



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.

L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.

The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

ISBN 0-315-53233-5

Canada

PSYCHIATRIE, FOLIE ET RATIONALITE

Thèse présentée à l'Ecole des Etudes Supérieures
de l'Université d'Ottawa
en vue de l'obtention
de la maîtrise en sociologie

par
Jean-Marc Collin

Université d'Ottawa
Ottawa, Canada, 1989

© Jean-Marc Collin, Ottawa, Canada, 1989



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

"Pour expliquer le sens de la folie à ce moment de l'histoire, nous devons nous engager dans une forme d'action sociale politiquement consciente, et en même temps réfléchir sur cette action. Une telle réflexion doit engendrer un savoir qui dépassera la technique."
(Cooper, 1978, p.163)

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I: <u>Rationalité et histoire</u>	4
1.1 Rationalisation et rationalité instrumentale	4
1.11 Le problème de l'ambiguïté ...	4
1.12 Rationalité et action sociale.	6
1.13 La rationalisation	9
1.2 Survol historique	15
1.21 Les sociétés dites "primitives"	17
1.22 Les civilisations antiques ...	18
1.23 Le moyen âge	26
CHAPITRE II: <u>De la folie à la maladie mentale</u>	33
2.1 Le capitalisme: condition nécessaire	34
2.2 Le traitement moral	47
2.3 Quelques considérations théoriques.	52
2.31 Les motivations premières	52
2.32 La sécularisation de la connaissance	56
CHAPITRE III: <u>La nature de nos sociétés</u>	64
3.1 Le seuil de tolérance	69
3.2 Legitimité de la psychiatrie et définitions de la maladie mentale..	72
3.21 Le modèle médical	73
3.22 L'autre critère	81
3.23 L'efficacité dans le traitement: les trois consé- quences	86

CHAPITRE IV:	<u>Les implications socio-politiques</u>	97
4.1	La psychiatrie en tant que force conservatrice	97
4.2	Possibilité de changement, les options, les alternatives: quelques remarques	103
4.21	Le mouvement antipsychiatrique	106
4.22	La désinstitutionnalisation ..	109
4.23	Les problèmes et les limites de la prévention	111
CONCLUSION	114
BIBLIOGRAPHIE	116

INTRODUCTION

Toutes les sociétés se sont interrogées sur le sens de la déviance et sur les problèmes qu'elle occasionne. Ce qui a pu varier de l'une à l'autre, ce sont l'interprétation et la réaction face au comportement déviant. L'unicité de notre époque réside dans une complexification de toute la question de la déviance, à un point tel que toute une gamme de discours se sont développés, et ont forcé une différenciation, une fragmentation du concept de déviance. Il faut maintenant nuancer ses propos, et parler plus particulièrement du criminel, du fou, etc.,; autant de catégories que de types d'experts, de spécialistes, de technocrates ...

Le fou, de nos jours appelé "malade mental", fait maintenant face à une réaction sociale, à des experts et à des traitements jamais rencontrés dans l'histoire de l'humanité. Mais aussi, il se heurte à une institution historiquement nouvelle: la psychiatrie.

Cette thèse se veut une contribution à l'étude sociologique de la psychiatrie. Comprendre la complexité de son avènement, de son rôle, de sa structure et de son fonctionnement n'est certes pas tâche facile. Et comme ce n'est que récemment (si on les compare à d'autres objets d'étude plus orthodoxes) que la sociologie en est venue à s'intéresser à la folie et à la psychiatrie, avec notamment les ouvrages de Michel Foucault,

force est de constater un certain vide ou du moins un vaste territoire encore à conquérir.

S'inscrivant dans ce projet d'une meilleure compréhension des enjeux entourant la folie, nous avons cru utile, voire essentiel d'intégrer dans notre démarche certains concepts rarement évoqués dans ce champ d'étude: la rationalité instrumentale, et le processus historique de rationalisation, tels que développés notamment par Weber, l'Ecole de Francfort, et nombre de néo-webériens. Nous croyons que ces concepts peuvent dévoiler certains secrets que cache la psychiatrie, ou pour le moins en élucider la raison d'être. Notre objectif principal est donc d'examiner le rapport qu'entretiennent ce trio "folie-psychiatrie - rationalité".

Notre démarche nous transportera à travers un survol historique qui s'amorce chez les sociétés primitives, pour aboutir à l'époque actuelle, en passant par les civilisations antiques, le Moyen-Age et la Renaissance. Cet exercice constituera un préambule nous permettant de mieux cerner le rapport qui nous intéresse, sans quoi toute bonne compréhension de l'état actuel de la psychiatrie serait limitée.

Par la suite, le second chapitre tentera de cerner les contingences historiques qui ont permis le passage de la folie à la maladie mentale à partir de la Renaissance. Nous verrons comment l'avènement autant du capitalisme que de la science, considérés comme deux niveaux de rationalisation, ont constitué

des conditions nécessaires à l'émergence d'une nouvelle sensibilité à la folie.

C'est dans le troisième chapitre que seront examinés la nature de nos sociétés occidentales, leur fonctionnement et leurs exigences, dans la mesure où ces derniers pourront expliquer la nécessité des appareils de contrôle social comme l'institution psychiatrique. Nous nous pencherons plus particulièrement sur la question du seuil de tolérance, et des facteurs qui l'influencent, pour ensuite tenter d'identifier les fondements de la légitimité de la psychiatrie.

Enfin, dans le dernier chapitre, il sera question de voir dans quelle mesure l'état de chose que nous aurons jusqu'ici décrit et analysé profite à certains groupes particuliers. Une dernière section examinera certaines alternatives proposées à la psychiatrie.

CHAPITRE PREMIER

RATIONALITE ET HISTOIRE

1.1 RATIONALISATION ET RATIONALITE INSTRUMENTALE

Il nous faut d'abord caractériser rigoureusement ces concepts décisifs dans notre analyse, tâche d'ailleurs exigeante, de par les difficultés entourant ceux-ci, autant au niveau de leur nature complexe qu'ambiguë. Ce n'est qu'après cette élucidation que nous pourrons les lier à la psychiatrie.

C'est à partir des écrits de Weber, notamment, que la sociologie admet sérieusement la question de la rationalité dans son champ d'étude, et l'introduit comme concept fondamental. Nous savons que l'Ecole de Francfort s'est plus tard chargée de pousser plus loin cette réflexion.

Rationalisation et rationalité instrumentale sont intimement liées. La première réfère à un processus historique, alors que l'autre se rapporte plutôt à une utilisation de la raison donnant lieu à un type particulier d'action sociale. Arrêtons-nous à chacune, et examinons le rapport qu'elles entretiennent.

1.11 Le problème de l'ambiguïté

L'idée mère est sans doute retraceable au concept de rationalité. Malheureusement, ce dernier souffre d'une ambiguïté que certains penseurs iraient jusqu'à qualifier d'irréremédiable.

"Weber's various uses of the concept of rationality are frequently vague, ambiguous, or ambivalent, often creating the

impression of an irredeemable imprecision or at least a highly problematic usage" (Sadri,1982,p.617) Il ne faudra donc pas s'étonner de voir que cette ambiguïté puisse se refléter dans les deux autres concepts, voire même, dans une certaine mesure, dans une large proportion de l'oeuvre wéberienne. "Les conflits d'interprétation chez les contemporains prennent leur source dans les ambiguïtés fondamentales de la théorie même de Weber." (Alexander,1982,p.34)

Qu'entendons-nous par cette ambiguïté ? Il semble que Weber soit lui-même responsable pour ce manque de clarté. D'abord son traitement de ces thèmes s'avère assez diffus et fragmenté, de sorte qu'aucun de ceux-ci ne fait l'objet d'une étude uniquement vouée à son élucidation. Même s'il s'est attardé à définir avec assez de rigueur des concepts plus généraux de la sociologie, de la politique et de l'économie, il n'a toutefois pas très bien caractérisé plusieurs de ses propres concepts pourtant décisifs dans son oeuvre. C'est par exemple le cas pour les idées de valeur, et d'antagonisme, mais peut-être surtout pour toute la question de la rationalité et de la rationalisation. Lorsqu'il emploie ces notions, "il les associe chaque fois à d'autres pour les éclairer, mais sans préciser davantage ces autres notions". (Freund,1985,p.328) Il n'offre donc aucune définition rigoureuse, préférant clarifier sa position à l'aide d'une multitude d'exemples tirés de toutes les sphères de la vie sociale. (Segady,1988) De plus, son style d'écriture rend difficile la mise sur pied

d'un inventaire des différents usages de "rationalité" et de "rationalisation". (Kalberg,1980) C'est ainsi que Brubaker (1984) relève non moins de seize qualificatifs sémantiques au terme "rationnel". Malgré ces diverses difficultés, nous croyons qu'il est possible de cerner les composantes essentielles de ces différents concepts, et de les opérationnaliser.

