

La folie citoyenne ?

Jean De Munck

Professeur à l'université catholique de Louvain (Belgique),
auteur de L'Institution sociale de l'esprit.
Nouvelles approches de la raison, Puf, 1999.

La « citoyenneté » du malade est devenue, depuis quelques années, un des enjeux majeurs des débats en santé mentale. En un sens, ce n'est pas une nouveauté. Le problème s'est posé tout au long du développement des sociétés démocratiques. Pourtant, cette continuité ne doit pas masquer la profondeur du changement actuel, qui consiste en une double mutation.

Tout d'abord, cette exigence de citoyenneté est contemporaine d'un nouvel élargissement du champ d'intervention des professionnels du mental. Il ne s'agit pas seulement d'une augmentation du nombre de leurs usagers. De nos jours, les professions de psychiatre et de psychologue sont bouleversées, les nosographies (classifications des troubles psychiatriques) sont déstabilisées, les usagers se diversifient. Les notions d'hygiène mentale, de maladie mentale et de psychopathologie perdent de leur importance. Elles font place à la promotion de la santé mentale.

En second lieu, le répertoire de la citoyenneté se complète de mots nouveaux qui lui donnent une portée très particulière, comme « déshospitalisation », « réseaux », « circuits de soins », « droits des patients », « contractualisation », « politiques d'insertion ». Une grande diversité de petites et moyennes institutions offrent des services divers, hospitaliers ou non, à des individus : centres médicopsychologiques, maisons d'accueil spécialisées, foyers et appartements supervisés, services de soins à domicile, consultations familiales, etc. Les usagers sont invités à s'intégrer à l'environnement social, à se prendre en charge et à circuler entre ces services. Tendanciellement, l'hôpital cesse d'être le centre de ce champ devenu ouvert, flexible, fait de multiples connexions entre des lieux voués à la santé mentale d'une part, et des services sociaux divers d'autre part (famille, emploi, communauté, culture...).

Comment comprendre ces changements ? Doit-on y voir un progrès ou une régression ? Une chose est sûre : ces changements ne peuvent être imputés seulement aux évolutions de la science médicale. Si ce régime change, c'est que la citoyenneté en général change elle aussi¹.

La tutelle et l'asile

L'entrée de la folie dans le monde de la médecine a été consacrée par l'aliénisme du xix^e siècle. En conjonction avec cette médicalisation, la question de la citoyenneté du malade mental a été posée dès la révolution démocratique en termes de droits-libertés. Les droits-libertés correspondent à une conception libérale de l'ordre social : ils suppriment les dépendances et mettent un frein à l'intervention de l'Etat. Ils affirment le droit de l'individu de choisir sa résidence, d'avoir une vie privée, de contracter un emploi, de s'exprimer librement, etc. Les droits fondamentaux du citoyen présupposent l'exercice de la raison individuelle. Mais que faire de ceux qui ne disposent pas de leur raison, ou de toute leur raison ? A l'« incapable », la démocratie naissante offre au xix^e siècle deux institutions : la tutelle et l'asile. La tutelle est ce statut juridique qui assimile l'aliéné à l'enfant et qui le place sous la responsabilité d'un parent ou d'un protecteur désigné. Elle permet une gestion privée de la folie. L'asile est une institution d'ordre public (régie par la loi), qui permet l'internement dans un lieu fermé fournissant des soins spécialisés. Dans les deux cas, l'aliéné est extrait de la citoyenneté ordinaire.

¹ J. De Munck et al., Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique, Academia Press, 2003

L'asile est donc paradoxalement peuplé par des sujets de droit qui se trouvent en situation de totale dépendance. Il constituera ainsi un espace de compromis entre deux doctrines du lien social qui coexisteront longtemps après la coupure révolutionnaire : la doctrine de la liberté de droit naturel et celle, plus traditionnelle, des rapports tout aussi naturels de dépendance à l'autorité. La liberté et la responsabilité subjectives encore reconnues à l'aliéné par-delà sa maladie se combinent avec sa moralisation, son immobilisation et sa subordination à l'institution asilaire. En cela, l'asile présente un air de famille avec d'autres institutions paternalistes, comme l'école, la workhouse (« maison de travail », hospice fermé pour aliénés et SDF, en usage dans l'Angleterre des xviii^e et xix^e siècles) et le patronage industriel. Le traitement de la folie est issu de la même matrice idéologique que celui de la question sociale en général, bien décrite par Robert Castel [1].

