

QUELLE PLACE LA SOCIÉTÉ FAIT-ELLE À LA FOLIE?



« D'une certaine manière, la folie est pour chacun de nous une tentation et un danger permanents, et si elle nous effraye tant chez autrui, c'est sans doute qu'elle réactive notre propre refoulé. Aussi préférons-nous exclure plutôt que d'être exclu. (...) À propos de l'exclusion, du rejet social, il conviendra de se demander si toute collectivité n'a pas besoin de fous, de déviants, de délinquants pour y inscrire sa négativité. Les victimes sacrificielles, les rôles maudits ne sont-ils pas nécessaires pour qu'une ligne de partage puisse être tracée entre la raison et la déraison, entre le permis et le défendu, entre le convenable et l'indécent, entre ce qui rassure et ce qui menace? »

Roland Jaccard¹



Réalisation

Texte

Graphisme

Remerciements à

Avec le soutien

Editeur responsable

D/2014/3543/1

Question Santé asbl - Service Education permanente

Alain Cherbonnier/Question Santé

Carine Simon/Question Santé

Ariane Coppens (Psycendoc)

de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Patrick Trefois – 72 rue du Viaduc – 1050 Bruxelles

QUELLE PLACE LA SOCIÉTÉ FAIT-ELLE À LA FOLIE ET COMMENT TRAÎTE-T-ELLE LES FOUS ?

Si l'on se pose cette question, deux autres surgissent immédiatement : de quelle société parle-t-on ? Et qu'est-ce que la folie, qu'est-ce qu'un malade mental ?... De la réponse à la première question découle la réponse à la seconde, car les différentes cultures ne perçoivent pas de la même manière ce que nous appelons aujourd'hui, dans le monde occidental, maladie mentale ou pathologie psychiatrique.

« Les psychiatres et les anthropologues médicaux qui étudient la maladie mentale dans différentes cultures ont constaté depuis longtemps que les troubles mentaux n'étaient pas uniformément répartis dans le monde et ne se manifestaient pas partout de la même façon. (...) Ainsi, un Nigérian peut souffrir d'une forme de dépression propre à sa culture, qu'il décrira par une sensation de brûlure dans la tête, alors qu'un paysan chinois parlera simplement de douleurs à l'épaule ou à l'estomac. Et une étude auprès de réfugiées salvadoriennes traumatisées par une longue guerre civile a montré que certaines d'entre elles ressentaient ce qu'elles appellent des *calorías*, une sensation de chaleur corporelle intense. »²

**IL NE S'AGIT PAS SEULEMENT D'AUTRES MOTS POUR DÉCRIRE LA MÊME CHOSE,
IL S'AGIT DE MANIÈRES DIFFÉRENTES D'EXPÉRIMENTER,
D'INTERPRÉTER ET DE SIGNIFIER LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE.**

Il faut admettre cela, le respecter et le prendre en compte, à moins de considérer *a priori* que nos conceptions médicales occidentales sont les seules pertinentes. Or l'industrie pharmaceutique ne manque pas de jouer, de manière perverse, à ce jeu : «Le marché japonais posait à GSK un problème extrêmement difficile. Certes, il existait bien au Japon un diagnostic clinique de la dépression (*utsubyo*), mais il ne ressemblait en rien à la version américaine : il décrivait une pathologie aussi dévastatrice et aussi stigmatisante que la schizophrénie, et rare de surcroît, ce qui compromettait les perspectives commerciales des antidépresseurs au Japon. La plupart des autres états mélancoliques n'y étaient pas considérés comme des maladies.» Il n'y avait donc aucune raison de chercher à soigner quelque chose qui semblait inoffensif tant aux profanes qu'aux professionnels de la santé ! Qu'à cela ne tienne : en rebaptisant la dépression *kokoro no kaze* (rhume de l'âme) et en diffusant ce concept, le laboratoire a noyé le poisson pour généraliser le diagnostic - et vendre largement des médicaments jusque-là sans emploi.³

On ne peut pas disqualifier les «superstitions» supposées des autres cultures – que celles-ci soient dites primitives ou simplement étrangères – au profit d'explications prétendument « objectives » parce que parées du prestige de la Science (et donc de la Vérité) que met en avant la culture occidentale rationaliste et technicienne. L'inventeur du terme « ethnopsychiatrie », rappelle Tobie Nathan⁴, fut un médecin haïtien, Louis Mars. Ce dernier faisait remarquer que le vaudou, lui aussi, prenait en charge et guérissait ceux que nous appelons depuis le XIX^e siècle des malades mentaux. On pourrait objecter « il faut y croire pour que ça marche ! »... Au contraire, réplique Nathan, c'est parce que ça marche que l'on y croit !