1.12 Rationalité et action sociale

Centrale dans l'analyse weberienne est cette préoccupation pour l'action sociale, plus particulièrement pour le sens subjectif que donne l'acteur social à ses actions. Les individus agissent pour différentes raisons, et utilisent divers moyens pour atteindre leurs objectifs. Pour Weber, la prise en considération de l'action sociale individuelle est essentielle à toute bonne compréhension de la réalité sociale, puisque celle-ci ne peut être, en dernière analyse, que le résultat d'une multitude d'actions sociales en interaction. "Weber considère que, du point de vue sociologique, le collectif ne constitue pas une réalité en soi." (Freund,1966,p.98) Par conséquent, "les concepts collectifs ne deviennent sociologiquement intelligibles qu'à partir des relations significatives que comportent les conduites individuelles." (ibid.,p.99)

Il ne faut cependant pas confondre "activité" et "activité sociale". Nous laissons à Weber le soin d'en faire la distinction:

"Nous entendons par activité un comportement humain (peut importe qu'il s'agisse d'un acte extérieur ou intérieur, d'une omission ou d'une tolérance), en tant que et pour autant que l'agent ou les agents lui communiquent un sens subjectif. Par activité sociale, nous entendons celle que, d'après le sens visé, l'agent ou les agents rapportent au comportement d'autrui pour y orienter en conséquence son développement."
(Weber, 1971, p.1)

La rationalité instrumentale réfère justement à un type particulier d'action sociale (l'activité rationnelle par rapport à une fin), parmi lesquelles figurent aussi l'activité rationnelle par rapport aux valeurs, l'activité traditionnelle, et l'activité affective. Ces deux dernières ne sont généralement pas considérées comme étant rationnelles, et sont à la limite d'être perçues comme ayant un sens puisqu'elles relèvent de la spontanéité, de l'habitude, de l'automatisme et de la réaction non contrôlée. (Angus, 1983) Le comportement affectif se fonde sur des éléments sensoriels, émotionnels ou encore passionnels. Les éléments d'intentionnalité, de contrôle et de volonté chez l'acteur distinguent donc les actions "irrationnelles" (traditionnelles et affectives) des actions "rationnelles" (par valeur et par finalité). Plus une action est rationnelle, plus la raison (en tant que capacité de l'être humain de penser, de connaître, de choisir, de juger et d'agir) y est impliquée et intervient.

L'action rationnelle par rapport aux valeurs ("zweckrational") ,de son côté, se rapporte à une orientation consciente de l'action en fonction d'une valeur absolue, quelles que soient les

conséquences possibles. Dans ce cas, l'action est régie par une "éthique de conviction", et l'acteur veut à tout prix honorer une quelconque valeur ou cause, soit d'ordre politique, sociale, religieuse, etc., parce qu'il est convaincu de la justesse (au sens de "justice" et non de "vérité objective") de la valeur en cause. Cette valeur ne constitue pas seulement une fin parmi tant d'autres, mis bien la fin ultime dans une hiérarchie de fins possibles. Il ne questionne pas la validité de son objectif consciemment visé, et donc n'en considère aucun autre, mais s'organise de sorte qu'il puisse l'atteindre le plus efficacement possible, non-obstant les conséquences.

Enfin, l'action rationnelle par rapport à une fin ("wertrational") demeure pour Weber la plus "rationnelle", puisqu'elle implique des idées et des choix conscients dans tous ses aspects. Autant les moyens que les conséquences sont considérés consciemment; mais surtout, et c'est ce qui la distingue de l'action rationnelle par valeur, les fins sont aussi contrôlées par des idées conscientes, à savoir d'autres fins possibles. (Swidler, 1973) La raison y est impliquée à tous les niveaux (moyens, fins et conséquences). Elle devient l'instrument par excellence dans le choix des moyens et des buts; d'où l'idée que l'action par rapport à une fin relève de la rationalité instrumentale, puisqu'elle consiste en une action qui utilise la raison en tant qu'instrument. Dans cette perspective, les fins et

les moyens sont tous relatifs (aucun ne relève de l'ultime, de l'absolu), et l'acteur adhère à une éthique de responsabilité. Il tient compte des conséquences possibles, conscient qu'il a une responsabilité à l'égard d'autrui. Ainsi, il choisira le moyen le plus efficace pour atteindre son but, mais cherchera d'autres moyens si les conséquences sont trop néfastes. Il pourra, voire même, changer d'objectif, de but et trouver un compromis si les circonstances l'exigent. "Seule la conduite du partisan de l'éthique de responsabilité est rationnelle par finalité, parce qu'elle tient dans ses évaluations, à la fois de l'irrationalité du monde et des moyens disponibles, ainsi que des conséquences prévisibles." (Freund,1966,p.26)

Notons le fait d'ailleurs important que ces définitions ne sont que des constructions idéaltypiques, et que par conséquent ces types d'action ne sont jamais retrouvés sous leur forme pure dans la réalité.(Eisen,1978) C'est pourquoi, par exemple, l'action traditionnelle peut s'apparenter à l'action rationnelle par valeur quand l'acteur conçoit la tradition comme une valeur en soi. (Freund,1966)

1.13 La rationalisation

La rationalisation, de son côté, réfère non pas à un type d'action sociale, mais plutôt à un processus historique. Il faut rappeler que l'ambiguïté inhérente à l'oeuvre wéberienne se retrouve encore dans la caractérisation de ce concept. (Segady,

1988) A l'origine, Max Weber a proposé ce concept pour décrire une tendance universelle à la substitution de la tradition, de la coutume et de la pensée héritée (bref, des actions traditionnelles et affectives) par des comportements systématiques et consciemment voulus. (Hayim,1978) Il faut souligner l'universalité et la diversité de ce phénomène. D'une part, même si Weber s'est davantage attardé à élucider le processus de rationalisation occidentale, il n'exclue pas qu'un tel processus existe en définitive autant dans d'autres sociétés, qu'à toutes les époques, comme en témoigne ses écrits plus tardifs. D'autre part, il démontre que la rationalisation se projette dans toutes les sphères de la vie, qu'il s'agisse de l'économie, de la politique, du juridique, de la religion; elle touche le savoir et le savoir-faire. (Kalberg,1980)

Nous savons qu'à la base, la vie est chaos, dans le sens d'un ensemble de phénomènes et de sensations indifférenciés. Laisée ainsi, la vie en société, voire l'existence même deviennent difficilement supportables. Ainsi, la rationalisation consiste en ce processus d'introduction d'une certaine cohérence et d'un certain ordre par l'homme, possible grâce à sa capacité organisatrice. Elle confère une continuité, une régularité à la vie, réduisant, à mesure qu'elle s'amplifie, l'aléatoire, l'incalculable. (Freund,1985) (Hayim,1978)

En tant que processus dynamique, la rationalisation peut toutefois se heurter à certains obstacles de nature conservatrice

qui minent son développement. Les deux plus importants sont la magie et la tradition, qu'elle soit religieuse ou autre. D'une part, la magie constitue une embûche lorsqu'elle s'oppose à tout changement, et ce sur la base d'une crainte de conséquences ou représailles de la part des instances d'ordre mythique ou magique. D'autre part, ceci ne signifie pas que la magie elle-même ne soit pas liée à la rationalisation. En effet, elle en est dans une grande mesure le résultat. Weber démontre qu'elle représente une tentative d'éloignement de méthodes jugées inefficaces. (i.e.:traitement au moyen d'herbes et potions) "Magie et tradition ont donc enveloppé une rationalisation, mais elle ont bloqué par la suite le processus qui leur a donné naissance en étouffant toute nouvelle rationalisation innovatrice." (Freund,1985,p.331) Une fois ces obstacles levés, la rationalisation refait son chemin, mais ce, seulement pour voir bien souvent son développement encore une fois ralenti plus ou moins temporairement par ses nouvelles créations.

Elle crée, comme nous l'avons soutenu, en se fondant sur le potentiel créateur de l'être humain, potentiel lui permettant de développer à la fois des techniques, au niveau du savoir-faire, et des règles au niveau du savoir; il en résulte une plus grande cohérence et une plus grande efficacité dans l'action. Individu et société sont donc intimement liés puisqu'une rationalisation des actions individuelles ne peut qu'entraîner une rationalisation croissante de la société dont il est membre.