La citoyenneté sociale

Les changements de coordonnées de la question sociale auront donc de profondes répercussions sur le traitement de la folie. Avec l'institutionnalisation progressive de l'Etat-providence au xxe siècle, le malade mental accède peu à peu, comme les autres malades (quoique plus tardivement qu'eux), au régime des droits-créances. Les droits-créances enjoignent à la puissance publique de fournir à ses sujets des ressources de soin et d'assistance. L'égalité des citoyens devient un vaste programme d'action collective qui, au contraire des droits-libertés, appelle l'intervention étatique.

Au sein de l'Etat social, la citoyenneté se décline en rôles sociaux concrets articulés à des droits et à des devoirs. Ces rôles sont juridiquement construits, définis, contraignants : ceux de père de famille, d'élève, de travailleur sont au centre du tableau. La maladie aussi sera construite comme un rôle social, qui appelle en complément le rôle du médecin. Et ce sera la grande affaire de ce nouveau régime de psychiatrie que de forcer la personne souffrant de troubles psychiques de se conformer autant que possible au rôle de malade ordinaire. Dans cette construction, l'hôpital occupe sans conteste la place centrale. Du xixe au xxe siècle, les progrès de la médecine psychiatrique ont fortement favorisé la médicalisation de la folie. C'est à Jean Martin Charcot, à Emile Kraepelin, à Sigmund Freud, à Eugène Bleuler qu'on doit les progrès décisifs de la psychiatrie moderne. Mais les gains scientifiques ainsi engrangés n'auraient sans doute pas été possibles sans l'institutionnalisation d'un rapport médical très codé dont le sociologue américain Talcott Parsons se fera, dans les années 1940-1950, le théoricien [2]. Ainsi d'un côté, on aura un médecin expert, affectivement neutre, qui limite son champ d'intervention aux aspects strictement objectifs de la maladie ; et de l'autre, un malade soumis, coopératif, acceptant la définition technique de son trouble, insensible au charme ou à la menace émanant de l'expert qui se penche sur sa souffrance. Tout un apprentissage social sera nécessaire pour plier à ce modèle les multiples modalités du rapport thérapeutique, naturellement lié, envahi, débordé par l'affectivité, la morale, la magie et la religion.

Ce rôle de malade, l'Etat social l'a associé à un autre rôle clé, celui d'assuré social. Il appartiendra aux historiens de raconter comment l'aliéné, au statut si particulier, a progressivement pu émarger à l'assurance sociale, avec tous les droits liés à ce statut. Pour cela, il a fallu construire une nomenclature précise et souple, appariant le droit social aux catégories médicales. En distribuant les statuts, l'Etat social définissait les créances dont il se considère le débiteur légitime. Dans les pays européens, l'hôpital a progressivement occupé la fonction de relais organisationnel central pour la construction de cette nouvelle citoyenneté. A sa périphérie se développera l'appareil ambulatoire, c'est-à-dire l'ensemble des consultations

et soins externes. D'abord complémentaire, l'ambulatoire deviendra rapidement un concurrent de l'hospitalisation, appelant une nouvelle régulation. La mise en place du « secteur » (circonscription psychiatrique comprenant environ 70 000 habitants) dans les années 70, en France, est née de cette dynamique qui rassemble dans un même programme l'extérieur et l'intérieur des murs hospitaliers.