Toute médecine fonctionne dans une culture, dans un ensemble de signes qui donne un sens à ce que nous appelons ici et maintenant symptômes, syndrome ou tableau clinique, et qui cherche à traiter les troubles de l'esprit comme du corps⁵. Notre médecine en est consciente puisque, à son corps défendant, elle est bien obligée d'admettre ce que l'on appelle l'effet placebo, c'est-à-dire ce qui survient lorsqu'un produit inactif délivré au patient a un effet sur son état de santé parce qu'il croit avoir pris un médicament potentiellement efficace. L'effet placebo est d'ailleurs pris en compte lors des essais cliniques préalables à la mise sur le marché d'une nouvelle molécule : c'est seulement si le médicament testé donne de meilleurs résultats que le placebo (le produit inactif) qu'il est considéré comme efficace.

**MAIS LES DIFFÉRENCES INTERCULTURELLES SE DOUBLENT D'ÉVOLUTIONS
INTRACULTURELLES AU FIL DE L'HISTOIRE.
ON PEUT LE VOIR DANS NOS SOCIÉTÉS D'EUROPE OCCIDENTALE,
QUI N'ONT PAS TOUJOURS CONSIDÉRÉ LA FOLIE DE LA MÊME MANIÈRE.**

Commençons par le berceau de la civilisation européenne : la Grèce antique. Dans un premier temps, comme l'ensemble du monde méditerranéen et proche-oriental, elle fonctionne selon le modèle magico-religieux : « les fous sont soignés par des "prêtres-médecins" au milieu d'un déploiement religieux, de jeûnes, d'ablutions, de purifications et d'onctions. »⁶ La folie est le plus souvent perçue comme un châtement divin envoyé aux hommes en proie à l'*ubris* (terme habituellement traduit par « démesure » mais qui implique transgression et défi aux dieux). On retrouvera une conception proche dans le monothéisme judéo-chrétien : Dieu envoie la maladie et la folie à ceux qui se détournent de lui.

Plus tard, la Grèce classique voit à la fois la philosophie et la médecine s'intéresser à la folie. « Chez les philosophes grecs, on distingue une folie mauvaise et une bonne qui peut être créatrice. Délirer c'est donc, au sens étymologique de *delirare*, sortir du sillon, soit en divaguant soit en prophétisant. » Ici encore, on peut faire un rapprochement avec le christianisme. Ainsi, ce que nous appelons délire aujourd'hui ne sera pas forcément considéré, au Moyen âge, comme folie : qui « entend des voix » peut être vu comme émissaire de Dieu ; qui profère un langage incompréhensible, comme possédé du Malin.

C'est le célèbre médecin grec Hippocrate qui, le premier, sépare la folie, au sens médical, et la déraison, au sens philosophique et moral : les troubles mentaux (frénésie, épilepsie, manie, mélancolie, hydrophobie...) sont bien identifiés dans son oeuvre. Plus largement, la réflexion théorique des Grecs et des Latins met à la disposition des médecins un véritable arsenal thérapeutique comprenant notamment voyages, musique et théâtre - ce qui a peut-être été redécouvert récemment avec ce que l'on appelle « art-thérapie ».

Toutefois, « la réponse médicale à la folie ne nous éclaire guère sur la réponse sociale (...). L'isolement d'un malade s'entendait à titre privé, au sein d'une famille. Il n'y avait pas d'hôpitaux ou d'asiles pour cela. Ce devait être assez fréquent pour que les plus grands médecins y consacrent des traités entiers. »

QUELLE PLACE EST FAÏTE AUX FOUS DANS LE MOYEN ÂGE CHRÉTIEN ?

La charité et l'assistance sont deux valeurs centrales de la chrétienté médiévale. C'est dans ce contexte que naît l'hôpital qui, sauf le nom, n'a presque rien à voir avec les établissements actuels: c'est avant tout un lieu d'accueil pour les personnes sans ressources, malades ou non, et il est très peu médicalisé (les médecins préfèrent une patientèle solvable). « À partir des XII^e et XIII^e siècles, les fondations hospitalières se multiplient en même temps que les villes se développent. Des ordres hospitaliers sont créés dans ces grandes villes où ils accueillent des indigents et des fous. »⁶

Et à la campagne (car la population européenne est alors essentiellement paysanne), comment les fous étaient-ils traités ? « Dans un milieu très majoritairement rural, il existait une relative tolérance envers ceux qui étaient capables d'accomplir quelques travaux saisonniers. En fonction du degré de folie, du comportement, les fous sont enfermés par leur famille dans une grange, un cabanon au fond du jardin par exemple. Si la parentèle possède quelque argent, elle confie le fou à une communauté religieuse. Les abbayes cisterciennes s'en étaient fait une spécialité. »