La dynamique de la rationalisation se fait sentir dans toutes les sociétés, qu'elles soient plus ou moins "développées". Elle n'est par conséquent aucunement unique à l'Occident. L'unicité ou la singularité des sociétés occidentales se situe à un autre niveau, à savoir l'ampleur de la rationalisation dans ces sociétés. Nous avons vu que certains facteurs peuvent limiter le développement de la rationalisation. Or, la particularité de l'Occident s'explique par le fait que, plus que toute autre civilisation, il a su surmonter ces obstacles et barrages pour permettre au processus de se déployer selon sa loi ou logique propre. C'est, par exemple, ce qui lui a permis de donner naissance à la science, et toutes ses disciplines, en tant que savoir universel. Aucune autre civilisation n'a pu élaborer des systèmes juridiques et des bureaucraties, aussi rationalisés. La musique, l'art en général, l'architecture, la religion, mais peut-être surtout son économie, le capitalisme, ont tous connu un développement attribuable à un éclatement du processus de rationalisation, le rayonnement de celui-ci atteignant toutes les sphères de la vie. (Weber, 1964) "The tendency of the modern world according to Weber is the replacement of all conventional, traditional action by specialized functions." (Angus, 1983, p.162) D'autres caractéristiques de la rationalisation occidentale sont plus décisives dans notre analyse; il faut noter la dépersonnalisation des relations sociales, le raffinement des techniques menant au contrôle technique, et enfin la

systematisation et la spécialisation accrues de la connaissance. (Brubaker, 1984) Somme toute, l'Occident porte le sceau de la recherche de la plus grande efficacité dans tous les domaines.

Par ailleurs, les rationalisations occidentales, contrairement à celles de maintes sociétés et époques, ne sont guère stagnantes. Non seulement ont-elles pu réduire ou éliminer l'effet des obstacles à son épanouissement, mais ont-elles aussi réussi à tenir à l'écart ces mêmes obstacles. Cela dit, nous ne prétendons aucunement que le processus se soit déroulé sans interruption. Au contraire, puisque, d'une part, son développement dans un même secteur s'est souvent avéré relativement sporadique, et que, d'autre part, sa croissance globale ne fut pas uniforme. "La rationalisation ne s'est pas développée au même rythme ni en même temps dans toutes les activités." (Freund, 1985, p.334)

Quant aux causes de cet éclatement, Weber refuse de se cantonner dans des explications déterministes. Il ne voit dans l'économie, comme dans toute autre sphère, aucun moteur premier de la rationalisation. Plutôt, il adopte une perspective interactionniste en affirmant que les innovations dans un domaine, quel qu'il soit, peuvent en engendrer d'autres dans un autre domaine. (Hayim, 1978) C'est donc dire que l'origine de la rationalisation n'est pas situable. "There is no comprehensible initial impetus to the process." (Angus, 1983, p.158)

Weber insiste sur les conséquences de la rationalisation. Il réagit contre la prétention que cette dernière représente un

progrès objectif pour l'humanité, refusant ainsi de lui induire un contenu éthique. Elle comporte à la fois des avantages et des désavantages, selon les circonstances, bien que l'appréciation demeure en dernière analyse subjective, compte tenu de l'antagonisme des valeurs. Loin de constituer un progrès indiscutable dans tous ses aspects, la rationalisation donne plutôt lieu à une différenciation qui ne peut correspondre à un plus grand bonheur pour tous. Elle ne modifie la vie que dans sa forme.

Nous savons que cette différenciation a pour effet d'évacuer graduellement toutes traces de la tradition et de la magie, en faisant de plus en plus intervenir la raison. Or, ce processus occasionne dans la modernité ce que Weber nomme un "désenchantement du monde", dans la mesure où la vie est progressivement dénuée de son charme et de son mystère, de l'enthousiasme et de l'émerveillement que pouvaient fournir, par exemple, les mythes religieux. Les croyances (souvent aveugles) sont remplacées par le calcul, l'organisation et la prévision rationnelle, l'intellectualisation.

Reste à se demander si la rationalisation toujours croissante du monde peut comporter des limites. S'arrêtera-t-elle ? Où nous mènera-t-elle ? De toute évidence, le sort du religieux sera particulièrement déterminant car il se situe à l'antipode de la rationalisation. Il confère au monde ce que la rationalisation tente d'éliminer. Autre obstacle décisif: le paradoxe des conséquences. En effet, ce dernier dicte qu'il est

impossible de prévoir de façon infaillible les conséquences d'une entreprise. Ainsi, il y a trop souvent un décalage entre les idées et les actions, entre les intentions et les résultats; des effets pervers, non calculés, inattendus peuvent mettre un terme aux tentatives de rationalisation. C'est pourquoi Weber a soutenu qu'il est impossible de tout rationaliser. (Boudon,1977) (Freund, 1985) (Segady,1988)

Cette description de la rationalité instrumentale et de la rationalisation n'est que schématique et sommaire; nous ne prétendons aucunement les avoir caractérisées dans leur totalité. Aussi, nous évitons de les considérer sous certains de leurs aspects moins pertinents à notre démarche. Toutefois, des éléments supplémentaires se rajouteront au cours de l'analyse, à un moment plus propice, et viendront compléter cette caractérisation.

Or donc, il nous est maintenant possible d'entreprendre un survol historique qui permettra de mettre en lumière l'importance de ces concepts dans l'apparition, le développement et le fonctionnement de la psychiatrie.

1.2 SURVOL HISTORIQUE

L'hypothèse que nous tenterons de vérifier est relativement simple. Elle concerne la nature de la folie, dans la mesure où il faut se demander si celle-ci relève d'une existence ~~absolue~~, ou encore relative. En d'autres termes, doit-on concevoir la folie

comme un phénomène ayant une existence objective, omni-présent dans l'espace-temps, ou plutôt comme création propre à une époque et une société ? Un bref examen de l'histoire de la déviance révèle qu'une différenciation sociale, fondée sur la reconnaissance de "l'autre", de l'altérité, sur la base de son comportement, remonte déjà à bien longtemps. La Grèce antique avait elle-même reconnu le fou, bien qu'elle lui conférait une appellation différente. Bref, toutes les grandes civilisations et toutes les grandes époques ont reconnu une forme de déviance qu'il est possible de nommer "folie".

Il nous sera donc utile d'entreprendre un bref survol historique pour s'apercevoir qu'autant la perception et l'interprétation sociale, le rôle social, et le traitement varient selon les époques et les sociétés. Plus précisément, nous verrons qu'il existe un lien inextricable entre, d'une part, la folie, et, d'autre part, les types de rationalités hégémoniques, les "épistèmes", pour reprendre Foucault, ou encore les "imaginaires sociaux", pour calquer Castoriadis, et ce, selon l'espace-temps. Un tel exercice permettra d'expliquer en partie et de relativiser la situation actuelle, en mettant en lumière les contingences historiques qui ont rendu possible le développement de la psychiatrie. Cet exercice constituera un préambule au chapitre subséquent, dans lequel nous verrons que le développement de la psychiatrie est intrinsèquement lié à l'hégémonie d'une forme particulière de rationalité, la

rationalité instrumentale, et au processus historique de rationalisation, tel qu'esquissé par Weber et ses interprètes; l'apparition de la psychiatrie n'est compréhensible qu'en tenant compte de l'éclatement du processus de rationalisation, situable socio-historiquement dans l'Occident, et de la dynamique qui s'en est suivie.

1.21 Les sociétés dites "primitives"

L'outil premier en matière d'explication et de traitement des maux réside dans l'intuition. Les traitements étaient fort simples. L'homme "primitif" utilisait les moyens modestes dont il disposait; il imbibait ses blessures de salive, s'immergeait dans l'eau froide lorsque fiévreux, et enduisait ses plaies de boue. Il en déduisait tout aussi intuitivement que, bien souvent, les maladies survenaient d'elles-mêmes, bien que certains rapports de cause à effet de nature évidente (i.e.:trop manger) aient été établis. Mais lorsque les causes échappaient à toute explication sur la base d'information immédiatement disponible, l'influence néfaste d'autres individus ou d'êtres surnaturels était invoquée pour expliquer les malaises, qu'ils soient d'ordre physique ou psychique. Graduellement, cette pratique se différencie, se complexifie, bref, se rationalise, et donne naissance à la magie, aux pratiques magico-religieuses. Toutefois, il nous est difficile de connaître avec précision les détails de ces pratiques, faute, évidemment, de sources sûres. Il faut attendre à

l'Antiquité pour trouver des documents susceptibles de nous éclairer sur le savoir et le savoir-faire relatifs à la maladie. (Alexander et Selesnick, 1972)

1.22 Les civilisations antiques

Ce sont dans ces sociétés que les connaissances et les techniques en matière de maladie connaissent une systématisation plus formelle. C'est aussi dans ces sociétés que semblent s'amorcer les premiers discours sur la folie.

Notre survol débute en Mésopotamie, plus particulièrement à Babylone, à l'époque du règne d'Hammourabi. Deux types de "médecins" oeuvraient, selon la nature de la maladie: les prêtres médecins et les médecins laïques. Les premiers, connus sous le nom d'"Ashippou", s'intéressaient aux malaises internes et aux affections mentales, attribués à une possession démoniaque et traités par des méthodes magico-religieuses. Les autres, nommés "Asu", s'occupaient des pathologies externes, surtout des blessures, et avaient recours à des moyens naturels de traitement.

