conduite sociale privilégiée (Crawford, 2006) ou de

tyrannie du diagnostic (Rosenberg, 2002), c'est toujours pour désigner cette imprégnation des référents biomédicaux dans les représentations ordinaires.

La littérature portant sur les rapports aux catégories diagnostiques s'est largement développée autour de deux axes principaux : l'analyse des effets de stigmatisation, d'une part, et d'autre part, des dynamiques de résistance ou de réappropriation déployées par les personnes concernées. Tous les diagnostics ne sont en effet ni également désirés, ni également mobilisés, ce qui invite à considérer la pluralité des rapports possibles à ces catégories. Une avenue moins adoptée consiste à analyser le diagnostic comme ressource narrative, formelle ou informelle. Plutôt que d'envisager le diagnostic uniquement comme une catégorie imposée, contestée ou négociée, on peut approcher les catégories diagnostiques comme des constructions analytiques visant à révéler comment les normes sociales et les rapports de pouvoir façonnent la narration de soi contemporaine.

Ce projet de recherche a visé à renouveler le concept et la notion de normalité comme catégorie de connaissance du

monde, par le biais d'entretiens (n=25) avec des individus variés et qui s'identifient sur un ou plusieurs des axes suivants : la neurodiversité, la diversité corporelle et la diversité sexuelle et pluralité des genres. Nous avons procédé à une analyse de discours de ces récits, afin de faire émerger les réseaux de significations qui se tissent au sein des représentations sociales des catégories diagnostiques. L'analyse du corpus met en évidence des représentations sociales des catégories diagnostiques comme des formes originaires, perçues comme préexistantes à leur formulation scientifique et sociale, et qu'il s'agirait de « découvrir » plutôt que de construire, rejoignant en cela l'idée de réalité « toujours déjà-là » théorisée notamment par Berger et Luckmann (1986), et mobilisée par Scott (1990) dans le contexte du stress post-traumatique.

Nous ferons un bref tour de la littérature portant sur les usages sociaux des diagnostics hors de l'univers médical. Nous détaillerons le cadre théorique retenu, soit la pensée foucauldienne du rapport à soi et des régimes de vérité, avec l'apport de ses prolongements institués par Rose (2003, 2005) et Rabinow (2010). Nous détaillerons le dispositif méthodologique de l'étude avant d'exposer les résultats selon six thématiques: l'enquête personnelle tournée vers une forme déjà-là, la conceptualisation du diagnostic, son inscription dans une histoire humaine et familiale, sa compréhension en rapport avec des singularités interactionnelles, sa reconnaissance phénoménologique et finalement, la présence de diagnostics hors diagnostic. Nous terminerons par une discussion des résultats qui replace dans son contexte cette quête de vérité sur soi et ses fonctions narratives.

Sociologie des diagnostics et de leur vie hors médecine

Le diagnostic comme phénomène social a fait l'objet de recherches diverses. À la fois catégorie et processus, mais aussi outil et logique classificatoire, comme nous le rappelle Jutel (2009), le diagnostic est un objet hautement social, tant dans sa construction que son déploiement, ses usages et ses disputes. Toutefois, les manières d'appréhender le diagnostic ont sensiblement évolué dans le temps, passant d'une lecture centrée sur ses effets de catégorisation et de contrôle social à une attention accrue pour ses appropriations, ses circulations et ses transformations hors du champ biomédical.

Les travaux classiques des années 1960 à 1980 ont d'abord posé les bases d'une analyse critique du diagnostic en insistant sur ses effets d'étiquetage et de production de la déviance. Dans la lignée de Erikson (1962), Goffman (1975) ou encore Becker (1985), le diagnostic est envisagé comme un instrument de classification sociale participant à la stigmatisation des individus. Ces perspectives ont été

prolongées par les analyses de la médicalisation, notamment chez Zola (1972), Illich (1975) et plus tard Conrad (1992, 2007), qui montrent comment des problèmes sociaux ou des variations de la vie quotidienne sont progressivement redéfinis en termes médicaux. Dans cette première phase, le diagnostic apparaît principalement comme un outil de normalisation et d'extension du pouvoir biomédical.

À partir des années 1990 et 2000, la littérature se complexifie en s'intéressant davantage aux dynamiques d'appropriation et aux usages situés des catégories diagnostiques. Des travaux mettent aussi en évidence la manière dont différentes professions se réapproprient le diagnostic à des fins d'autonomisation et de reconnaissance, par exemple dans les domaines infirmier, nutritionnel ou du travail social (Dubois et al., 2017 ; Ramacciati et al., 2023 ; Sur et al., 2023). Si ces usages contribuent à élargir les cadres d'intelligibilité, ils sont aussi critiqués pour leur tendance à reproduire certaines logiques du paradigme biomédical, notamment en termes d'essentialisation et de hiérarchisation des savoirs.

Parallèlement, un tournant important s'opère avec l'attention portée aux expériences subjectives et aux appropriations identitaires des diagnostics, en particulier dans le champ de la santé mentale. Le mouvement des personnes survivantes en psychiatrie, notamment, a insufflé des modalités d'appropriation et de reconnaissance de leurs réalités (Lefrançois et al, 2013). Des recherches montrent comment les individus mobilisent les catégories diagnostiques pour produire du sens, structurer leur expérience et revendiquer des formes d'appartenance (Garrec, 2022; Jacques, 2020). Ce déplacement analytique contribue à faire du diagnostic non plus seulement un instrument de catégorisation imposée, mais aussi une ressource symbolique et relationnelle, dont les significations sont négociées et transformées.

Plus récemment, les travaux se sont intéressés à la circulation des diagnostics au-delà du champ médical strict, mettant en évidence leur diffusion dans les sphères éducatives, médico-sociales, culturelles et numériques (Béliard & Eidelman, 2014; Goudet, 2021; Jutel & Russell, 2023). Cette extension s'accompagne d'un élargissement de ce qui peut être qualifié de « diagnostic ». Haslam (2016) propose qu'un phénomène « d'élargissement sémantique » soit à l'œuvre, selon lequel plusieurs concepts, comme la maladie mentale ou le trauma, englobent maintenant des phénomènes moins intenses ou afférents au phénomène initial. Comme le suggère Brinkmann (2016), les catégories diagnostiques peuvent être comprises comme des « objets épistémiques » évoluant au sein de cultures spécifiques, et dont les frontières deviennent de plus en plus poreuses.

Dans ce contexte, plusieurs transformations majeures se dégagent. D'une part, certaines catégories font l'objet de processus de revalorisation et de retournement du stigmat, comme dans les mouvements liés à la neurodiversité (Ortega, 2009) ou à la culture Sourde (Chapman, 2021), où des diagnostics auparavant pathologisants deviennent des supports d'identification collective et de revendication (Cefaï, 2016). D'autre part, de nombreuses entités se situent aujourd'hui à la frontière du normal et du pathologique, illustrant la plasticité des catégories diagnostiques. Des trajectoires comme celles de la dysphorie de genre (Ashley, 2019) ou de l'asexualité (Gressgård, 2014) témoignent de ces déplacements, sous l'effet de mobilisations sociales, de reconfigurations scientifiques et de luttes pour la reconnaissance.

Enfin, un ensemble croissant de catégories fonctionne « comme » des diagnostics sans nécessairement relever d'une reconnaissance médicale formelle. Des notions telles que la douance (Lignier, 2012) ou l'hypersensibilité (Aron, 1997; Edenroth-Cato et Sjöblom, 2022), illustrent cette dynamique. Ces catégories circulent largement dans l'espace public et numérique, où elles contribuent à structurer des expériences subjectives et à favoriser des formes d'affiliation communautaire, notamment en ligne (Lian & Nettleton, 2014).