Quant aux fous incapables de travailler et livrés à eux-mêmes, ils ne pouvaient qu'errer, comme tous ceux qui perdaient le soutien de la famille ou de la communauté dans une société à la limite de la survie. Dans son *Histoire de la folie*, le philosophe Michel Foucault écrit : « Les fous alors avaient une existence facilement errante. Les villes les chassaient volontiers de leur enceinte ; on les laissait courir dans des campagnes éloignées, quand on ne les confiait pas à un groupe

de marchands et de pèlerins. La coutume était surtout fréquente en Allemagne ; à Nuremberg, pendant la première moitié du XV^e siècle, on avait enregistré la présence de 62 fous ; 31 ont été chassés (...). Il arrivait souvent qu'on les confiât à des bateliers : à Francfort, en 1399, on charge des mariniers de débarrasser la ville d'un fou qui s'y promenait nu (...).»⁷

Il faut cependant relativiser : tous les individus « sans feu ni lieu » (les SDF de jadis) – qu'ils soient fous, vagabonds, invalides ou mendiants – étaient perçus comme indésirables voire menaçants, et chassés des villes. Et il arrivait, par contre, que des citoyens ayant perdu la tête soient pris en charge par leur municipalité. En outre, dans un monde qui ne connaissait pas l'Etat-nation plus ou moins centralisé d'aujourd'hui, chaque entité urbaine ou rurale dépendait d'une juridiction différente, avec ses structures de pouvoir et son droit spécifiques. Il est très délicat de généraliser à partir de cas particuliers.

La figure du fou ne se confond donc pas, alors, avec celle de l'exclu. Le Moyen âge la valorise d'ailleurs sous la forme du simple d'esprit, de l'innocent (le fou mais aussi l'enfant), qui – tout comme le bouffon à la cour seigneuriale – est le seul à pouvoir dire des vérités refusées par les règles sociales. La littérature satirique médiévale en témoigne : « Dans les farces et les soties, le personnage du Fou, du Niais ou du Sot prend de plus en plus d'importance. Il n'est plus simplement, dans les marges, la silhouette ridicule et familière : il prend place au centre du théâtre, comme le détenteur de la vérité (...). Si la folie entraîne chacun dans un aveuglement où il se perd, le fou, au contraire, rappelle à chacun sa vérité (...): il dit l'amour aux amoureux, la vérité de la vie aux jeunes gens, la médiocre réalité des choses aux orgueilleux, aux insolents et aux menteurs.»⁷
On trouve une autre dimension de la folie dans la fête du Carnaval et le Jour des Fous où,

systematiquement, les rôles sont inversés, les règles transgressées pendant une période qui permet à la fois de se défouler et d'exorciser le carcan des normes et des contraintes sociales, à un point difficilement imaginable aujourd'hui. Cette coutume remonte aux Saturnales romaines, durant lesquelles maîtres et esclaves échangeaient leurs rôles pour un temps. Elle ne disparaîtra qu'à la fin du Moyen âge.

QUELLE FOLIE SE CACHE SOUS LA PERRUQUE DE LOUIS XIV ?

Pour Foucault – dont l'ouvrage déjà cité a fait date et est devenu une référence non seulement incontournable mais presque incontestable –, le grand tournant dans le traitement social de la folie intervient à l'âge classique (XVII^e et XVIII^e siècles), qui correspond aussi à des changements politiques (l'instauration de la monarchie absolue puis la Révolution française), sociaux (la montée en puissance de la bourgeoisie), économiques (le développement du capitalisme, qui va déboucher sur la révolution industrielle) et culturels (l'essor des sciences et la contestation de l'autorité religieuse).

Chez les Grecs, écrit-il, l'*ubris* ne s'opposait pas au *logos*, au discours rationnel. Et l'homme médiéval avait encore « rapport à quelque chose qu'il appelle confusément : Folie, Démence, Dérision. (...) Au Moyen Âge et jusqu'à la Renaissance le débat de l'homme avec la démence était un débat dramatique qui l'affrontait aux puissances sourdes du monde ». C'est à l'âge classique que la folie est opposée radicalement à la raison, que le fou devient irréductiblement autre. Foucault situe la coupure par deux dates symboliques : en 1656, un édit royal crée l'Hôpital général de Paris, ce qui lance le « grand renfermement » des pauvres ; en 1794, le médecin Philippe Pinel fait ôter leurs chaînes aux malades internés à l'hôpital Bicêtre.

L'Hôpital général de Paris est créé au milieu du XVII^e siècle. Tous les établissements existants sont regroupés sous une administration unique pour accueillir, non particulièrement les fous, mais les pauvres de Paris « de tous sexes, lieux et âges, de quelque qualité et naissance, et en quelque état qu'ils puissent être, valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables ». Leurs directeurs « ont tout pouvoir d'autorité, de direction, d'administration, commerce, police, juridiction, correction, et châtement sur tous les pauvres de Paris, tant au-dehors qu'au-dedans de l'Hôpital général ».