Les médecins prêtres étaient persuadés que plusieurs maladies étaient liées aux corps célestes et à leur activité, d'où la croyance que leur humeur et leur rémission dépendaient des astres. Il croyaient aussi aux oracles, ce qui donna lieu à une pratique assez particulière. Des organes d'animaux sacrifiés, plus particulièrement le foie, étaient utilisés pour connaître le

sort ou le pronostic du malade. Puisque l'animal avait été sacrifié au nom du malade, le pronostic était fonction de certaines caractéristiques de l'organe extrait (taille, couleur, etc.,) Cette pratique porta plus tard le nom d'"hépatoscopie". (ibid.,1972)

Même si certaines substances médicinales étaient parfois utilisées, les incantations demeuraient le traitement choyé. Notons le fait important que celles-ci n'étaient aucunement codifiées; il faudra attendre des sociétés plus rationalisées pour que des systèmes de codification apparaissent. Cependant, la civilisation babylonienne était suffisamment rationalisée pour permettre la mise sur pied de tout un système de dieux et de démons influençant et le médecin et le malade. "A chaque maladie correspondait un démon particulier.(...) Le prêtre commençait par diagnostiquer la maladie, puis il demandait l'aide du dieu correspondant à cette maladie." (ibid.,p.34)

La psychiatrie actuelle a hérité de la Mésopotamie tout un bagage important, fruit de la rationalisation qui s'y est opérée. Les médecins de cette époque ont découvert plusieurs principes médicaux et ont laissé sur des tablettes des descriptions détaillées de maintes maladies. Aussi, ils innovèrent la médecine en étudiant le passé du malade. Enfin, ils amorcèrent le premier discours déontologique sur les responsabilités du médecin. Son apport considérable permet de voir que la psychiatrie s'est effectivement rationalisée sur la base de rationalisations

antérieures. Nous le verrons encore en examinant d'autres civilisations.

En Egypte, à la même époque, les maladies tant somatiques que psychiques, étaient elles aussi, et peut-être davantage, expliquées de façon magique et religieuse. Malgré ce fait, les Egyptiens innovent et rationalisent le traitement en introduisant une pratique ressemblant quelque peu à l'ergothérapie de notre époque. En effet, ils incitèrent les malades à occuper et à organiser leur temps en participant à des activités collectives et récréatives, qu'il s'agisse de la danse, de la peinture, des concerts. Aussi, dans le domaine de la chirurgie, des papyrus révèlent que de bons résultats étaient obtenus et donc que des procédures rationnelles permettaient d'accomplir ce qui était auparavant impossible.

Leurs croyances demeuraient toutefois d'ordre magique. Par exemple, les médecins égyptiens soutenaient que les différentes parties du corps étaient gouvernées par un esprit particulier, et que l'ensemble du corps était constitué à partir de quatre éléments. Les os et la chair venaient de la terre, les fluides du corps correspondaient, on peut s'en douter, à l'eau; le coeur, source de chaleur, avait son origine dans le feu et le soleil, et, enfin, le souffle au vent. Comme chez les Babyloniens, l'adhésion à une vision du monde, ou encore à un imaginaire social magique et mythique, freinait le développement plus poussé de leurs connaissances et pratiques, empêchant de la sorte toute

rationalisation de leur savoir et de leur savoir-faire.
(Castoriadis,1975) (Alexander et Selesnick,1972)

Chez les Perses, une situation semblable règne. Les ouvrages sacrés de l'époque, notamment le "Zend-Avesta" et le "Vendidad", stipulent que toutes les maladies, au nombre de 99 999, sont causées par des démons. Bien qu'un certain nombre de chirurgiens et de guérisseurs par les plantes oeuvraient, les magiciens et leurs pratiques magico-religieuses, tel l'exorcisme, étaient les plus reconnus. (Alexander et Selesnick,1972)

La civilisation hébraïque antique, de son côté, tout en ayant subi l'influence des Egyptiens et des Babyloniens, se distingue de ces derniers par le fait qu'elle possède une religion monothéïste, ce qui allait avoir un impact sur leur conception de la maladie. En effet, pour la première fois, une société attribue santé et maladie à la volonté d'un seul dieu. Il est écrit dans l'ancien testament que "c'est moi, Yahvé, qui te rend la santé, (...) c'est moi qui fais mourir et qui fais vivre, quand j'ai frappé, c'est moi qui guéris." (ibid.,p.37) Ainsi, la maladie et la folie sont perçues comme des châtements de Dieu, des punitions pour les péchés commis. C'est lui qui, en dernière analyse, détient le pouvoir déterminant.

Bien que les Hébreux ne se soient jamais souciés d'établir une classification rigoureuse des maladies, celles décrites semblent ressembler sous certains aspects à nos grandes entités

nosologiques contemporaines, telles le délire, la dépression, les psychoses et hallucinations diverses, les désordres maniaco-dépressifs, et la paranoïa, pour n'en nommer que quelques-unes. Par exemple, dans le premier livre de Samuel, Anne semble avoir été frappée par une dépression réactionnelle liée à sa stérilité puisqu'il est écrit que "l'amertume dans l'âme, elle versa des pleurs", et dit, "je suis une femme qui souffre en son coeur". (Postel et Quénel, 1983, p.35) Aussi, il est très probable que le Roi Saül ait été victime d'épisodes psychotiques car il est écrit dans ce même livre de Samuel que "Dieu envoya à Saül un esprit mauvais qui le fit délirer au milieu de la maison." (idem.)

C'est pourquoi le traitement passait par des prêtres-guérisseurs et des messagers divins. (C'est d'ailleurs le grand-prêtre Elie qui a "guéri" Anne.) De même, les maladies somatiques étaient considérées comme le résultat de la volonté de Dieu; châtement, simple punition ou encore avertissement. Les mêmes traitements étaient prescrits: prières, incantations, rituels d'exorcisme, etc.. (ibid.,1983) Ce qu'il faut retenir, c'est que les malades étaient rejetés ou isolés de la société moins parce qu'ils nuisaient à l'ordre et au bon fonctionnement de la société, mais plutôt parce qu'ils étaient maudits par Dieu; il fallait donc respecter Sa volonté. Il serait dangereux de s'associer à des "reniés" de Dieu. Les traitements visaient pour ainsi dire moins la réinsertion sociale qu'un pardon de Dieu.

Leur vision du monde religieuse (imaginaire social) affecte à la fois la perception et la réaction sociale, mais aussi, encore une fois, limite le développement du savoir et du savoir-faire; même si le judaïsme fut lui-même le produit d'une rationalisation antérieure, sa nature fit en sorte que toute rationalisation subséquente serait ralentie.

En ce qui concerne l'Antiquité gréco-romaine, c'est elle qui vit la première grande théorisation de la maladie. Hippocrate suggéra l'existence d'un lien entre, d'une part, la santé, autant mentale que physique, et, d'autre part, l'équilibre des humeurs du corps (le sang, le phlegme, la bile jaune, et la bile noir, ou atrabile) et leurs qualités (chaud, froid, sec, humide). La maladie est fonction d'un déséquilibre de ces humeurs. Elle est par conséquent toujours d'origine physique. Le cerveau est particulièrement vulnérable à ces déséquilibres; d'où les maladies mentales, qui ne sont tout compte fait que des affections somatiques exerçant un effet sur l'esprit, l'affect, le comportement. Le cerveau ne crée pas de pathologies; il réagit aux déséquilibres humoraux et et modifie la psyché. (ibid.,1983)

Ces sociétés étaient suffisamment rationalisées pour permettre une certaine classification des pathologies. Il est possible, dans ce tableau nosologique, de distinguer quatre grandes "maladies mentales" à cette époque, celles-ci se situant dans deux catégories. D'une part, au niveau des folies aiguës avec fièvre, nous retrouvons la frénésie et son état

d'excitation, et la léthargie avec son extrême abattement. D'autre part, la manie, caractérisée par l'excitation, et la mélancolie encore avec abattement, constituent les deux pôles des folies chroniques sans fièvre. Le déséquilibre humoral à l'origine de ces maladies peut autant être attribuable à des facteurs internes qu'externes tels que l'alimentation. "Les qualités peuvent être modifiées par les accidents, les circonstances de la vie; de telle sorte qu'un être qui est sec et froid peut devenir chaud et humide, si sa manière de vivre l'y incline..." (Foucault, 1971, p.109) En ce qui a trait aux traitements, Hippocrate préconise l'utilisation de moyens doux tels que les plantes médicinales, mais fait usage des saignées et des purgatifs, pour drainer les humeurs suspectes, lorsque les moyens plus doux s'avèrent inefficaces. Il n'est cependant jamais démontré comment les humeurs peuvent influencer l'état d'esprit. Pourquoi un individu dont le cerveau est inondé de bile noire devient-il déprimé? La théorie humorale ne peut y répondre. (Alexander et Selesnick, 1972) La folie est confrontée à des croyances mythologiques auxquelles on tente de relier des conditions physiologiques non vérifiables.