La grande réussite de ce modèle a été de faire rentrer le malade mental dans un régime de droit commun, partagé avec tous les autres malades. Mais c'était aussi sa faiblesse. Aucun régime n'a été plus normalisateur que celui de l'Etat social. Par son jeu de catégories expertes et bureaucratiques, l'Etat social a enfermé et stigmatisé les populations qu'il cherchait à protéger. On s'en apercevra au cours des années 60, époque où apparaît, dans le champ de la santé mentale, une nouvelle revendication de citoyenneté. Cette contestation antipsychiatrique a naturellement pris pour cibles l'instrumentalisme médical et le conformisme social qui se trouvent au cœur du modèle hospitalier.

Vers une morale postconventionnelle

Trente ans après, un nouveau modèle de citoyenneté voit actuellement le jour dans le champ de la santé mentale. Deux évolutions majeures marquent cette transformation.

D'abord, la frontière entre normal et pathologique est relativisée, en fonction des transformations de la morale sociale et du discours médical. Les définitions de la « bonne vie » ne se confondent plus avec celle de la « normalité ». Cette évolution est déjà sanctionnée par le droit international, qui renforce la protection de la liberté des personnes face à l'internement forcé et aux définitions paternalistes de la vie bonne [3]. Désormais, être un père, un travailleur ou un assuré social, cela s'invente !

Une constante (in)définition de soi est donc requise des sujets sociaux appelés à combiner, imaginer, et à se singulariser plus qu'à se conformer. Le conformisme de la modernité industrielle laisse la place à des variations identitaires qui ne peuvent, par principe, rentrer dans le moule de la normalité. De ce fait, le travail thérapeutique spécialisé se situe dans le prolongement du travail social ordinaire. L'extension du champ de la santé mentale à tous les aspects de l'existence est la conséquence obligée de l'entrée dans une moralité postconventionnelle, qui dissocie systématiquement éthique de vie et rôle social. Cette évolution de la moralité croise celle de la psychiatrie. Ainsi, à travers une analyse du rôle de la notion de dépression au xxe siècle, Alain Ehrenberg a montré comment la souffrance psychique s'est détachée de la folie [4] : les thérapies ne sont plus destinées uniquement aux malades. Le centre de gravité du champ de la santé mentale se déplace : ce n'est plus la psychose lourde, comme du temps de l'asile, mais le trouble et la souffrance d'individus ordinaires.

Le second processus est d'ordre organisationnel. Les organisations sociales contemporaines vivent un processus de décentrement qui fait voler en éclats tout monopole institutionnel. L'hôpital ne disparaît pas, ni même l'asile. Mais ils sont insérés dans un large éventail de dispositifs allant de l'enfermement à l'aide à domicile, en passant par tous les genres possibles de prise en charge personnalisée. Tendanciellement, le réseau des professionnels n'est plus centré sur le savoir médical. Il englobe des psychologues et une foule d'intervenants sociaux (pédagogues, assistants sociaux, éducateurs, formateurs) qui tous, désormais, intègrent une approche psychologique à leurs pratiques.

Les dispositifs de la santé mentale s'insinuent dans ceux de l'insertion sociale, qui sont eux-mêmes appariés aux nouvelles formes de travail (personnalisé, flexible, mobile) propres aux économies dominées par le secteur des services plutôt que par l'industrie. Une « mentalisation du social » accompagne ainsi le réordonnement de la question sociale autour d'inégalités

devenues plus individuelles et d'aides devenues plus contextuelles. Que faut-il en penser ? Cette évolution ne se présente pas sans ambivalence. Comme dans toute transition historique, la promesse d'une amélioration le dispute au risque majeur.