Celui-ci n'est donc pas un établissement médical, c'est une instance de l'ordre monarchique et bourgeois qui s'organise à la même époque. « Avant d'avoir le sens médical que nous lui donnons, ou que du moins nous aimons lui supposer, l'internement a été exigé par tout autre chose que le souci de la guérison. Ce qui l'a rendu nécessaire, c'est un impératif de travail. Notre philanthropie voudrait bien reconnaître les signes d'une bienveillance envers la maladie, là où se marque seulement la condamnation de l'oisiveté. » Mendicité et oisiveté sont en effet considérées comme les sources de tous les désordres. Cela ne se passe pas dans n'importe quel contexte : après l'interminable guerre de Trente Ans (1618-1648), une crise économique augmente le chômage. C'est toute cette population sans ressources, sans attaches sociales, que viserait l'édit de 1656.

L'internement, poursuit Foucault, « forme l'une des réponses données par le XVII^e siècle à une crise économique qui affecte le monde occidental dans son entier : baisse des salaires, chômage, raréfaction de la monnaie (...) ». Mais, en dehors des périodes de crise, l'internement troque sa fonction de répression contre une nouvelle utilité : « Il ne s'agit plus alors d'enfermer les sans-travail, mais de donner du travail à ceux qu'on a enfermés et de les faire servir ainsi à la prospérité de tous. L'alternance est claire : main-d'œuvre à bon marché dans les temps de plein emploi et de

hauts salaires ; et, en période de chômage, résorption des oisifs, et protection sociale contre l'agitation et les émeutes.»

LE « GRAND RENFERMENT » DES FOUS ? ÇA SE DISCUTE...

L'œuvre de Foucault a souvent été critiquée par les historiens, et pas seulement en raison d'une opposition de points de vue (l'Histoire versus la Philosophie). La thèse du « grand renferment » à l'âge classique est aujourd'hui battue en brèche par Claude Quétel⁸. Pour celui-ci, l'enfermement des errants a commencé bien plus tôt, dès le XVI^e siècle : la France est alors le pays le plus peuplé d'Europe, et Paris est envahi de mendiants venus de tout le royaume. La création ultérieure de l'Hôpital général lui apparaît surtout comme une réforme administrative. En outre, les fous qui, au départ, n'étaient pas traités autrement que les autres indigents, seront peu à peu logés à part. Enfin, les insensés qui ne sont pas errants ni sans le sou vont se voir, de plus en plus, internés à la demande des familles, suite à l'extension des « lettres de cachet », qui permettaient l'incarcération sans jugement, l'exil ou l'internement de personnes jugées indésirables par le pouvoir royal. Ils atterrissent dans des lieux très divers : prisons, tours d'enceinte, pensions privées et civiles...

Nuançons aussi l'image d'Epinal des fous débarrassés de leurs chaînes en 1794, présentée comme l'initiative fondatrice d'un précurseur éclairé : il ne faut pas négliger « l'esprit de réforme des dernières décennies de l'Ancien Régime, animé par le puissant mouvement philanthropique qui s'épanouit alors et par les progrès de la centralisation monarchique. À la fin de l'Ancien Régime, en France, les insensés sont internés un peu partout, dans l'attente d'un lieu d'internement spécifique. Ces réformes sont dans l'air, la psychiatrie institutionnelle est en train de naître. »⁶

Il faut également rappeler que ces analyses et controverses valent pour la France, pas forcément pour les nombreux autres Etats européens (ils sont notamment une myriade outre-Rhin). Pour illustrer cela, prenons l'exemple de la procédure d'internement en vigueur à Bruges, dans les Pays-Bas autrichiens, au XVIII^e siècle⁹ : « Quand un membre d'une famille ou toute autre personne concernée avait à charge un malade mental, il pouvait demander une aide pécuniaire aux magistrats communaux. Pour ce faire, il fallait soumettre une supplique au bourgmestre et aux échevins, accompagnée des attestations éventuelles de voisins, d'un notable, du curé et, à la fin du 18^e siècle, du médecin. »

Dans ce système, « la maladie mentale était perçue comme impossibilité de pourvoir à sa subsistance. Elle ne signifiait pas la répression de comportement déviant ni la prise de mesures policières. (...) Par ailleurs il existe en ville un système de placement. Les patients séjournent souvent chez des particuliers. » C'est seulement si le malade est trop agité qu'il est placé à l'hôpital ; lorsque sa santé s'améliore, il est aiguillé vers un placement extérieur avec aide alimentaire. « La législation nationale, introduite au moment de la Révolution française, modifiera cependant cette situation et changera totalement la conception du malade mental : le 19^e siècle va le parquer à l'asile. » En effet, la loi française de 1790 prévoit que les malades mentaux placés chez des particuliers soient enfermés à l'hôpital, rebaptisé pour l'occasion Maison de Sûreté !