Ce qui demeure unique, c'est que cette théorisation constitue une première tentative d'explication rationnelle et matérialiste de la maladie, à partir de causes naturelles, et ce aux dépens d'explications magico-religieuses. Ce sont d'autres philosophes grecs qui ont permis cette innovation. Hippocrate

avait subi l'influence des sophistes. Or, l'un d'eux, Protagoras, ouvrit cette voie en suggérant une remise en question de la validité de tout ce qui, pour le sens commun, semble aller de soi, y compris les explications relevant du magique et du religieux. (ibid.,1972)

D'autres théories, moins importantes d'ailleurs, ont été proposées à cette époque: l'école pneumatiste s'intéressant à la qualité de l'air, l'école empirique qui ne s'attache qu'à l'art de guérir sans se préoccuper des causes, et l'école méthodiste, qui n'entretient que des différences négligeables avec cette dernière. Il n'en reste pas moins que la théorie humorale demeure de loin la plus caractéristique du discours de l'époque. Nous nous dispenserons donc d'un examen détaillé de ces autres approches.

Nous voyons par ailleurs que les connaissances de la civilisation gréco-romaine se sont rationalisées, en comparaison avec les autres sociétés étudiées. Aucune autre civilisation n'avait émis de théorie formelle aussi complexe que nuancée, même si nous savons (ou croyons) maintenant que ces vérités n'avaient qu'une validité subjective. Rationalisation du savoir n'implique pas nécessairement validité objective; ces explications leur suffisaient, elles étaient subjectivement vraies. Il faudra attendre un autre type de connaissance, notamment la science, pour qu'une prétention à la vérité objective et universelle soit possible. Cela ne viendra que beaucoup plus tard. Entretemps,

comme nous allons le voir, savoir et savoir-faire se rationaliseront encore, mais ce très lentement puisque la rationalisation se fera sur la base de connaissances magiques et religieuses.

Il faut retenir, en ce qui a trait aux sociétés antiques, que des explications des formes de déviance autant pseudo-scientifiques, ou rationnelles-préscientifiques, que magico-religieuses coexistaient. Selon la conception dominante d'une société, le traitement pouvait aller du purement physique, comme chez les Grecs, au mystico-religieux, tel que nous l'avons vu en Egypte ou encore dans la civilisation hébraïque. (Rotenberg, 1975)

1.23 Le moyen âge

Nous détenons malheureusement très peu de sources susceptibles de nous éclairer sur le discours médiéval concernant la folie, surtout en ce qui a trait à la période antérieure au 12^e siècle. Nous savons toutefois que l'instabilité sociale liée à la chute de l'empire romain, dont l'examen des causes dépasserait le cadre de cette étude, provoqua une peur généralisée qui entraîna un retour aux croyances magiques, mythiques et religieuses qui, jusque-là, disparaissaient lentement depuis les Grecs. Il suffit de noter que de nombreux malheurs (i.e. invasions barbares, épidémies, etc.,) incitèrent les populations à chercher refuge dans des explications surnaturelles.

Le christianisme fut l'un de ces facteurs de réconfort. "Tout au long de cette période agitée, l'influence unificatrice qui s'exerce sur tous les peuples est celle de la foi chrétienne. Les hommes se sentaient mieux préparés à faire face aux épreuves et aux difficultés de ce monde, du fait de la promesse d'une vie meilleure dans l'au-delà." (Alexander et Selesnick, 1972, p.67) La rationalisation à laquelle aboutit le christianisme empêche toutefois la rationalisation d'un autre type de connaissance qualitativement différent, à savoir la pensée rationnelle-scientifique qui attendait d'être développée. En effet, le christianisme, à l'origine, s'opposait vigoureusement au rationalisme et à la démarche scientifique. Ces derniers furent condamnés à la clandestinité pendant de nombreux siècles. Par voie de conséquence, le savoir "rationnel" jusqu'ici accumulé, notamment depuis les Grecs, ne fut que conservé tant bien que mal, et ne fut aucunement l'objet d'un développement notable. C'est surtout l'empire byzantin qui entrepris, depuis les débuts de l'ère chrétienne, ce travail de conservation de l'héritage gréco-romain, et ce, autant dans le domaine du savoir pseudo-scientifique que de la culture ou de la philosophie. Ainsi, à ce niveau, le moyen âge fut caractérisé par une certaine stagnation occasionnée par un retour à la pensée moins rationnelle et moins rationalisée de l'époque pré-hippocratique. (ibid., 1972) "Les auteurs du moyen âge répètent inlassablement les histoires-types

et les listes de symptômes qui restent figés depuis l'Antiquité." (Postel et Quételet, 1983, p. 51)

La stagnation n'était néanmoins pas totale et absolue. Il serait simpliste de croire qu'il n'y aurait eu aucune évolution ou différenciation du savoir médical. Au contraire, c'est au 9^e siècle que se produit un éveil intellectuel amorcé par la traduction d'oeuvres arabes qui vient ouvrir un nouveau chapitre de l'histoire de la pensée médicale. Le monde arabe comportait certains obstacles au développement des connaissances médicales. D'une part, le Coran interdit la dissection anatomique. D'autre part, il impose l'acceptation de l'autorité, et donc limite la liberté intellectuelle. Malgré ces limites, l'apport des arabes réside dans une tendance à la systématisation et à la classification. Cette tendance trouve son point culminant dans la théorie des sens internes, nouveau système explicatif représentant une tentative de rationalisation de la théorie humorale grecque. Elle fut développée par Rhazès, Averroès, Avenzoar mais trouve peut-être son expression la plus parfaite chez Avicenne. Un très bref examen de cette théorie révélera l'originalité qui lui est conférée par le processus de rationalisation. (Postel et Quételet, 1983)

Selon cette théorie, le cerveau serait divisé en trois ventricules, à chacune correspondant des sens internes exerçant des fonctions bien précises. Les sens internes sont des forces, des vertus provenant des esprits. C'est ainsi qu'au ventricule

antérieur correspondrait d'une part le sens commun, qui centralise les données sensorielles, et d'autre part la vertu imaginative, qui retient en mémoire l'information reçue par le sens commun. Par ailleurs, le ventricule médian serait le siège de la vertu cogitative, rationnelle, qui dirige les images de l'imagination, ainsi que de la vertu estimative, qui tente de spéculer sur les éléments non perçus par le sens internes. Enfin, la mémoire, située dans le ventricule postérieur, retient l'information de la vertu estimative.

L'exemple de l'amour-maladie illustrera bien une application possible de cette théorie. La vertu estimative serait responsable de cette pathologie puisqu'elle commet un mauvais jugement en supposant que l'objet d'amour désiré, l'amant par exemple, est le seul à obtenir. La pathologie se situerait donc plus particulièrement dans le ventricule médian du cerveau, siège de la vertu estimative. Le coeur, siège des passions, jouerait un rôle décisif; "de la perception d'un objet agréable naît une ébullition des esprits vitaux qui, du coeur, se répandent dans tout le corps. Quand ils parviennent, brûlants, dans le ventricule médian du cerveau, ils se mettent à tourbillonner, confondant ainsi le jugement." (Postel et Quénel, 1983, p.50)

Pour ce qui est de la place du fou dans la société médiévale, surtout jusqu'au 15e siècle en Europe, il ne semble pas avoir été ségrégué et isolé de façon systématique. La famille, les voisins et les amis s'occupaient du fou, et lui

assuraient bien souvent un bien-être minimal. Il ne recevait aucun traitement préférentiel, pouvant même être quelque peu négligé dans les milieux défavorisés, faute de ressources adéquates pour les gens déjà en santé. Il était donc à la fois toléré, et à la fois l'objet de certains comportements visant à le tenir à l'écart, qu'il s'agisse du rire ou de la dérision.

L'incarcération du fou était une mesure relativement courante, mais réservée à ceux devenus dangereux ou tout à fait insupportables à l'environnement social, le plus souvent la famille. Cependant, ce dernier recours n'était bien souvent que temporaire, se limitant à la période de crise aiguë. Sous cet aspect, cette mesure peut ressembler à une pratique actuelle, l'intervention de crise, à nature temporaire, sans toutefois comporter de composante thérapeutique.