C'est dans ce prolongement que s'inscrit la question de l'autodiagnostic, phénomène en expansion mais encore relativement peu exploré empiriquement. Si Jutel (2010) en a proposé une première analyse du point de vue des représentations médicales, les usages sociaux contemporains de l'autodiagnostic restent encore insuffisamment théorisés. De l'autisme au trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA, TDAH), en passant par diverses conditions somatiques ou psychiques, les individus développent désormais des rapports directs et actifs aux catégories diagnostiques, court-circuitant partiellement les médiations médicales traditionnelles (Russo et Ferraro, 2025).

Ainsi, si la littérature a progressivement déplacé son regard du diagnostic comme instrument de contrôle vers le diagnostic comme ressource, elle peine encore à saisir pleinement les formes contemporaines, diffuses et ordinaires de son appropriation. Cet article propose de contribuer à ce chantier en analysant le diagnostic non plus seulement comme catégorie ou processus institutionnel, mais comme forme sociale circulante, dont les usages profanes — en particulier l'autodiagnostic — participent à redéfinir les frontières du pathologique, de l'identité et de la connaissance. En mettant l'accent sur ces usages « vivants » et encore peu documentés, il vise à éclairer la manière dont le diagnostic se reconfigure

aujourd'hui à l'intersection des savoirs experts et des expériences subjectives.

Cadre théorique

Dans le contexte de la présente analyse de discours qui se penche sur les modalités subjectivantes des usages du diagnostic, certains apports théoriques se montrent incontournables. La pensée de Foucault, d'abord, multiple et foisonnante, se décline selon différentes périodes, positions épistémologiques et objets d'étude (Otero, 2021). Un des fils conducteurs que ses commentateurices ont pu soulever au sein de son œuvre est celui d'une généalogie du sujet, et plus précisément une histoire longue des techniques de vérité (Lamy, 2018). Lamy nous rappelle que, pour Foucault, « la vérité n'est pas un concept transcendantal : elle s'incarne dans des régimes spécifiques qui se donnent pour tâche, à chaque époque, de faire advenir le vrai » (Lamy, 2018, p. 203). Si l'œuvre de Foucault a décliné cette histoire selon différentes périodes historiques (antiquité, religion chrétienne et âge des disciplines) possédant chacune ses techniques propres (respectivement, par exemple, l'ascèse, l'aveu, et la surveillance), ces techniques de vérité coexistent également entre elles. Foucault parlera plus généralement « d'actes de vérité » quand il s'agit de parler du rapport à soi.

Comment se fait-il que, dans la culture occidentale chrétienne, le gouvernement des hommes demande de la part de ceux qui sont dirigés, en plus des actes d'obéissance et de soumission, des « actes de vérité » qui ont ceci de particulier que non seulement le sujet est requis de dire vrai, mais de dire vrai à propos de lui-même. (Foucault, 2017, p. 317)

Les analyses de Foucault sont souvent saisies selon leur attention à deux forces sociales imbriquées, le savoir et le pouvoir. Les différentes formes de savoir et de pouvoir qui prévalent à une époque donnée se combinent et donnent à voir des formes institutionnelles qu'il a nommées dispositifs. Foucault a ainsi pu développer à propos des dispositifs de la sexualité, ou encore de la prison. Les formes de savoir et de pouvoir d'une époque contribuent aussi aux conditions de possibilités de l'apparition et de la persistance de certains phénomènes. Il a ainsi parlé de « régime de vérité » (Foucault, 1976, p. 112-114) pour évoquer les conditions selon lesquelles un discours sera tenu pour vrai. La naissance du regard clinique et la constitution de la médecine comme « science positive » joue ce rôle du dire-vrai quant aux corps : « la clinique est une manière de disposer la vérité déjà acquise et de la présenter pour qu'elle se dévoile systématiquement. Il ne s'agit pas encore d'un examen, mais d'un décryptement ». (Foucault, 1963, p. 61).

En lignage avec les réflexions de Foucault sur le biopouvoir et la biopolitique, Rabinow a parlé de biosocialité (2010) pour désigner l'apparition et la consolidation de pratiques sociales et de modes de subjectivation cristallisées autour de syndromes, d'entités ou de particularités rendues « découvrables » par le dépistage génétique. Plus largement, la biosocialité veut désigner une « autoproduction » (2010, p. 29) de sens, inscrite dans les connaissances scientifiques et biomédicales en circulation, et dans une culture thérapeutique. Nikolas Rose a également poursuivi certaines intuitions foucauldienne en parlant de « sujets neuro-chimiques » (2003) et de « citoyenneté biologique » (Rose et Novas, 2005). Ces concepts explorent eux aussi la prégnance des représentations biomédicales, psychopharmacologiques et génomiques sur les modes de subjectivation contemporains, comme le font plus largement ses travaux sur la culture psychologique, psychiatrique, le soi et la gouvernementalité (1996, 1999, 2007). L'ensemble de ces travaux permettent d'établir un lien heuristique entre des formes d'identification individuelle et une culture plus large, tout en représentant des apports théoriques plus récents.

Approche méthodologique

La présente analyse concerne un sous-corpus d'un projet plus large. Ce projet a visé à renouveler le concept et la notion de normalité comme catégorie de connaissance du monde, par le biais d'entretiens avec des individus variés et qui s'identifient sur un ou plusieurs des axes suivants : la neurodiversité, la diversité corporelle et la diversité sexuelle et pluralité des genres. Vingt-cinq (n=25) entretiens semi-directifs ont été conduits avec des personnes qui ont répondu à l'appel de recrutement, principalement diffusé par le biais des réseaux sociaux. Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en Dépendances, Inégalités sociales et Santé publique (CER-DIS numéro de projet 2023-1736). Les personnes participantes ont signé un formulaire de consentement et la confidentialité de leur propos a été préservée.

Le thème du diagnostic a émergé comme une thématique importante et occupant une place névralgique dans la narration de soi des personnes participantes. Nous avons donc retenu l'ensemble des extraits évoquant les catégories diagnostiques formelles et informelles pour les besoins de la présente réflexion. Par diagnostic formel nous entendons un diagnostic établi dans le modèle biomédical et qui a été confirmé par des démarches cliniques. Par diagnostic informel nous entendons soit l'autodiagnostic d'une catégorie formelle existante, soit les catégories diagnostiques qui n'en sont pas officiellement, du fait de leur caractère non-médical, exploratoire, alternatif.

Les caractéristiques sociodémographiques principales de notre échantillon de personnes participantes sont le jeune âge (un peu plus des deux-tiers de l'échantillon est âgé de moins de 40 ans) et un haut niveau de scolarité (la moitié de l'échantillon ayant fréquenté l'université). Nous reproduisons dans les tableaux 1 et 2 l'éventail de conditions qui ont pu être codées comme diagnostics formels et informels par les personnes participantes. À noter que plusieurs personnes ont cumulé plus d'un diagnostic, à l'intérieur du même ensemble ou dans les deux ensembles (diversité corporelle et neurodiversité). On remarque aussi que les diagnostics issus de la neurodiversité représentent un moins grand nombre de catégories, mais concernent un plus grand nombre de personnes (8 catégories mentionnées concernant 20 personnes, contre 10 catégories mentionnées concernant 11 personnes pour les diagnostics considérés comme physiques). Nous dissociions ces deux catégories de diagnostics même si leur expérience et leur étiologie ne se déploient pas de manière claire selon une dichotomie entre, d'une part le physique, et d'autre part le neurologique et psychique. Dernière observation: la constellation des anxiodépressions a pour le plus souvent été nommée sous la forme d'adjectifs ou par le biais d'humeurs quotidiennes (« être déprimée »), et beaucoup moins, sinon peu, sous l'angle d'un diagnostic reçu. Cette présence ambivalente peut s'expliquer par la démocratisation, la fréquence et la dissémination des anxiodépressions dans l'expérience, sous des formes vues comme fréquentes, et donc plus banalisées.

Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participantes, et retranscrits sous la forme verbatim. Ces verbatims ont ensuite été importés dans le logiciel NVIVO. Nous avons utilisé la méthodologie de l'analyse de discours (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2017) afin de tracer les réseaux de significations qui se tissent au sein des représentations concernant les catégories diagnostiques. L'analyse de discours considère que les textes, écrits et oraux, et le langage constituent des sources à partir desquelles interpréter les représentations sociales et culturelles d'une société donnée. Ces représentations, puisées et reconstituées à même le discours, sont vues comme étant en interaction étroite, dynamique et constante avec, à la fois les pratiques effectives des individus et des groupes (Keller, 2007), mais aussi l'ensemble des normes sociales, des mentalités et des discours d'une époque donnée.

Plus précisément, les verbatims ont fait l'objet d'une analyse qualitative de contenu par catégories émergentes (Glaser et Strauss, 1967; Paillé et Mucchielli, 2012). L'analyse qualitative de contenu n'est pas ici une fin en soi, mais un moyen d'identifier les réseaux de significations qui révèlent des

Tableau 1. Diagnostics évoqués issus de la diversité corporelle

Diagnostics issus de l'axe diversité corporelle	Nb de personnes
Syndrome d'Ehlers-Danlos	2
Diabète	1
Endométriose	1
Trouble de la croissance	1
Intersexuation	1
Migraine chronique	1
Paralysie faciale	1
Scoliose	1
Trouble des tissus conjonctifs	1
Syndrome post-COVID 19	1
TOTAL: 10 catégories	11

Tableau 2. Diagnostics évoqués issus de la neurodiversité et de la santé mentale

Diagnostics issus de l'axe neurodiversité et santé mentale	Nb de personnes
Anxiodépansions	4
TDAH	4
Douance, haut potentiel	4
Autisme	3
Troubles schizoïdes	2
Trouble de la personnalité limite	1
Hypersensibilité	1
Neurodivergence non-spécifiée	1
TOTAL: 8 catégories	20

normes sociales et des régimes de vérité. Puisque l'analyse se fait toujours en lien étroit avec la question de recherche sur les usages subjectivants du diagnostic, les catégories retenues ne sont pas de simples résumés thématiques, mais des constructions analytiques visant à révéler comment les normes sociales et les rapports de pouvoir façonnent la narration de soi contemporaine.

Résultats

Les résultats se déclinent selon les sous-thématiques suivantes : l'enquête personnelle tournée vers une forme déjà-là, la conceptualisation du diagnostic, son inscription dans une histoire humaine et familiale, sa compréhension en rapport avec des singularités interactionnelles, sa reconnaissance phénoménologique et finalement, la présence de diagnostics hors diagnostic, soient des catégories qui agissent comme des diagnostics mais qui n'en sont pas.

L'enquête personnelle : débusquer une forme préalable

Probablement en raison d'un biais lié au recrutement, qui était formulé sous l'angle des axes de la diversité et de la normalité, toutes les personnes participantes avaient forcément quelque chose à dire sur leur propre différence perçue. Une des manières avec lesquelles cette identification a pris place est par le biais des catégories diagnostiques. Pour le résumer ainsi: la question n'est pas de savoir si j'ai quelque chose, mais ce que j'ai. Ainsi, les catégories diagnostiques

prennent la forme d'objets préexistants, d'entités naturelles et objectives, qui sont potentiellement présentes en soi, et dont il s'agit de trouver laquelle ou lesquelles.

Le vocabulaire employé révèle déjà certaines modalités de rapport au diagnostic. La cartographie des mots qui précèdent le mot diagnostic dans le corpus (voir annexe) nous montre certains usages répandus. Ainsi, « être » diagnostiqué et « avoir » un diagnostic sont des emplois fréquents (Fleischman, 1999), même si inexacts en français (on diagnostique une maladie; on reçoit un diagnostic). Ces emplois résonnent avec un ancrage du diagnostic dans des modalités de subjectivité profonde, mais aussi d'appropriation et de possession.

« Aller chercher » un diagnostic est une forme courante qui nous parle d'un certain nombre de choses, notamment d'un processus téléologique orienté vers l'obtention. Il est souvent question de TDAH ou d'autisme lorsque ces formulations sont employées; elles nous mettent sur la piste d'un besoin de reconnaissance officielle permettant d'accéder à différentes formes de soutien :

Je ne vais pas chercher de diagnostic [de douance], parce que je ne fais plus d'étude. (Nicolas)

On est rentré dans le merveilleux monde d'aller chercher un diagnostic au public, à ce moment-là. (Marie-Pierre)

Ça déborde plus que jamais. C'est pour ça que je suis allée chercher mon diagnostic. (Frédérique)

Il existe également un usage davantage documenté des diagnostics à des fins institutionnelles, pour ce que le diagnostic peut nous permettre. Les personnes nomment ce que le diagnostic leur a permis, l'envisagent comme un moyen d'accéder à des accommodements, à des soins, à une aide financière. Dans l'entretien concernant le deuxième extrait, la personne a longtemps lutté pour ne pas être perçue en situation de handicap, mais l'obtention du diagnostic associé lui a procuré une qualité de vie certaine. Le diagnostic reçu ne constitue toutefois toujours pas, pour elle, une catégorie de connaissance qui s'applique à son expérience.

Moi je l'accepte très bien, mon diagnostic, c'est vraiment utiliser l'institution médicale à mon propre avantage en fait. (Charlie)

Donc j'ai vu mon médecin, je me suis fait déclarer comme personne handicapée, puis maintenant j'ai une subvention de 56 % de mon salaire, donc c'est merveilleux, je peux prendre du temps puis avoir justement cette qualité de vie-là que je n'avais pas avant. (Julie)

Différemment d'un processus utilitariste orienté vers l'obtention diagnostique, un participant s'oppose à cette vision qu'il nomme pragmatiste. Il nous explique que pour lui, le processus diagnostique est davantage lié au fait de mieux connaître certains enjeux profonds à propos de soi.

« Est-ce que ça se peut que je sois TDAH? ». C'était comme la première fois que je pensais à ça. Puis le psychologue, il a dit : « Tu peux avoir le diagnostic que tu veux, ça dépend de ce que tu veux en faire ». Autrement dit, approche très, très pragmatique du diagnostic. Donc ça a un peu fermé la porte pour moi, à cette époque-là, parce que je ne fonctionne pas sur ce mode. (François)

On évoque parfois que les médecins « ne trouvent pas ». L'implicite est à l'effet qu'il existe bien quelque chose qui mérite une attention médicale, ou du moins une définition médicale, mais que ce quelque chose n'a pas encore été « trouvé ». À l'inverse, le flou diagnostique peut prendre la forme de la multiplication des entités apposées par le corps médical, comme pour Julien (dernier extrait). Plusieurs personnes nous ont également parlé de longues années d'errance diagnostique, souvent des femmes et des personnes non-binaires avec des conditions ou des handicaps « invisibles ».