La procédure de collocation est alors adaptée au système français, la décision étant partagée entre commissaires de police et médecins : « Les commissaires de police feront le rapport sur le comportement asocial et les possibilités financières du patient. L'aliénation mentale est maintenant perçue comme perturbant l'ordre. Sa place est uniquement à l'asile sous

contrôle médical. Le médecin prend place dans ce système. Il veille à l'ordre des esprits. La Révolution française lui donne maintenant un pouvoir légal pour distinguer la maladie mentale de la normalité.»

**SI LA RÉVOLUTION FRANÇAISE A LIBÉRÉ LES MALADES MENTAUX DE LEURS CHAÎNES,
ELLE A AUSSI CONSACRÉ LEUR ENFERMEMENT DANS L'ASILE,
QUI DEVIENT LE SEUL ENDROIT ADAPTÉ POUR EUX.**

Comme le résumait des chercheurs belges⁹⁰ : « L'asile traduit institutionnellement l'appréhension de la folie qui prévaut au 19^e siècle et au début du 20^e siècle. Celle-ci passe essentiellement par le prisme judiciaire. Le rôle premier de l'Etat est alors de protéger la société de tous les éléments susceptibles de perturber son fonctionnement normal. La vision de la société peut être comparée à celle d'une machine au bon fonctionnement de laquelle chaque citoyen, raisonnable, contribue par son travail et sa civilité. Dans cette société, le fou constitue le grain de sable qui vient perturber l'engrenage. La conception de la folie sous-tendue par le traitement moral, qui se répand alors sous l'influence de Pinel et d'Esquirol⁹¹, s'inscrit dans ce contexte. "La médicalisation de la folie ne signifie pas en effet la simple confiscation de la folie par le regard médical. Elle implique la définition à travers l'institution médicale d'un nouveau statut juridique, social et civil du fou : l'aliéné. (...) L'élément déterminant qui conditionne ce statut, c'est le placement dans un établissement spécial." Il reste donc au législateur, bras droit d'un Etat préoccupé par la sûreté publique, à régler la collocation du fou. »

La loi belge sur le régime des aliénés (1850) permet ainsi à tout citoyen ou à une autorité administrative de réclamer le placement d'une personne dans un service fermé, d'autorité et pour une durée indéterminée. L'asile est un lieu discipli-

naire où l'ordre doit régner. En 1895, le Ministre de la Justice rappelle que les aliénés, légalement irresponsables, ne peuvent être punis que « lorsque l'ordre et la discipline dans les établissements sont menacés » et classe par ordre de gravité les moyens de punition qui peuvent être employés : ceux-ci vont du simple avertissement à la contention (ceinture, entraves, camisole de force) en passant par le changement de quartier², la suppression des faveurs (sorties, visites, travaux, salaires...) et la réclusion en chambre d'isolement voire en cellule.

LE XIX^e SIÈCLE EST « L'ÂGE D'OR » DE LA PSYCHIATRIE ASILAIRE ET DE L'ENFERMEMENT DES ALIÉNÉS, C'EST-À-DIRE DE CEUX QUI SONT ÉTRANGERS À L'ORDRE SOCIAL AUTANT QU'À EUX-MÊMES.

Mais le XX^e siècle n'est pas en reste. Les pouvoirs médical, judiciaire et moral vont longtemps se donner la main, s'appuyant sur des théories dites scientifiques. Qu'il faut relativiser au moins autant que celles qui prévalent dans d'autres systèmes culturels, telles que les théories magico-religieuses ou encore resocialisantes (réintégrer le déviant – par exemple l'enfant-soldat – dans la communauté via des rituels collectifs, comme cela se passe dans certaines cultures villageoises africaines).

En effet, les théories organicistes (toute maladie mentale naît d'un déficit du cerveau en tant qu'organe), qui ont longtemps régné sur la psychiatrie et sont encore largement partagées, ont donné lieu à des traitements aussi violents que discutables sur le plan thérapeutique : lobotomie (opération chirurgicale sur certaines zones du cerveau), électrochocs, « camisole chimique » (avec des médicaments neuroleptiques)¹³. Signalons que les débuts de ces pratiques remontent respectivement à 1935, 1938 et 1952... Ce n'est pas si ancien, si vous pensez par exemple aux dates de naissance de vos parents – ou même à la vôtre.