Le fou sans famille, le plus démuné des fous, par contre, était expulsé de la ville, et sa survie dépendra de la charité des bons samaritains et des "hôpitaux", aussi rudimentaires soient-ils. Ces hôpitaux apparaissent surtout à partir du 12^e siècle, alors que l'économie agricole féodale en temps de crise arrivait difficilement à subvenir aux besoins des plus faibles, c'est-à-dire des malades, des démunis. Ils étaient mis sur pied par les autorités religieuses, avec l'aide de laïcs, dans le but unique d'aide et de charité aux pauvres, y compris ceux considérés comme fous. Au 13^e siècle, une idée apparaît selon laquelle les fous constituent un groupe particulier de démunis,

d'exclus, et des hôpitaux leur étant au moins partiellement réservés sont de plus en plus retrouvés, mais ce presque-uniquement en région urbaine. (Postel et Quézel,1983)

L'aube de la Renaissance, par ailleurs, annonce une période macabre dans l'histoire de la folie. En effet, "la chasse aux sorcières débute en Europe au moment où l'esprit de la Renaissance commence à susciter un malaise chez les défenseurs du statu quo." (Alexander et Selesnick,1972,p.83) La dégénérescence des institutions sociales féodales force dans plusieurs milieux une recherche d'un bouc émissaire. L'Eglise trouve son bouc émissaire dans la femme, symbole pour elle de menace au célibat forcé, pierre angulaire de l'idéologie chrétienne. Or, cette misogynie de plus en plus répandue atteint son apogée en 1487, avec la publication du "Malleus maleficarum", écrit par Jacob Sprenger et Heinrich Kramer. L'oeuvre insiste sur la nécessité d'éliminer les déviants, les malades mentaux, tous considérés comme sorciers ou sorcières. Les maladies dont l'étiologie ne peut être précisée sont perçues comme étant liées à la sorcellerie, et donc ultimement causées par le diable. "Les rationalisations théologiques et les explications magiques servent d'appui pour conduire au bûcher beaucoup d'aliénés ainsi que bien d'autres infortunés." (ibid.,p.87)

Somme toute, force est de constater que la folie du moyen âge est confrontée par une variété de paradigmes, allant de la pseudo-science rationnelle greco-romaine, aux dogmes judéo-

chrétiens. Le relatif conservatisme de l'époque a d'autant plus freiné le processus de rationalisation dans toutes les sphères de la vie, que la perception sociale, le savoir et le savoir-faire relatifs à la folie n'ont guère évolué, même dans l'espace d'un millénaire. Evidemment, bien des choses ont été accomplies; nous n'avons qu'à penser à l'établissement d'hôpitaux et d'universités, et à la "mise à jour" de la théorie humorale. Malgré ces accomplissements louables, rien de radicalement nouveau ne fait surface pendant cette période. Il faudra attendre la Renaissance pour que puisse s'amorcer le processus qui graduellement viendra libérer le potentiel créateur de l'être humain des obstacles à son épanouissement, et, ce faisant, permettra le "déferlement" de la dynamique de la rationalisation. Tous les domaines de la vie seront touchés par cette "explosion", et se développeront à un rythme faramineux. L'économie capitaliste viendra remplacer le féodalisme moins productif. Les techniques romaines d'organisation et de gestion deviendront de plus en plus rationnelles, et feront place à la bureaucratie. Mais surtout, comme nous allons le voir, ce n'est qu'à partir de ce bris avec la connaissance mythique, magique et religieuse que pourra apparaître une forme de connaissance qualitativement différente et nouvelle, à qui la psychiatrie doit sa raison d'être: la science.

CHAPITRE DEUXIEME
DE LA FOLIE A LA MALADIE MENTALE

La Renaissance constitue un point tournant dans l'histoire de la folie dans la mesure où elle témoigne de la naissance de deux éléments des plus décisifs dans notre analyse, à savoir, d'une part, celle du capitalisme, et, d'autre part, celle de la science. Ces derniers vont venir fondamentalement modifier le visage de la folie, de son traitement ainsi que de sa perception sociale. Une meilleure compréhension de la psychiatrie ne peut passer que par une étude socio-historique de l'apport de ces derniers. Bien sûr, encore une fois, c'est en ayant recours aux concepts de rationalité et de rationalisation (plus particulièrement à l'éclatement de ce dernier) que nous examinerons les contingences historiques qui ont rendu possible l'institution de la psychiatrie.

En tant qu'appareil à double vocation, soit celle du contrôle social et celle de la thérapie, vocations qui s'entrelacent subtilement, elle doit son existence, comme nous le verrons, à deux niveaux de rationalisation; à savoir d'une part le capitalisme (rationalisation au niveau économique) et à ses exigences d'une population saine et apte à produire, bref, fonctionnelle, et, d'autre part, l'évolution du savoir scientifique, devenu graduellement de plus en plus légitime, par des luttes de pouvoir, sur la base de progrès en matière de connaissances objectives (i.e. les tentatives de Copernic de

convaincre l'Eglise). Ce nouveau savoir se rationalise, puis permet le développement de la médecine, qui, en se spécialisant, donne en terme la psychiatrie. Le capitalisme rend nécessaire une réévaluation des formes de déviance, la folie n'y échappant certes pas, et la science (par la médecine et la psychiatrie) apporte une "solution" à un problème de plus en plus gênant. La réponse que constitue la psychiatrie est donc intimement liée à la nature de la société capitaliste.

Par ailleurs, si la psychiatrie instituée n'apparait qu'au 19e siècle, c'est que le processus de transition des imaginaires précédents a été lent et graduel; le capitalisme et la science ne s'installent pas du jour au lendemain! Il nous faut donc examiner de plus près cette dynamique historique.

2.1 Le capitalisme: condition nécessaire

Nous avons examiné dans le chapitre précédent la façon selon laquelle la folie était socialement perçue et traitée dans d'autres civilisations et à d'autres époques. Jusqu'ici, ce qui demeure constant, c'est ce recours aux explications d'ordre magique, mythique et religieuse. Conséquemment, le discours sur la folie était toujours fonction de ces différents imaginaires. Pour passer de la vision moyen-âgeuse de la folie à la vision moderne psychiatrique de la maladie mentale, le chemin aura été long et tumultueux.

Le premier facteur décisif, comme nous venons de le suggérer, réside dans l'avènement du capitalisme, dont la forme embryonnaire est déjà situable au 14^e siècle. Ce nouveau mode de production viendra à tout jamais modifier d'abord la structure de la société occidentale, mais aussi, après un certain temps, celle de toutes les civilisations du monde. Avec les forces productives capitalistes, excessivement plus développées que les forces productives rencontrées dans tout autre mode de production (surtout à partir de sa phase industrielle), le monde aura davantage changé en quelques siècles qu'il ne l'aura fait en des milliers d'années. Nous n'entrerons pas dans le détail des causes de l'avènement du capitalisme, entreprise qui dépasserait largement le cadre de cet ouvrage. Nous connaissons déjà les efforts de l'école marxiste visant, par le matérialisme dialectique et historique, à en expliquer l'apparition par le recours à l'idée de la déchéance du féodalisme incapable de s'adapter aux nouvelles forces productives, et devenu donc incompatible avec les intérêts d'une nouvelle classe, la bourgeoisie. D'autres courants adoptent une vision plus idéaliste en suggérant, comme Weber l'a fait, qu'il faut tenir compte de la dimension idéelle, imaginaire et spirituelle, sans quoi toute explication serait partielle et réductionniste; dans cette perspective, la venue du capitalisme est liée à l'éclatement du processus de rationalisation, correspondant en termes plus pratiques à l'éthique et à la pratique protestantes.

Quoiqu'il en soit, la structure et le fonctionnement sociaux en sont profondément marqués. Ce qui demeure, avec le capitalisme, ce sont les inégalités sociales. De fait, de nouvelles structures apparaissent, perpétuent et bien souvent accentuent les inégalités déjà existantes, créant même de nouvelles victimes sociales. Michel Foucault (1972), par exemple, décrit si bien comment la mendicité et l'oisiveté sont devenus des problèmes qu'il fallait à tout prix réprimer dans les bourgs et les plus grandes villes, tous directement liés au développement du capitalisme. La société devient de plus en plus exigeante, et de moins en moins tolérante. Il nous faudra nuancer nos propos puisqu'il serait possible d'objecter que le moyen-âge était d'autant moins tolérant qu'il brûlait et envoyait au bûcher plusieurs de ses sorcières et de ses fous, qui allaient à l'encontre de l'imaginaire traditionnel judéo-chrétien. Mais la société moderne n'est pas nécessairement plus tolérante parce qu'elle ne châtie plus ses fous; plutôt, et au contraire, elle systématise plus que toute autre société la façon de transiger avec la déviance. Nous reviendrons sur cette question plus loin.

Là réside justement la clé. Si, à partir de la Renaissance et surtout de l'âge classique, les fous sont isolés de la société, ou encore "internés", pour emprunter un terme de Foucault, ce l'est toutefois pour des raisons fort différentes que celles invoquées auparavant. C'est au 16^e siècle que le "grand renfermement" devint la solution préconisée par le

systeme. La "solution" jusqu'ici favorisée, la "nef des fous", consistait à expulser les indésirables en les placant sur des navires qui devaient errer à travers l'Europe; mais l'idée ne convient plus aux exigences de la situation. Le capitalisme se développe, et, comme par hasard, ce sont des impératifs de travail qui justifient l'internement. Tel que nous l'avons mentionné, il est devenu essentiel de supprimer la mendicité et l'oisiveté, perçues comme source de tous les désordres. L'internement "forme l'une des réponses données par le 16e siècle à une crise économique qui affecte le monde occidental dans son entier: baisse des salaires, chômage, raréfaction de la monnaie..." (Foucault, 1972, p.77) Il devint, pour ainsi dire, la forme moderne de l'excommunication, mais ce dans le contexte de la production et du commerce. Si, jusqu'à la Renaissance, la réaction sociale face à la folie est liée à des conceptions d'ordre mythique, magique et religieux, ce n'est qu'à partir de celle-ci que des motivations beaucoup plus concrètes entreront en jeu; l'organisation sociale a bien changé. Des impératifs économiques, de travail plus précisément, justifient l'internement.