-Intervieweuse – « Quand tu dis schizophrénie, c'est un diagnostic que tu as reçu? »

-Participant – « Ils ne savent pas. Ils ne savent pas » (Mélanie)

Je n'ai pas de limitation au niveau santé mentale, ou quoique ce soit, ... Après, j'ai sûrement un petit quelque chose là, mais mon médecin ne trouve pas. (rire) C'est comme ça. (Julie)

J'ai traversé un processus d'errance diagnostique. (Charlie)

J'ai borderline. Bipolaire. Psychotique. Schizo-affectif. Schizophrène. J'ai toutes les maladies. (Julien)

Lors de ce dernier entretien, nous avons pu observer que les catégories ne collaient pas tant à l'expérience du participant. Sans nier ses propres difficultés et son fonctionnement différent, les pratiques diagnostiques en devenaient pour lui décrédibilisées par la surenchère d'étiquettes à son endroit. On y observe notamment un point de tension entre les attentes des personnes (trouver la vérité sur soi), des états infracliniques difficilement appréhendés par les systèmes de classification (Helmchen & Linden, 2000; Okasha, 2018) et l'incertitude inhérente aux diagnostics, psychiatriques notamment, une science assez incertaine et mouvante (Lane, 2020).

Qui dit « chercher » et « aller chercher » dit finalement « trouver ». Au terme du processus, qu'il soit d'errance, de contestation ou d'obtention, les résultats de l'enquête personnelle sortent au grand jour. Ils permettent de s'expliquer à soi-même, mais aussi de mieux se connaître, voire de découvrir des choses à propos de soi.

J'ai eu la chance d'avoir un diagnostic extrêmement tôt pour une endométriose. (Charlie)

J'ai découvert que je suis diabétique en 2019. (Stéphanie)

J'ai tendance à vite faire des dépressions. (Frédérique)

J'ai une vraie grosse tendance au burn-out. (Élodie)

Plusieurs personnes nous parlent également du diagnostic qu'elles ont reçues sous la forme possessive (mon diagnostic), révélant un sentiment d'appropriation, voire de propriété. Des personnes inscrivent aussi un diagnostic reçu, ou plutôt vécu, sur le mode de la « tendance à », l'ancrant dans une constitution, une personnalité.

Conceptualiser

Les personnes participantes nous offrent plusieurs définitions et conceptions de leur condition ou de leur diagnostic. La littérature pertinente a déjà parlé de modèles explicatifs de la maladie et de conceptions profanes (Kleinman, 1980),

de représentations sociales (Herzlich, 1969) pour désigner ces représentations. Dans notre corpus, ces définitions correspondent parfois aux définitions médicales ou officielles, comme le premier extrait par exemple, qui consiste grosso modo en une distinction offerte par le modèle biomédical. Cependant, les personnes vont parfois fournir leur propre définition, en conservant l'appellation diagnostique, comme la schizophrénie, et l'expliquer différemment que le modèle biomédical. La définition retenue par les individus représente donc une dimension à part entière de leur mobilisation des diagnostics.

On peut y voir une volonté de donner sens au diagnostic, tout en contestant et resignifiant certaines définitions.

C'est une migraine, ce n'est pas un mal de tête. (Chloé)

La schizophrénie, c'est de la télépathie involontaire. (Julien)

Le TDAH, c'est conduire une Ferrari pas de frein sur une autoroute à quatre voies. (Marianne)

Différentes théories sont également mobilisées de manière explicite par les personnes. Le cognitivo-comportementalisme revient à plusieurs reprises dans les entretiens, en phase avec son succès social. Des conceptions variées de l'identité de genre sont aussi présentes, notamment la métaphore de la sphère, qui offrirait davantage de possibilités de représenter l'expérience que le continuum. Un autre exemple est celui de la théorie des cuillères, une allégorie assez répandue dans le monde du handicap et des maladies chroniques, et qui désigne le fait que certaines personnes disposent d'une somme d'énergie réduite, qui correspondrait à un nombre de cuillères restreint, pour accomplir leurs activités de vie quotidienne.

On retrouve certaines traces de la fonction métaphorique de la maladie et d'une compréhension en termes psychosomatiques. Ces interprétations peuvent être adoptées par les personnes, mais également repoussées, comme dans le deuxième extrait. Le sens donné au diagnostic et à son contexte reste primordial dans l'appréhension de la vérité sur soi.

Moi l'année passée, j'avais beaucoup de problèmes digestifs. Quand j'ai fait mes recherches, ça disait que c'était relié à mon diabète. Mais en même temps, je me disais: bon, il y a sûrement quelque chose dans ma relation que je ne digère pas. Dès que j'ai dit ça, ça a arrêté. C'est fou hein! (Stéphanie)

Je trouve qu'on nous dit plein de choses contradictoires, qui sont invalidantes de ce qu'on vit vraiment. On nous donne des intentions, t'sais comme en clinique de COVID longue, on m'a dit entre autres, que l'inconscient peut jouer un gros rôle. (Laurence)

La figure métaphorique du zèbre est également mobilisée dans deux univers diagnostiques différents, soient la constellation neurodivergente gravitant autour de la douance, et les maladies rares. Les deux univers sollicitent la même figure, mais pour des charges symboliques différentes: le premier pour désigner la différence marquée et la capacité de dissimulation, le deuxième pour évoquer le caractère inattendu, insoupçonné.

Je lisais récemment dans un groupe Facebook « TDAH-HPI (haut potentiel intellectuel) », qu'il y a les zèbres. (François)

Le symbole des maladies rares, c'est le zèbre. Ça vient du fait que si on entend des sabots, à quoi on pense automatiquement? À un cheval, on ne pensera pas au zèbre. Bien c'est ça, les maladies rares, souvent on va avoir des symptômes, on va penser à ce qui est le plus commun. Mais quand t'es un zèbre, ce n'est pas ça, la réponse. (Laurence)

Peu importe la charge qui y est associée, la figure du zèbre possède un potentiel fortement singularisant, et qui contribue à qualifier de manière ludique, mais aussi très naturalisante, les différences et les conditions diagnostiques.

Inscrire dans l'histoire humaine et familiale

Un autre des attributs identifiés dans cette analyse porte sur l'histoire personnelle. Plusieurs personnes tiennent à nous souligner l'historicité des catégories diagnostiques, souvent pour dire que certaines d'entre elles n'existaient pas avant et possèdent une histoire récente. En revanche, les entités correspondantes sont envisagées comme possédant une réalité autonome et diachronique. À ce sujet, l'autisme revient souvent comme catégorie formelle à construction récente, mais dont la réalité empirique existerait depuis longtemps. Les personnes nomment qu'elles ont pu être retardées dans leur parcours médical et diagnostic en raison de cette méconnaissance. Les gens rencontrés soulignent la sensibilité sociale à repérer certains comportements et à les classer différemment selon le contexte.

Tu sais, il n'y a pas plus d'autistes qu'avant! C'est juste que là, on permet d'identifier des personnes qui fonctionnent différemment au niveau de la compréhension puis de l'interaction. (Vicky)

Dans les années 90, tu étais normal ou handicapé. (Marie-Pierre)

Moi, à l'époque, j'ai 45 maintenant, je n'en ai jamais entendu parler avant récemment. Bien déjà parce que les diagnostics de TDAH et autres, en France, c'est vachement plus en retard, je pense. Je n'avais jamais entendu parler de ça. (David)

Cette représentation des entités comme traversant les âges contribue à nourrir l'imaginaire de maux et de singularités possédant une matérialité autonome, objective, et que les catégories sociales manquent de lire à certaines époques. Notre contexte social actuel est alors décrit comme suivant une évolution vers davantage de connaissances et d'acceptation, et apposant des mots et une explication scientifique sur des réalités autrefois méconnues.

Les catégories sont également inscrites dans l'histoire familiale. L'hérédité, d'abord, est sollicitée de manière profane, expérientielle, pour s'expliquer la source de sa condition. Le terrain familial consiste en une preuve convaincante, devient une validation, une confirmation, quelque chose qui fait écho ou qui « sonne des cloches ». Au contraire, l'absence de cas familiaux d'une maladie héréditaire est évoquée comme une anomalie.