La frontière est décidément ténue entre traitement médical et normalisation des déviants et des marginaux. Les électrochocs sont pour la première fois expérimentés - sans son consentement, bien entendu - sur un vagabond arrêté par la police dans l'Italie fasciste... On n'oubliera pas le sort réservé par le régime nazi aux malades mentaux comme aux juifs, aux tziganes ou aux homosexuels. Voulez-vous des exemples plus « démocratiques » ? Dans les pays scandinaves, il y a seulement quarante ans, des malades mentaux étaient stérilisés chirurgicalement pour que leur pathologie ne se « reproduise » pas (c'est ici une théorie génétique de la folie qui sert de fondement). Tout récemment encore, il est apparu que « durant des décennies, jusque dans les années 1980, des milliers de jeunes Suisses ont été jetés en prison sans procédure judiciaire, placés de force dans des familles d'accueil ou en maison de rééducation, stérilisés... Leur crime ? Une conduite jugée menaçante par une société éprise d'ordre et de conformisme. » Ils et elles étaient mères célibataires, indigents, alcooliques, prostituées ou « déficients mentaux »...¹⁴

En Belgique, c'est seulement en 1948 que la responsabilité des asiles passe du Ministère de la Justice à celui de la Santé, fraîchement créé (1936). « Ce transfert de compétences marque un tournant dans l'action publique en matière de santé mentale. Plus fondamentalement, il prend acte d'une première phase de traduction, celle qui a fait d'un problème sociojuridique un problème médical et, par extension, de l'aliéné un malade mental. »¹⁰

DE L'ALIÉNÉ ENFERMÉ À L'ASILE AU MALADE MENTAL INTÉGRÉ DANS LA VIE SOCIALE?

Cette médicalisation se traduit ensuite, dans les décennies 1950-70, par l'augmentation et la diversification des moyens matériels, institutionnels et humains accordés par l'Etat à la prise en charge des malades mentaux :

- intégration de la maladie mentale au système des soins de santé (intervention de l'INAMI, – et non plus de l'assistance publique – pour le traitement des indigents, intégration au système de soins des services psychiatriques fermés) ;
- prise en compte de la temporalité de la maladie (chronique/aiguë) dans l'orientation des patients vers les différentes options de traitement et d'accueil, ce qui signe la fin du fonctionnement asilaire ;
- professionnalisation du personnel d'encadrement (reconnaissance de la spécialisation en neuropsychiatrie, politique de formation des psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux...);
- institution des services de santé mentale (SSM), qui accueillent les malades en ambulatoire (alternative à l'hospitalisation).

Cette sortie progressive du système asilaire a été appelée la « désinstitutionnalisation ». Autrement dit : on ne va plus « institutionnaliser » les malades mentaux, les confiner dans les institutions psychiatriques dont l'asile d'aliénés était le parangon, mais essayer de les (ré)insérer dans la vie sociale « normale ». Cette évolution s'inscrit largement dans le fil d'un courant de pensée des années 1960, dont les principaux promoteurs sont des médecins mais que l'on a pourtant nommé « antipsychiatrie », en raison de ses remises en question souvent radicales de l'univers psychiatrique.

EN DÉSIGNANT SA PLACE AU FOU, LA CULTURE INDIQUE OÙ SE TROUVE LA NORME SOCIALE, LA CÉSURE ENTRE LE NORMAL ET L'ANORMAL.

La norme ? Oui, pointe Marie Absil, « nous vivons dans une société productiviste qui classe les gens selon le rapport de leur utilité et de leur coût, dans un monde qui repose sur le mythe humaniste de l'homme autonome. Or le handicapé (physique ou psychique) coûte généralement plus à la société qu'il ne lui rapporte et n'est pas autonome. (...) Le handicapé, le fou est donc comme une image inversée de "l'homme autonome", un négatif.»¹⁵ Pourtant, cette image de l'homme « normal » est tout aussi illusoire que celles de l'*homo economicus* ou de l'*homo medicus*¹⁶ : « personne ne vit totalement isolé et indépendant de ses congénères, personne ne traverse sa vie sans moments difficiles, sans fragilités. La norme est donc un lieu vide. C'est pourquoi la norme a besoin du handicapé, du fou pour se définir, pour exister. »

L'asile constituait la réponse sociale à cette nécessité. La désinstitutionnalisation a certes fait souffler un vent de liberté sur la psychiatrie, mais au prix de deux écueils : « D'une part, il existe un risque d'abandon à elles-mêmes des personnes en souffrance si les moyens autrefois consacrés au fonctionnement de l'asile ne sont pas judicieusement transférés partout où les besoins s'en font sentir dans le milieu de vie. D'autre part, les fous ne seront plus enfermés mais ils risquent quand même d'être sommés de se rapprocher le plus possible de la norme. Si une aide est apportée dans le souci de rendre la personne "normale", le fou, le handicapé se doit de désirer ce qu'on lui demande de désirer. »

En fait ces deux risques sont déjà une réalité. D'une part, nombre de malades mentaux se retrouvent à la rue - ou en prison¹⁷ - faute de structures adaptées pour les prendre en charge (et ajoutons que la cruauté de la vie à la rue peut rendre fous ceux qui ne l'étaient pas déjà). D'autre part, on va demander au malade mental d'être *acteur de sa maladie*, de se rétablir, de se réinsérer, de construire un projet de vie... À une personne considérée naguère comme irresponsable, on va demander qu'elle se montre *responsable* !