Il faut répéter que, de prime abord, la folie de la Renaissance et de l'âge classique fait partie de cette masse de "déviant" qui inclue les pauvres, les indigents, les vagabonds, les vieux, les femmes seules et leurs enfants, et les malades; la plupart sans famille, puisque ceux en ayant une étaient bien

souvent pris en charge (ou cachés) par celle-ci. Il n'existe encore aucune institution vouée à sa ségrégation du reste de la société; mais cela changera bien assez vite. Entretemps, ils sont confondus parmi tous les autres déviants, et subissent donc un sort semblable. (Gauchet et Swain,1980)

Il faut, une fois pour toutes, régler ce problème qui ne cesse de grandir à mesure que se développe le capitalisme, dont les crises ne font qu'en accentuer la gravité, surtout dans les grandes villes, où cette population d'indésirables s'accroît à une vitesse vertigineuse. En France, à Paris d'abord, on tente de solutionner le problème par la mise sur pied de l'Hôpital général, en 1656, qui vient en fait regrouper sous une seule administration diverses institutions préexistantes: la Salpêtrière, pour les femmes, Bicêtre, pour hommes, Scipion, et la Savonnerie pour n'en nommer que quelques-unes. Vingt ans plus tard, un édit royal exige que de tels établissements soient institués dans toutes les grandes villes de France. (Foucault,1972) (Chauvenet,1978)

C'est aussi un décret royal qui déclenche ce même processus en Angleterre. En effet, "un acte de 1575 qui concernait à la fois la punition des vagabonds et le soulagement des pauvres prescrivait la construction de "houses of correction", à raison d'au moins une par Comté." (Foucault,1972,p.65) Toutefois, à la différence de la France, l'entreprise privée s'accapare graduellement de ce nouveau marché potentiel. Attardons-nous

quelque peu au cours particulier que prend l'histoire en Grande-Bretagne.

Nous avons soutenu que ce processus de ségrégation était lié à l'urbanisation croissante. Il faut se garder d'y voir l'unique facteur explicatif, puisque cette urbanisation est corrélative au phénomène plus large du développement du capitalisme, et donc elle-même un de ses sous-produits; d'autant plus que, d'une part, l'urbanisation n'était pas encore très poussée au moment des premiers internements, et que, d'autre part, les régions rurales étaient tout autant, sinon davantage favorables à l'établissement des maisons de travail, et plus tard des asiles. Le facteur explicatif plus englobant résiderait donc dans la croissance du système de marché capitaliste. Ce dernier est venu modifier, sinon détruire les rapports traditionnels existant entre riches et pauvres, puisqu'est disparu l'ancien sens de responsabilité sociale envers le pauvre. "The impact of the universal market of capitalism was felt everywhere, forcing the transformation of the relations between the rural rich and the rural poor, the farmers and their labour force, into a purely market relationship between employer and proletarian". (Scull,1977,p.340) Ce nouvel ordre provoque la recherche de nouvelles façons de gérer la population d'indigents.

La bourgeoisie, à l'aide des écrits de Malthus, en vient à se convaincre que le système d'aide sociale fondé sur la famille ne fait que promouvoir la pauvreté, plutôt que de n'aider à

l'enrayer. Elle préconise donc une "aide" qui passerait par le biais des institutions, stratégie qu'elle considère plus rentable compte tenu du fait qu'un tel système assurerait une meilleure supervision des bénéficiaires, et pourrait dissuader, en étant suffisamment strict et coercitif, les moins méritants d'en profiter; le résultat serait, en théorie, un système beaucoup plus efficace et rentable.

Il va sans dire qu'avant que puisse apparaître une institution vouée au contrôle et à la limite au traitement de la folie, il aura d'abord été essentiel de distinguer cette folie des autres formes de déviance. Cette différenciation était nécessaire quand nous la replaçons dans le contexte du développement d'une économie de marché. Nous savons qu'une condition essentielle à ce développement est l'existence d'une masse de travailleurs salariés forcés de vendre leur force de travail. Une façon de les forcer à travailler était de réduire autant que possible toute aide sociale à ceux qui étaient déjà aptes à travailler. Or, parmi la masse qui n'était pas encore prolétarisée, il est devenu impératif de distinguer les individus aptes à travailler de ceux ne l'étant pas. Il fallait faire le ménage dans cette population pauvre prête à être exploitée.

Cette distinction mène inévitablement à trois catégories possibles: ceux qui travaillent (les exploités), ceux qui peuvent travailler mais qui ne le font pas (les exploitables), et enfin ceux qui ne peuvent pas travailler (les inexploitables). Ceux qui

travaillent déjà ne posent pas problème. Il ne suffit que de les "inciter" à demeurer au travail, tâche assurée si l'aide sociale leur est refusée. Toutefois, comment distinguer ceux pouvant travailler de ceux ne le pouvant pas? Les Anglais résolurent cette question avec les maisons de travail, ou "workhouses", lieux où les pauvres étaient forcés à travailler, et où donc il serait théoriquement possible de récupérer les individus aptes à travailler, et de leur inculquer une discipline du travail. Le premier "workhouse" date de 1697, alors que les paroisses de Bristol unissent leurs efforts. D'autres sont construits à Worcester, Dublin, Plymouth, Norwich et Hull, de sorte qu'à la fin du siècle on peut en dénombrer 126 en Angleterre. (Foucault,1972)

Certains effets pervers n'avaient pas été prévus. Les autorités croyaient qu'un grand nombre serait ainsi récupéré. Ils s'aperçurent toutefois qu'au contraire, un assez grand nombre était effectivement inexploitable, de sorte qu'une population toujours croissante de malades, de gens âgés, etc., s'accumulait dans ces "workhouses".

Un nouveau problème se posa. Parmi ce groupe résiduel se trouvait un certain nombre d'individus particulièrement difficiles à gérer, à maîtriser, un groupe qui ne respectait aucunement les règlements de la maison, plusieurs d'entre eux étant très dérangés mentalement. Cet état de chose rendait très problématique la question de savoir ce qu'il devait être fait de

ces individus. Un citoyen concerné de l'époque écrit que "the law has made no particular provision for lunatics and it must be allowed that the common parish workhouse (the inhabitants of which are mostly aged and infirm people) are very unfit places for the reception of such ungovernable and mischievous persons, who necessarily require separate apartments" (Scull, 1977, p.343)

Tous se plaignaient de la présence de ces individus; prisonniers, malades comme gardiens. Les hopitaux généraux de l'époque, faisant face à une situation semblable, décident d'interdire l'accès aux fous, au nom de la sécurité des autres malades. De toute évidence, il est devenu nécessaire de rationaliser les catégories, de faire une nouvelle distinction, mais cette fois celle des déviants (fous, criminels) et des dépendants (malades, vieux, etc.,). Les fous ne sont pas encore considérés comme malades; la transition de la folie à la maladie mentale ne s'est pas encore opérée.

Plusieurs profitèrent de cette situation et établirent des "private madhouses", ou asiles privés, qui tentèrent de soulager le fardeau des maisons de travail en se chargeant, non sans tirer profit, de ces fous les plus réfractaires, les plus dangereux, "those who in the general mixed workhouse caused trouble out of all proportion to their numbers." (ibid. 1977, p.344); l'entreprise privée récupère la folie. Les propriétaires attirèrent une certaine part de leur clientèle en prétendant pouvoir guérir ces fous. L'objectif premier de ces entreprises, à

part la recherche évidente du profit, était la maîtrise la plus efficace que possible de ceux qui menaçaient ouvertement l'ordre social.

Cette nouvelle différenciation des types de déviance constitue une condition historique essentielle au développement d'une nouvelle profession prétendant détenir un savoir et une expertise particulièrement efficace dans le traitement de ces individus, ce qui incluerait leur réhabilitation et leur réinsertion sociale. L'élite anglaise était particulièrement réceptive à l'idée d'une connaissance de la folie scientifiquement fondée, réceptivité reflétant une sécularisation de la connaissance se produisant à cette époque dans l'Occident. Cette sécularisation se manifeste par la présence et la pénétration croissantes de la science dans toutes les sphères de la vie. Dorénavant, il sera admis qu'aucune force mystérieuse et incalculable ne puisse agir puisqu'il est possible, en principe, de tout contrôler et de tout maîtriser par le calcul rationnel. La sécularisation se fait donc par rapport à la pensée magique et religieuse, de sorte que, graduellement, sont expulsées les explications magico-religieuses de tous les phénomènes de la vie, y compris la folie.