Commençons par la version optimiste. On peut comprendre cette évolution comme une tentative de dépasser des limites respectives des deux modèles de droit dont les sociétés démocratiques ont fait usage pour traiter la question de la maladie mentale. Au fond, il s'agit de mettre de la liberté dans la créance et de la créance dans la liberté. Au lieu de penser, comme l'Etat libéral l'a fait, que la liberté et la responsabilité sont des données de nature, les prises en charge individualisées cherchent à offrir les ressources de l'exercice effectif de la liberté, sous de multiples formes (allocations, soins, aide à l'insertion, guidance professionnalisée, etc.). L'aide a cessé d'être réservée aux « grands malades » pour être accordée, sous des formes variables, aux souffrances ordinaires. Cependant, au lieu de confondre le normal et le normatif, à l'instar de l'Etat social classique, les circuits de soins s'articulent autour du respect du sujet et de son style de vie. Il s'agit de rendre les individus capables de mener des vies taillées sur mesure, non de les enfermer dans des statuts et des catégories dont ils ne parviennent plus à sortir. Nous allons donc vers un régime de droits-capacités. Ceux-ci appellent des formes de négociation et d'individualisation des prestations qui n'ont jamais été développées dans le cadre très standardisé de l'Etat-providence. En corollaire, un nouvel espace s'ouvre à la diversification des thérapies et des interventions sociales. Dans cette conjoncture, la déshospitalisation et même la dépsychiatriation de la santé mentale sont vraiment à portée de la main.

Des revendications ambiguës

Mais tout n'est pas si simple. Les risques sont grands, dans cette transition, de compromettre bien des libertés et des protections sans les remplacer, pour trois raisons au moins. La première tient à la difficulté de maintenir des investissements collectifs quand se déploient des pratiques d'aide très individualisées. Comment passer d'un régime standardisé à un régime personnalisé sans remettre en cause les protections assurées par les statuts (tutelles juridiques, allocations, exemptions) ? Comment autoriser la variation locale des régimes d'aide sans renforcer les inégalités ?

La deuxième raison tient au caractère dangereusement imprécis des devoirs qui accompagnent ces nouveaux droits. L'obligation faite aux usagers du système de santé mentale de mener une vie autonome et l'impératif d'insertion ne sont pas *a priori* moins écrasants que la protection asilaire ou le statut d'handicapé à vie. Sous le couvert de la promotion de l'autonomie se profilent de nouvelles exigences qui, pour certaines personnes, peuvent apparaître parfaitement terrifiantes. Avec ses idéaux adaptatifs, le discours (ré)éducatif peut, sous ces auspices, reprendre une nouvelle vigueur.

Enfin, le décentrement du champ de la santé mentale vers l'immense périphérie des troubles et des souffrances ordinaires entraîne un déplacement des moyens, des savoirs et des compétences. Jusqu'où cette réforme ira-t-elle ? A force de vouloir gagner les malaises et les souffrances, ne va-t-on pas offrir un terrain nouveau à une médicalisation féroce de toute l'existence, médicaments à l'appui ? A force de se pencher sur les souffrances ordinaires, de vider les asiles et les hôpitaux, ne risque-t-on pas d'encourager une sélectivité très particulière à l'entrée des services de soins (que nul n'entre ici s'il n'est capable de s'en sortir tout seul !) ? A coups d'équipes multidisciplinaires, ne déprofessionnalise-t-on pas les services au point que la psychose n'est même plus repérée comme telle ?

La revendication de citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques prend, dans ce contexte, des allures passablement ambiguës. Formulée dans le langage des droits individuels (droits des patients), elle risque de renforcer la décollectivisation des prises en

charge. En revanche, elle annonce un approfondissement de la démocratie si elle est mise au service de droits-capacités. Il s'agit alors de flexibiliser les aides, de temporaliser les protections et de singulariser les prestations dans le plus grand respect des sujets. Sur le plan politique, cela ne serait évidemment possible que par une adhésion renouvelée aux valeurs et objectifs d'une démocratie égalitaire, soucieuse des plus vulnérables. L'avenir du champ de la santé mentale, comme de bien d'autres, se jouera sur cette question.

Notes

[1] R. Castel, *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard (Folio), 1994, p. 379 et svtes

[2] T. Parsons, « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne » (1955), in C. Herzlich (dir.), *Médecine, maladie et société*, Mouton, 1970.

[3] P. Bernardet, T. Douraki et C. Vaillant, *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe*, Érès, 2002.

[4] A. Ehrenberg, *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, 1998 ; A. Ehrenberg et A. Lovell, *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Odile Jacob, 2001.

Publié in : *Sciences humaines*, 2004