Dans quelle mesure cette intégration est-elle possible ? Il y a déjà plus de trente ans, Nicole Lanouette était plus que dubitative, considérant que derrière l'intégration se dissimulait la normalisation. Or, que veut dire être « normal » ? Qui peut définir la normalité ? Et se réintégrer veut dire retourner à un rôle social déterminé : « Notre société demande à toute personne de jouer un rôle social défini. Notre société demande à tout citoyen de produire, de consommer. Dans ces conditions, le malade mental ne peut avoir un rôle social clairement défini. Sa seule identité sociale est très souvent son étiquette de malade. Le malade mental est en général un citoyen qui produit et consomme peu, il est un être déviant, il est un contestataire des valeurs établies. »¹⁸

DE « QUELLE EST LEUR PLACE ? » À « OÙ TROUVENT-ILS PLACE ? »

Comment intégrer les malades mentaux quand les hôpitaux n'en veulent plus, les familles n'en peuvent plus ? Alors que l'hôpital psychiatrique serait bien adapté à un certain nombre d'entre eux et qu'il constituerait, pour d'autres, une option intéressante ne serait-ce qu'à certains moments de leur vie, le nombre de lits d'hôpitaux pouvant les accueillir diminue régulièrement. Par ailleurs, l'évolution des structures familiales (et, dans nombre de cas, l'appauvrissement des familles) permet de moins en moins la prise en charge d'une personne dépendante – le malade mental mais aussi la personne très âgée, celle qui n'a plus de revenu suffisant, celle qui est atteinte d'une maladie chronique – par sa parenté.

Il existe certes d'autres formules que l'hôpital, tels que les appartements supervisés, les centres pour enfants psychotiques, les centres pour personnes autistes, les centres psychiatriques de jour pour adolescents, les centres d'accueil de jour, les centres psychothérapeutiques (de jour ou de nuit), les centres de rééducation ambulatoire, les communautés thérapeutiques... Mais l'offre est limitée et l'accès, conditionnel. Ainsi, vivre en appartement supervisé implique une certaine autonomie ; les centres accueillant des mineurs d'âge se ferment à la majorité de ceux-ci (le problème est le même pour les personnes lourdement handicapées qui, à dix-huit ans, se retrouvent à charge de leur famille) ; etc.

En outre, le passage par la psychiatrie constitue souvent un stigmate pour les (ex-)patients. Comme d'autres usagers des soins de santé, ceux-ci commencent à se regrouper en associations pour se rencontrer, s'entraider, s'informer et agir ensemble. « Ces associations permettent de rencontrer des personnes qui sont aussi "passées par là", de faire ensemble des choses qu'on n'aurait peut-être pas faites seul, de se tenir au courant des aides disponibles », peut-on lire

sur www.psytoyens.be. L'asbl Psytoyens rassemble ces associations pour les promouvoir, les soutenir, mais aussi pour informer les usagers des soins de santé mentale et faire prendre en compte leur avis et leurs intérêts en vue d'améliorer la qualité des services.

L'enjeu majeur reste donc la place que notre société fait à la folie, la manière dont nous traitons « nos » fous. Actuellement, cela se traduit par le débat autour des « réseaux et circuits de soins », débat lancé dès le début de ce XXI^e siècle à l'échelle internationale par l'OMS, qui préconisait une prise en charge communautaire des malades au lieu de leur internement. En Wallonie, un guide intitulé *Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation des réseaux et circuits de soins* (2010) propose comme finalité « le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés ». Au-delà des questions insitutionnelles¹⁹, cela pose toujours les questions éthiques, sociétales, politiques soulevées plus haut.

Pour Yves-Luc Conreur, co-fondateur de l'Autre « lieu » asbl, cela constitue même un défi épistémologique (et donc, aussi, culturel) : celui de dépasser le modèle médical en psychiatrie. Pour lui, les vies et les histoires racontées par les hommes et les femmes qui s'adressent à son association « sont les uniques formes de résistance aux actuels savoirs psychiatriques qui imposent de plus en plus une définition abstraite des pathologies en extirpant, à la vie et à ses histoires, les signes diagnostiques pour les structurer en maladie. »²⁰