Et surtout que, dans ma famille, quasiment tout le monde a un diagnostic [de neurodivergence]. On sait que c'est génétique. On sait que : 1+1 ça fait deux, c'est très logique. (Charlie)

Ils pensent à certains syndromes, comme le syndrome qui provoque exactement ce que j'ai. L'arthrose sévère, des déchirures de la rétine, de la surdité. Moi je n'ai pas de surdité, mais mon père est devenu sourd subitement. Donc ça me sonne des cloches! Je trouve ça cohérent. (Laurence)

Les migraines, c'est supposé être une maladie héréditaire, puis il n'y a personne dans ma famille qui a des migraines. (Chloé)

L'histoire et les résonances familiales sont soulevées comme un appareillage qui vient appuyer le diagnostic, en constituant une certaine objectivité héréditaire. À cet effet, le lignage et la génétique sont posés comme un ancrage des maux dans une réalité matérielle qui dépasse d'autres explications dans leur potentiel d'apporter du sens aux symptômes. Les personnes vont à ce sujet parler de logique et de cohérence pour désigner la preuve explicative.

Reconnaissance phénoménologique et confirmation intuitive

Les personnes se constituent un stock de connaissances dont la pertinence devient incontournable devant les multiples résistances du système. Les sources de la connaissance sont variées et comprennent les lectures et les recherches personnelles, les groupes de soutien, les réseaux sociaux et la littérature de science-fiction. Elles permettent d'étayer

sa propre conceptualisation de son état ou de sa maladie, comme nous l'avons vu.

Les savoirs expérientiels constituent à cet effet un deuxième univers de sens et de connaissance. L'autodiagnostic et son tabou est un thème fort des entretiens. Les personnes nous confient avoir trouvé « ce qu'elles ont », en être convaincues, mais qu'elles n'ont pas toujours obtenu le sceau diagnostique officiel. Le recrutement de la recherche était d'ailleurs ouvert à toutes les personnes selon leur autoidentification, notamment pour capter toutes ces expériences, mais aussi le registre « infraclinique » (la présence de traits d'une condition qui sont sous les seuils diagnostiques). Ce registre infraclinique nous montre aussi que le diagnostic devient une catégorie de connaissance qui est utilisée en-dehors des processus medicocliniques.

Je fonctionne bien, mais pour moi, dans mon cercle restreint, je me considère autiste, puis que tu me considères autiste ou que tu ne me considères pas autiste, c'est le problème des autres. Mais... On s'entend que les gens, quand tu dis toi-même que tu es quelque chose, puis que tu ne l'as pas fait vérifier par une autorité, bien ils ont de la misère avec ça. (Marie-Pierre)

Dans les groupes Facebook, c'est comme ça, qu'on rencontre des gens comme nous. On trouve des gens qui nous ressemblent. Puis t'sais pour moi, ça fait tellement de sens. Je rencontre des gens qui ont les mêmes difficultés, puis on vit vraiment les mêmes choses, les mêmes douleurs, les mêmes problèmes de santé. (Laurence)

À force de lecture, je réalise que probablement j'ai une douance, un haut potentiel, quand je fais toutes les lectures, je corresponds à ce que c'est. (Nicolas)

Le savoir expérientiel des autres devient aussi une source de connaissance : dans le prochain extrait, ce sont ces savoirs et ces impressions qui vont orienter la personne vers un TDAH. Face à cet effet miroir, la catégorie qui est utilisée pour lire et dire les similarités, c'est le diagnostic, ou ici du moins, le style cognitif et les comportements.

Moi c'est en côtoyant aussi d'autres personnes qui avaient un TDA ou TDAH qui m'ont dit : « Je pense vraiment que tu en as un. Je reconnais puis je te vois à ta façon de travailler puis ta façon d'être, puis je vois ton bureau de quoi il a l'air. Puis je pense que tu en as un ». Donc c'est ça. (Frédérique)

Le processus autodiagnostique devient une reconnaissance phénoménologique des caractéristiques que l'on observe dans un effet-miroir. On peut aussi proposer des diagnostics profanes à son entourage, basé sur sa propre expérience.

Des singularités interactionnelles

La catégorie diagnostique va aussi être utilisée lors des interactions et ce, à différents égards. Les diagnostics sont d'abord régulièrement dissimulés par les personnes dans certaines sphères de la vie sociale. Le camouflage et le masquage sont des thèmes classiques dans le monde du handicap en général et de la neurodiversité en particulier. On peut établir un parallèle avec le « passing » (passer pour) chez les personnes qui ne sont pas cis-hétéros. Le monde du travail arrive en tête de liste des sphères où l'on dissimule. Il s'agit d'un univers où on craint les préjugés et la discrimination.

Au travail, je ne sais pas, on dirait que je... Je ne suis pas rendue à négocier comment ça pourrait se passer si j'en parle. Est-ce que les perceptions des gens autour de moi vont changer? Quand j'ai l'impression que c'est sécuritaire de le faire ou qu'il n'y aura pas de conséquence, je pourrais en parler mais... Dans des milieux professionnels, je ne me sens pas encore à l'aise. (Daphné)

Mon conjoint, il est séropositif, il est indétectable (...) il l'a caché jusqu'en 1995, si ma mémoire est bonne, quand il a commencé à être malade puis il fallait qu'il arrête de travailler. (Nicolas)

Les contacts avec le réseau de la santé se vivent assez difficilement : on observe une tension entre d'un côté les situations où l'on camoufle, et de l'autre, les situations dans lesquelles on n'est pas « crus » et où les définitions et les catégories sont disputées. Il est intéressant de remarquer que le dernier extrait parle de « croyance » en ce qui a trait au diagnostic, ce qui relativise l'objectivité de l'interprétation médicale.

Bien les fois que ça m'a dérangée, c'est quand j'ai accouché. Je me suis dit : « Ah! mon Dieu! Ils vont s'en rendre compte ». Moi, c'était plus de ça que j'avais peur, que de l'accouchement. (Denise)

La clinique où j'étais, ils ne croyaient pas au diagnostic. (Marie-Pierre)

Finalement, les institutions scolaires où il existe des structures d'inclusion et une culture de l'accommodement sont des environnements, dans les entretiens de notre échantillon, au sein desquelles les personnes camouflent le moins, et vont même utiliser les adaptations à leur portée.

Je suis inscrite au bureau pour les étudiants en situation de handicap, puis j'ai le droit à plus de temps pour faire mes travaux, j'ai le droit de sortir de la classe quand je veux, je peux manquer des cours, enregistrer les cours. (...) En général, c'est bien reçu par les profs. Depuis que je suis inscrite, je me sens pas mal moins mal de demander du temps supplémentaire à mes profs pour remettre mes travaux, puis des trucs de même. (Chloé)

Un autre usage possible de son diagnostic dans l'interaction est le tri social, d'après les mots d'une participante. Il s'agit d'une approche du « tout pour le tout », selon laquelle on révèle le diagnostic en espérant que les choses vont se clarifier: le type de réception qu'en font les autres devient une information importante sur leur personne et les possibilités de continuer l'interaction ou la relation.