1. Roland Jaccard, *La Folie*, PUF, coll. Que sais-je ? n° 1761 (1^{ère} éd. 1979), 7^{ème} éd. p. 9.
2. Ethan Watters, www.courrierinternational.com/article/2010/03/04/comment-l-occident-exporte-ses-troubles-mentaux. Journaliste, Watters a publié *Crazy Like Us. The Globalization of the American Psyche*.
3. Pour approfondir cette problématique : *À qui profite la maladie ?* (Service Education permanente, Question Santé asbl, 2013), http://www.questionsante.be/outils/profit_maladie.html.
4. Tobie Nathan est le fondateur de l'ethnopsychiatrie en France. On peut notamment lire un entretien avec lui sur www.cairn.info/revue-outrre-terre-2005-2-page-575.htm.
5. Pour plus de détails, voir Roland Jaccard, *op. cit.*, pp. 23-35.
6. Citation empruntée à la recension par Noëlle Bantreil de l'ouvrage de Claude Quétel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*, sur clio-cr.clionautes.org/spip.php?page=article-imprim&id_article=3024#.Ufjw9LTBVFQ
7. Michel Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Librairie Plon, 1961, éd. abrégée en poche chez 10/18, rééd. chez Gallimard en 1972.
8. Claude Quétel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*, Tallandier, 2010.
9. Dr H. Ronse, « Internement et législation : quelques notions d'histoire », dans *Unité dans la diversité*, Rapport du symposium organisé à l'occasion du 60^{ème} anniversaire de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale, Bruxelles, les 20 et 21 octobre 1983, pp. 51-68.
10. Sophie Thunus, Gaëtan Cerfontaine et Frédéric Schoenaers, « Evolution du champ de la santé mentale en Belgique : de l'asile vers les réseaux et circuits de soins », dans *L'Observatoire* n° 72, avril 2012, pp. 5-11. Les auteurs citent Robert Castel, *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme* (2008).
11. Esquirol succéda à Pinel et poursuivit son œuvre. Le « traitement moral » est vu par les uns comme une forme de conditionnement, par les autres comme une amorce de la psychothérapie...
12. C'est le terme consacré (le même qu'en prison : cf. « quartier de haute sécurité »).
13. Pour plus de détails, voir Roland Jaccard, *op. cit.*, pp. 62-72.
14. Romain Rosso, « Suisse : le scandale des enfants parias », *L'Express*, 22 juillet 2013.
15. Marie Absil, « Rapport à la norme et psychiatrie », *Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie*, n°6, juillet-août-septembre 2011, p. 2.

16. La théorie de *l'homo economicus* considère les humains comme des êtres rationnels, désireux de consommer de la manière la plus pertinente et de produire de la manière la plus rentable. De même, *l'homo medicus* serait un personnage responsable, soucieux avant tout de sa santé, qui ferait par conséquent les « bons choix », c'est-à-dire ceux que lui conseille son médecin.
17. Voir le documentaire de Serge Moati, *Mes questions sur la folie en prison*, chroniqué dans *Bruxelles Santé* n° 70, juin 2013 (<http://www.questionsante.org/bs/REGARDS-SUR-LA-FOLIE>).
18. Nicole Lanouette, « L'intégration du malade mental dans la société », *Santé mentale au Québec*, vol. 1, n° 1, 1976 (<http://id.erudit.org/iderudit/030011ar>).
19. Pour une analyse détaillée, lire S. Thunus, G. Cerfontaine et F. Schoenaers, *op. cit.*
20. Yves-Luc Conreur, « Savoirs et institutions en intervention », *L'Observatoire* n° 72, avril 2012, pp. 77-80.

BROCHURES SUR LE MÊME THÈME, AUTOUR DE LA SANTÉ MENTALE :

- Santé mentale : paroles d'usagers - 2006
- Médicalisation des troubles de comportement : instrument de contrôle social - 2006
- Hommes et femmes inégaux face à la dépression - 2007 - (la brochure papier n'est plus de stock)
- Etre bien dans sa tête, une obligation sociale ? - 2010
- Suicide : une histoire de vie ? - 2011
- Chuis pas fou ! Images de la santé mentale - 2013

Toutes les brochures sont téléchargeables sur le site www.questionsante.be



Cette brochure élargit la réflexion proposée dans une précédente publication (*Chuis pas fou! Images de la santé mentale*, coll. Représentations, 2013) : au-delà de nos réactions personnelles face à la souffrance psychique, au déséquilibre mental, quelle place notre culture fait-elle à la folie ? Comment les sociétés traitent-elles « leurs » fous ? Car tout écart par rapport à la norme ne prend de sens qu'à l'intérieur d'une culture qui lui donne un statut de maladie, de déviance ou d'anormalité sociale.

La réflexion que nous proposons ici ne porte pas sur la pertinence des diagnostics psychiatriques (bien que ce ne soit pas affaire purement technique). Par contre, il y a de quoi s'interroger sur la tentation d'objectiver à tout prix les troubles mentaux et sur la prétention de la culture occidentale à définir « enfin » la clé de la folie. On évoquera donc la médicalisation de la folie, qui la constitue en *maladie mentale* : c'est en effet la réponse principale qu'apporte aujourd'hui notre société à une question qui s'est toujours posée et à laquelle les diverses cultures humaines, à travers le temps comme à travers l'espace, ont donné des réponses fort diverses.

**La brochure s'adresse à tous les publics.
Elle est téléchargeable sur le site www.questionsante.be**

Edition 2014