Moi quand je dis aux gens je suis schizophrène, tout de suite ils me repoussent. (...) Ça éloigne les vermines (rires) (...) Je suis schizophrène, tu m'élimines? Bon ben tant mieux, j'ai moins ça à faire. (Mélanie)

J'ai comme un genre d'honnêteté extrême, disons. (...) Puis ça, j'ai du monde dans ma vie aussi qui apprécie ça. Fait que d'une certaine façon, j'essaie présentement de le voir comme une espèce d'outil de tri social. Au lieu d'essayer d'être amie avec tout le monde, puis de masquer. (Frédérique)

Finalement, la figure de la pédagogie populaire est présente dans les récits. Les personnes emploient différentes tactiques pour expliquer leur condition, voire fournir des moyens d'action concrets à leurs interlocuteuses, comme dans le deuxième extrait. On remarque que c'est par le biais de l'explication de sa condition diagnostique qu'on espère donner les indications les plus justes concernant soi-même, ce que l'on vit, ou comment agir face à des situations.

C'est sûr que sur les réseaux sociaux, il y a plusieurs trucs que je partage sur Instagram. J'ai l'impression que j'ai tendance à partager des memes, parce que ça passe mieux auprès des personnes qui ne sont pas malades. (...) J'ai moins l'air de me plaindre, dans un sens. (Chloé)

Je fais des petites fiches explicatives pour quand je suis dans des situations où je vais être en crise d'angoisse ou que je ne peux pas parler parce que j'ai de la difficulté. J'ai des petites fiches que je porte sur moi pour montrer aux autres comment agir (...). Je suis très pédagogue. (Charlie)

Ces savoir-faire pédagogiques sont bien sûr à mettre en lien avec différentes situations d'incompréhension et de déficit de crédibilité que les personnes nous disent avoir vécues, et peuvent représenter une modalité de prévention et de résistance face à la stigmatisation potentielle.

Des diagnostics hors diagnostic?

Le diagnostic est utilisé comme catégorie identitaire, mais le contraire est aussi vrai dans le corpus; de plus en plus de catégories sont utilisées à la façon de diagnostics formels. Différentes catégories de description fonctionnent comme des typifications à travers lesquelles on lit le monde qui nous entoure et on décrit le plus fidèlement possible son expérience. Ces diagnostics hors diagnostic prennent aussi vie comme des catégories par lesquelles on se reconnaît entre nous et on interagit. Le dénominateur commun de l'expérience devient alors, par exemple, le fait d'être sensible, d'avoir été blessé par le passé ou encore d'être hypersensible, comme dans les extraits suivants.

- Intervieweuse : « Tu as des bons contacts avec ces gars-là? »

- Personne participante : « Oui-oui, parce qu'ils sont sensibles. Ils sont sensibles comme moi. Ils ont été blessés comme moi ». (Mélanie)

Je suis une personne hypersensible (...) ça ne me plaît pas beaucoup d'être hyper sensible. Ce n'est pas un soulagement, je le vois plus comme une diminution qu'une expansion. (Élodie)

Finalement, comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, l'univers de la douance et du haut potentiel est évoqué avec un vocabulaire hautement diagnostique (évaluation, test, résultat, etc.) Les personnes nous en parlent aussi nommément comme d'un « diagnostic ».

Je ne vais pas chercher de diagnostic [de douance], parce que je ne fais plus d'étude. (Nicolas)

Je me suis mis sur la liste d'attente pour être évalué en neuropsychologie. Je savais que j'étais doué. Je savais que le test allait dire: tu es HPI (haut potentiel intellectuel), puis je savais que ça allait être haut potentiel intellectuel hétérogène. Sûr, sûr, sûr! Ça a été ça. La seule question que j'avais c'est : Est-ce que ça va être THPI (très haut potentiel intellectuel)? (François)

Il est intéressant de constater qu'à rebours des luttes pour la dépathologisation d'entités, certaines identités utilisent le vocabulaire et la structure du diagnostic pour se dire et s'argumenter.

Discussion : le diagnostic, entre technique de soi et dispositif narratif

Le diagnostic est une typification de la réalité par laquelle on lit le monde, pour plusieurs personnes rencontrées. Davantage qu'une simple identification, elles nous partagent leurs définitions, leurs modèles de compréhension, les sources de cette connaissance et des modalités d'interaction qui se placent autour et par rapport au diagnostic. Les diagnostics se montrent, dans notre corpus, comme un vocabulaire qui permet de mieux se comprendre et, à terme, de dire la vérité sur soi. Cette vérité est chassée, investiguée, puis conceptualisée; elle est réinscrite dans l'histoire humaine et familiale, elle procède d'une reconnaissance phénoménologique et s'accompagne de singularités interactionnelles. Le concept de prothèse narrative a ainsi déjà été utilisé pour désigner la place du handicap dans les représentations culturelles (Mitchell et Snyder, 2000). On peut utiliser ce concept à un niveau plus individuel pour qualifier la fonction des catégories diagnostiques dans les processus narratifs entourant le soi aujourd'hui. À cet effet, le diagnostic semble jouer un rôle important comme ressource interprétative de sa propre histoire, de sa personnalité, de sa singularité.

La grande quête de diagnostic que nous avons observée nous semble indissociable de conditions sociales qui rendent excessivement difficile l'accès aux soins et services, à la prise en charge et l'accompagnement. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que les personnes rencontrées cherchent, parfois de manière avide, une étiquette médicale qui leur permettra d'être reconnus dans leur souffrance, voire d'être crus et soutenus. La présence du diagnostic dans le rapport à soi et sa narration nous semble également permettre de mettre de l'avant ses forces, comme l'atteste la combinaison de plus en plus fréquente du profil de douance, et de diagnostics d'autisme ou de TDAH. Ce dernier phénomène fait écho à des tactiques de fuites diagnostiques vers des entités davantage valorisées.

Dans le cas de symptômes multiples, on cherchera à trouver une entité pouvant en expliquer l'ensemble dans un tout cohérent, par exemple une variation génétique rare; de manière similaire, on adoptera parfois une catégorie imparfaite, par exemple la schizophrénie, à défaut d'en trouver une qui serait juste. Ces pratiques font écho à des représentations du diagnostic comme une réalité donnée; à chaque mal ou ensemble de maux correspondrait une catégorie naturelle bien délimitée. Cette appréhension entre en conflit avec l'incertitude inhérente à la médecine et aux pratiques diagnostiques, mais aussi avec leur forte contingence historique.

Le diagnostic nous semble aujourd'hui procéder d'une technique qui vise à dire cette vérité sur soi. La recherche d'un diagnostic devient un acte de vérité, une technique de soi qui s'inscrit dans des rapports subjectivants. Le diagnostic préexisterait donc symboliquement à sa découverte. Chacun d'entre nous pourrait porter un trouble, un dysfonctionnement, une variation latente, qui prend la forme de sa propre vérité, en attente d'être révélée – que ce soit par le regard expert, ou par ses propres recherches. Le processus qui vise l'établissement d'un diagnostic en est donc un de détection d'une forme préalable, une vérité silencieuse du sujet. Il va sans dire que ces représentations sont susceptibles de naturaliser des maux et des entités qui n'ont pourtant aucune existence ontologique en-dehors de leur construction médicale, ouvrant sur la prégnance d'une biosocialité (Rabinow, 2010) dans nos modes de subjectivation.

Nous n'avons pas repéré dans le corpus de critiques sociales en termes de pathologisation, de médicalisation ou de surenchère diagnostique. Ces forces sont par contre régulièrement soulevées par les populations en faisant l'objet, par exemple les parents d'enfants avec un TDAH. Les personnes ne nous soulèvent pas non plus les dynamiques normatives qui produisent ou infléchissent certaines formes diagnostiques, par exemple les exigences grandissantes de monde du travail et les taux élevés de burn-out. À cet effet, on peut évoquer différentes limites de notre échantillon. Le niveau de scolarité élevé des personnes rencontrées peut aller de pair avec une littérature médicale plus soutenue, qui peut caractériser une recherche diagnostique plus autonome et centrée vers un résultat espéré. L'âge peu élevé, également, peut expliquer la présence de plusieurs variations neurodivergentes mises de l'avant, et qui peuvent être davantage familières à certaines générations. Une autre limite est celle des types de diagnostics couverts par notre échantillon; il va sans dire qu'un autre rapport au diagnostic se dépeint lorsqu'il est question de cancer et de maladies graves, ou alors de maux et de conditions stigmatisées comme les troubles de la personnalité ou les infections sexuellement transmissibles, par exemple.

Un tel usage narratif du diagnostic coexiste avec d'autres modalités plus largement documentées, telles que la contestation, la mise à distance ou la critique des catégories. Toutefois, il en déplace la focale en mettant en lumière une forme de réappropriation qui ne repose pas prioritairement sur la résistance, mais sur une adhésion signifiante, conférant au diagnostic une forte puissance explicative et identificatoire. En ce sens, cette analyse contribue à enrichir les travaux existants en montrant que les usages contemporains du diagnostic ne se limitent ni à la contrainte ni à la contestation, mais incluent également des formes d'investissement narratif qui participent activement à la production de soi.

Plus encore qu'une médecine orientée vers le patient ou une approche en partenariat, il s'agit, à la suite de ces observations, de prendre acte de la dimension narrative des épreuves et des singularités. Les diagnostics pourraient bien aujourd'hui occuper ce rôle de dispositif narratif afin de se raconter et de mieux se comprendre. La question du sens apparaît alors comme incontournable dans les usages et les fonctions de catégories diagnostiques formelles ou informelles.

Financement

Le projet de recherche « Les spectres de la normalité: analyse de trois axes d'une catégorie silencieuse » a bénéficié d'un financement du CRSH Développement Savoir 430-2022-00894.

Références

- Aron, E. & Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), 345-368. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.73.2.345>
- Ashley, F. (2019). The misuse of gender dysphoria: Toward greater conceptual clarity in transgender health. *Perspectives on Psychological Science*, 16(6), 1159-1164. <https://doi.org/10.1177/1745691619872987>
- Béliard, A. et Eidelman, J.-S. (2014). Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé. *Revue française de sociologie*, 55(3), 507-536. <https://doi.org/10.3917/rfs.553.0507>
- Berger, P. et Luckmann T. (1986). La construction sociale de la réalité. Méridiens Klincksieck.
- Brinkmann, S. (2016). Diagnostic cultures: A cultural approach to the pathologization of modern life. Routledge.
- Cefaï, D. (2016). Handicap visible: de la reconnaissance du stigmate et du déni de déviance à la revendication de droits. *ALTER, European Journal of Disability Research*, 11(2), 113-133. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2016.09.006>
- Chapman, M. (2021). Representation and resistance: A qualitative study of narratives of Deaf cultural identity. *Culture & Psychology*, 27(3), 374-391. <https://doi.org/10.1177/1354067X21993794>
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1980). Deviance and medicalization: From badness to sickness. Temple University Press.
- Conrad, P. (2007). The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders. Hopkins Press.

- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health: an interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine*, 10(4), 401-420. <https://doi.org/10.1177/1363459306067310>
- Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, E., Tosser, M., Poriél, G., Tortora, L., Riguet, K. et Guesné, J. (2017). Le centre de gravité du diagnostic ergothérapeutique. Dans B. Dubois (Ed.), *Guide du diagnostic en ergothérapie* (pp. 15-17). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.colle.2017.01.0015>.
- Edenroth-Cato, F. et Sjöblom, B. (2022). Biosociality online interactions: Youth's positioning of the highly sensitive person category. *Youth*, 30(1), 80-96. <https://doi.org/10.1177/11033088211015815>
- Erikson, K. T. (1962). Notes on the sociology of deviance. *Social Problems*, 9, 307-314.
- Fleischman, S. (1999). "I am..., I have..., I suffer from...": A linguist reflects on the language of illness and disease. *Journal of Medical Humanities*, 20(1), 3-32. <https://doi.org/10.1023/A:1022918132461>
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Presses universitaires de France.
- Foucault, M. (1976). La fonction politique de l'intellectuel. Dans *Dits et écrits II, 1976-1988* (pp. 109-114). Gallimard.
- Foucault, M. (2017). *Du gouvernement des vivants : cours au Collège de France (1979-1980)*. EHESS, Gallimard et Seuil.
- Freund, P. et M. McGuire. (1991). *Health, illness and the social body*. Prentice Hall.
- Garrec, I. (2022) Diagnostic misogyne ou émancipateur ? Les modes d'appropriation du « trouble de la personnalité borderline », *Terrains/Théories*, 16, <https://doi.org/10.4000/teth.4958>
- Goffman, E. (1975). *Stigmates. Les usages sociaux du handicap*. Minuit.
- Goudet, J.-M. (2021). La fabrique des « troubles spécifiques des apprentissages » en quartier populaire urbain. Usages sociaux des diagnostics et analyse de leurs effets sur les trajectoires d'enfants. *Revue française des affaires sociales*, 3, 89-106. <https://doi.org/10.3917/rfas.213.0089>
- Gressgård, R. (2014). Asexuality: from pathology to identity and beyond. Dans Carrigan, M., Gupta, K. & Morrison, T. (Eds.), *Asexuality and sexual normativity* (pp. 68-81). Routledge.
- Haslam, N. (2016). Concept creep: Psychology's expanding concepts of harm and pathology. *Psychological Inquiry*, 27(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2016.1082418>
- Helmchen, H. & Linden, M. (2000). Subthreshold disorders in psychiatry: Clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 1-7. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)80001-2](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)80001-2)
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Éditions de l'EHESS.
- Illich, I. (1975). The medicalization of life. *Journal of Medical Ethics*, 1(2), 73-77.
- Illouz, E. (2006). *Les sentiments du capitalisme*. Seuil.
- Jacques, I. (2020). *Figures de l'appropriation du diagnostic psychiatrique : entre problème et maladie [mémoire de maîtrise non-publié]*. Université du Québec à Montréal.
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: A preliminary review. *Sociology of Health and Illness*, 31(2), 278-299. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>
- Jutel, A. (2010). Self-diagnosis: A discursive systematic review. *Journal of Participatory Medicine*, 15, e8.
- Jutel, A., & Russell, G. (2023). Past, present and imaginary: Pathography in all its forms. *Health (United Kingdom)*, 27(5), 886-902. <https://doi.org/10.1177/13634593211060759>
- Keller, R. (2007). L'analyse de discours comme sociologie de la connaissance Présentation d'un programme de recherche. *Langage et Société*, 2(120), 55-76. <https://doi.org/10.3917/ls.120.0055>
- Kitsuse, J. I. (1980). Coming out all over: Deviants and the politics of social problems. *Social Problems*, 28(1), 1-13. <https://doi.org/10.2307/800377>
- Kleinman A. (1980). Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. University of California Press. <https://doi.org/10.2307/jj.2711689>
- Lamy, Jérôme. (2018). Dire-vrai, aveu et discipline : Michel Foucault et les techniques de vérité. *Revue philosophique*, 143(2), 201-219. <https://doi.org/10.3917/rphi.182.0201>
- Lane, R. (2020). Expanding boundaries in psychiatry: Uncertainty in the context of diagnosis-seeking and negotiation. *Sociology of Health and Illness*, 42(1), 69-83. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13044>
- LeFrançois, B. A., Menzies, R. & Reaume, G. (2013). (Eds.). *Mad matters: A critical reader in canadian mad studies*. Canadian Scholars Press.
- Lian, O. S. & Nettleton, S. (2014). "United we stand": Framing myalgic encephalomyelitis in a virtual symbolic community. *Qualitative Health Research*, 25(10), 1383-1394. <https://doi.org/10.1177/1049732314562893>

Lignier, W. (2012). La petite noblesse de l'intelligence. Une sociologie des enfants surdoués. La Découverte.

Lützn, K., & Tishelman, C. (1996). Nursing diagnosis: a critical analysis of underlying assumptions. *International journal of nursing studies*, 33(2), 190–200. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(95\)00050-x](https://doi.org/10.1016/0020-7489(95)00050-x)

Mitchell, D. T., & Snyder, S. L. (2000). *Narrative prosthesis: Disability and the dependencies of discourse*. University of Michigan Press. <https://doi.org/10.3998/mpub.11523>

Okasha, A. (2011). Subthreshold psychiatry. *International Psychiatry*, 8(4), 79–81.

Ortega, F. (2009). The cerebral subject and the challenge of neurodiversity. *BioSocieties*, 4, 425–445. <https://doi.org/10.1017/S1745855209990287>

Otero, M. (2021). *Foucault sociologue. Critique de la raison impure*. Presses de l'Université du Québec.

Powers P. (2002). A discourse analysis of nursing diagnosis. *Qualitative Health Research*, 12(7), 945–965. <https://doi.org/10.1177/104973202129120377>

Rabinow, P. (2010). L'artifice et les Lumières : de la sociobiologie à la biosocialité. *Politix*, 90(23), 21–46. <https://doi.org/10.3917/pox.090.0021>

Ramacciati, N., Metlichin, E., & Giusti, G. D. (2023). Exploring the terminological validity of “chronic pain” nursing diagnosis: A retrospective descriptive study using nursing diaries. *Journal of clinical nursing*, 32(23–24), 8032–8042. <https://doi.org/10.1111/jocn.16871>

Rose, N. (1996). *Inventing our selves: Psychology, power and personhood*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CB09780511752179>

Rose, N. (1999). *Governing the soul: The shaping of the private self*. Routledge.

Rose, N. & Novas, C. (2005). Biological citizenship. Dans A. Ong and S.J. Collier (eds), *Global assemblages* (pp. 439–463) Blackwell.

Rose, N. (2003). Neurochemical selves. *Society*, 41(1), 46–59. <https://doi.org/10.1007/BF02688204>

Rose, N. (2007). *The Politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt7rqmf>

Rosenberg, C. E. (2002). The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experience. *Milbank Quarterly*, 80(2), 237–60. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00003>

Russo, G. & Ferraro, M. (2025). The politics of self-narration: Self-diagnosis as digital counter-narrative. *Topoi*. <https://doi.org/10.1007/s11245-025-10338-6>

Sandrick K. (2002). Is nutritional diagnosing a critical step in the nutrition care process? *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), 427–431. [https://doi.org/10.1016/s0002-8223\(02\)90101-x](https://doi.org/10.1016/s0002-8223(02)90101-x)

Scott, W. (1990). PTSD in DSM-III: A case in the politics of diagnosis and disease. *Social Problems*, 37(3), 294–310. <https://doi.org/10.2307/800744>

Sur, D., Ashcroft, R., Adamson, K., Tanner, N., Webb, J., Mohamud, F. & H. Shamsi. (2023). Examining diagnosis as a component of social workers' scope of practice: A scoping review. *Clinical Social Work Journal*, 51, 12–23. <https://doi.org/10.1007/s10615-022-00838-y>

Willig, C., Arribas-Ayllon, M., Rogers, W., & Walkerdine, V. (2017). Foucauldian discourse analysis. Dans C. Willig et W. Stainton Rogers (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (pp. 110–123). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.4135/9781526405555.n7>

Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20, 487–504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>

Pour contacter l'autrice et les auteurs:

Lisandre Labrecque-Lebeau PhD,
Département des sciences infirmières,
Université du Québec en Outaouais
Centre de recherche sur les inégalités sociales, les discriminations
et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS)
Courriel: lisandre.labrecque-lebeau.ccsmtl@sss.gouv.qc.ca

Pierre Pariseau-Legault, inf. Ph.D.
Département des sciences infirmières,
Université du Québec en Outaouais
Centre de recherche sur les inégalités sociales, les discriminations
et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS)

Guillaume Ouellet, Ph.D.
Département de travail social
Université du Québec à Montréal
Centre de recherche sur les inégalités sociales, les discriminations
et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS)

APORIA

LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL

ABOUT APORIA

Aporia is a peer-reviewed, bilingual, and open access journal dedicated to scholarly debates in nursing and the health sciences. The journal is committed to a pluralistic view of science and to the blurring of boundaries between disciplines. Therefore the editorial team welcomes critical manuscripts in the fields of nursing and the health sciences that include critique of dominant discourses related to the evidence-based movement, best practice guidelines, knowledge translation, managerialism, nursing and health care practices, ethics, politics of health care and policies, technology, bioethics, biopedagogies, biopolitics etc. Research results in nursing and health-related disciplines are also welcome. *Aporia* encourages the use of various epistemologies, philosophies, theoretical perspectives and research methodologies. In the critical analyses of health-related matters, *Aporia* embraces a wide range of epistemologies, philosophies and theories including cultural studies, feminism(s), neo-marxism, post-structuralism, postcolonialism and queer studies.

While the public already pays to fund health research, it is inconceivable that the public should be required to pay yet again, to gain access to research results. Subscription to scientific journals can sometimes reach up to thousands of dollars that are paid directly from public funds. *Aporia* inscribes itself along the margins of this practice by allowing for a definite fracture to take place within the current trends in the field of scientific publication, which constitute the dominant model for the diffusion of knowledge. *Aporia* is, therefore, a free online journal. Following the footsteps of Deleuze and Guattari, the *Aporia* team firmly believes that freedom is only made possible in the margin; an autonomous space that is controversial, sometimes polemical and without censorship that does not sacrifice scientific and academic rigor. As such, the objective is to encourage access to scientific knowledge and to give the reader an opportunity to actively position himself/herself regarding the written words in order to give a plurality of meanings to the text.

Therefore, *Aporia* adheres to the following principles:

- Freedom of speech
- Critical pedagogy
- Recognition of local knowledge(s)
- Critique of dominant discourses.

SUBMISSION

Research manuscripts, theoretical and philosophical pieces must not exceed 7,000 words. Commentaries and responses related to published articles must not exceed 3,000 words. Manuscripts and the cover letter should be submitted to aporia@uottawa.ca.

Cover Letter

Papers are accepted for publication in the Journal on the understanding that the content has not been published or submitted for publication elsewhere. This must be stated in the cover letter, which should be sent with the manuscript. The cover letter must contain an acknowledgement that all authors have contributed significantly, and that all authors are in agreement with the content of the manuscript. When applicable, it should be stated that the protocol for the research project has been approved by a suitable and relevant Research Ethics Board. All investigations involving human subjects must include a statement that subjects provided informed consent and anonymity should be preserved. Authors should declare any financial support or relationships that may cause conflicts of interest.

Authorship Credit

Each author should have participated sufficiently in the work. Authorship credit should be based on substantial contributions to:

- conception and design, or analysis and interpretation of data;
- drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and
- final approval of the version to be published.

Preparation of the Manuscript

Research manuscripts, theoretical and philosophical pieces must not exceed 7,000 words. Commentaries and responses related to published articles must not exceed 3,000 words. Submissions should be prepared in word-processing software using Arial 11. The text file should be double-spaced and set with top, bottom and side margins of 2.5cm or 1 inch.

For more information, please visit *Aporia* online at <http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/index.jsp?lang=>.