"Linked to this change in perspective was a fundamental shift in the underlying paradigm of insanity, away from an emphasis on its demonological, non-human, animalistic qualities, toward a naturalistic position which viewed the madman as exhibiting a defective mechanism, and which therefore saw this condition as at least potentially remediable." (ibid,1977,p.344)

Nous y reviendrons.

Comment, toutefois, la médecine a-t-elle réussi à s'approprier la folie, et à s'affirmer en tant que légitime science de la folie. Le processus qui a donné à la médecine l'exclusive juridiction et le monopole cognitif sur la folie en la transformant en une maladie en est un des plus complexes. Cette bataille a été davantage de nature politique et sociale, que fondée sur des arguments techniques et scientifiques. Ce processus s'amorce au 18e siècle, alors que, comme nous l'avons vu, seuls les plus violents et dangereux étaient mis à part de la communauté, et aboutit au milieu du 19e siècle, avec l'approbation de l'asile en tant qu'unique institution officiellement reconnue pour traiter de tous les problèmes causés par les malades mentaux.

Il faut d'abord noter que ce changement de responsabilité des mains de la famille et de la communauté locale à celles d'experts ne se limite aucunement au phénomène de la folie. Ce changement particulier est symptomatique d'une tendance générale des pratiques de contrôle social des sociétés modernes. Ces dernières ont graduellement tenté de rationaliser et de légitimer leur contrôle des types de déviance en les confiant à divers types d'experts prétendant détenir une capacité unique de les comprendre et de les traiter. "No longer content to rely on vague cultural definitions of, and informal responses to, deviation, rational-bureaucratic societies have increasingly delegated this

task to groups of people who claim, or are assumed to have, special competence in these areas." (ibid.,1975,p.219)

Dans le cas de la folie, comme nous l'avons suggéré, cette récupération par les experts, les médecins en l'occurrence, n'a pas pu se faire sur la base de connaissances objectives scientifiques puisque la médecine de l'époque ne connaissait que très peu de la maladie mentale; il faut donc chercher ailleurs les facteurs qui ont rendu possible cette récupération.

Nous venons de voir qu'un certain nombre d'individus exploitèrent la situation dans les maisons de travail, surtout en Angleterre, mais aussi ailleurs comme en Allemagne, dans les "Zuchthäusern", à des fins souvent très lucratives. C'est précisément à ce moment que la médecine commence à s'intéresser à la folie, alors que des médecins opportunistes voulant eux aussi profiter de cette situation, et désireux aussi peut-être d'améliorer le traitement des fous, décident de mettre sur pied des maisons leur étant destinées, des "madhouses". D'autres contribuent à la création d'hôpitaux de charité voués aux soins des fous. Plusieurs de ces médecins jouissaient d'ailleurs d'une réputation des plus enviées.

Nous avons aussi vu plus tôt que les propriétaires de ces maisons ont souvent tenté d'attirer une clientèle en prétendant non seulement pouvoir prodiguer de meilleurs soins, mais aussi en prétendant pouvoir guérir. Or, cette prétention était d'autant

plus légitime et plausible lorsque faite par des propriétaires membres du corps médical. Voyons pourquoi.

La médecine du 18^e siècle était fort différente de la nôtre dans ce sens qu'elle ne procédait pas par l'identification des maladies pour ensuite les attaquer par un traitement particulier. Plutôt, elle avait recours à toute une panoplie de traitements qu'on croyait efficaces dans le traitements de toutes les affections. Purges, vomissements forcés, saignées étaient encore bien en vogue. Il n'en fallu que très peu pour que ces traitements récupèrent ou soient adaptés à la folie, et que la médecine suggère qu'ils pourraient tout aussi bien la guérir. Ainsi, les médecins s'en trouvèrent avantagés dans leurs efforts de justifier leur prétentions puisqu'était généralement reconnues l'efficacité de leurs remèdes, et l'idée que la sage utilisation de ces remèdes nécessitait un entraînement spécialisé.

Graduellement, les ouvrages médicaux en viennent à incorporer la question de la folie et de son traitement dans leur table des matières. Des professeurs de médecine réputés commencent à donner aussi des conférences sur le sujet, de sorte que de plus en plus de médecins pouvaient prétendre avoir reçu un entraînement spécial. A la fin du 18^e siècle, en ce qui a trait à la folie, la médecine acquiert une position certes dominante, dont la légitimité ne cesse de croître, sans toutefois pouvoir prétendre au monopole. Numériquement, les médecins intéressés à la folie étaient encore minoritaires, mais leurs points de vue

étaient maintenant déjà populaires parmi l'élite; et c'est ce qui importe! (ibid.,1975)

2.2 Le traitement moral

Nous savons que les conditions de vie dans les maisons de travail, dans les "madhouses" en général, que les propriétaires proviennent du corps médical ou non, étaient pitoyables. Cet état de chose était lié en partie au fait que ces institutions ne faisaient aucunement l'objet d'inspections; les mécanismes les prévoyant n'étaient pas encore en place. C'est ce qui motiva la recherche de pratiques alternatives plus humanitaires. En Angleterre, ces efforts culminent avec la naissance d'une nouvelle institution, "the York Retreat." Ceux qui y oeuvraient doutaient sérieusement du bien fondé des prétentions de la médecine à un savoir supérieur en matière de traitement de la folie. Ils étaient persuadés que les techniques médicales n'avaient que très peu d'effet sur la maladie, sinon aucun, au point de se demander si cet effet ne relèverait pas davantage d'une coïncidence, d'une concomitance. A la longue, ils conclurent assez justement que la médecine s'avère inefficace dans le traitement de la folie, voire même nuisible ou dangereuse; c'est pourquoi les médecins fréquentant l'institution se limitèrent au traitement des maladies somatiques. De leur côté, les profanes chargés du bon fonctionnement de la Retraite

développèrent une approche alternative à la médecine; le traitement moral. (Doerner,1981)

Ce dernier ne forme pas une technique spécifique, mais bien plutôt une vision générale du traitement visant à réduire toute forme de coercition, au profit d'une approche douce et plus humaine. "Moral treatment actively sought to transform the lunatic, to remodel him into something approximating the bourgeois ideal of the rational individual (...)" (Scull,1975, p.226). Une analogie était faite entre le traitement des enfants, et celui des fous, dans la mesure où tous deux doivent apprendre à exercer un contrôle sur soi, et à accéder à une certaine moralité. Ceci contrastait évidemment avec les pratiques souvent barbares des maisons de fous. Et, effectivement, le traitement moral semble avoir été relativement efficace puisque les statistiques des quinze premières années d'opération démontrent qu'une assez grande proportion des individus traités se sont rétablis.

La première réaction de la médecine, par ailleurs, en a été une d'hostilité, réaction guère surprenante car le traitement moral remettait en question l'idée même que la médecine pouvait tout traiter. Il devint de plus en plus accepté que la médecine, à elle seule, ne pouvait guérir la maladie mentale. Ainsi, il n'était plus possible pour les médecins d'ignorer le traitement moral; ils devaient s'y accommoder. La seule façon d'y arriver était de le récupérer, de l'intégrer dans sa sphère de

compétence. Et c'est ce qu'ils firent. Par exemple, les bains chauds, pratique commune du traitement moral, ne purent être donnés que sous l'oeil du médecin, ou du moins qu'avec son autorisation. En fin de compte, les médecins ont réussi à obtenir une certaine autonomie professionnelle, autonomie d'ailleurs amplifiée d'une part par la reprise de la publication de divers traités médicaux et d'articles tentant de réaffirmer la validité du model médical en matière de maladie mentale, et d'autre part par l'intégration de l'enseignement des théories médicales portant sur les maladies mentales dans les curriculums des programmes de médecine. Des nosographies complexes furent développées, donnant lieu à toute une variété de diagnostics possibles. Devant cette montagne de maladies, de symptômes, le profane, d'abord impressionné, devient perdu et s'incline devant le médecin, à qui il reconnaît la compétence, et le pouvoir de comprendre mieux que tout autre la maladie.

La médecine, pendant ce temps, s'efforce de consolider sa légitimité en tentant toujours de démontrer que la folie constitue effectivement une maladie. Une interprétation somatique de la folie la placerait une fois pour toutes dans le champs de la médecine. Toutefois, les médecins étaient incapables de démontrer l'existence d'une pathologie physique objectivement vérifiable. Faute de preuve incontestable, ils développent une nouvelle théorie qui, puisant dans la métaphysique, tente de paraître scientifique. D'abord, ils opèrent une distinction entre

le corps et l'esprit, ou l'âme, immortel et immatériel, qui est forcé de se manifester, dans le monde matériel, à travers le cerveau (le vieux dualisme cartésien). Or, dans le cas des maladies mentales, la cause est à chercher justement dans le cerveau susceptible d'inflammation et d'irritation, et non dans l'esprit immatériel. Le problème de l'incapacité à démontrer objectivement les causes de la maladie mentale est maintenant expliqué. Il est possible que les techniques de détection soient tout simplement trop peu développées. Cette interprétation fut très bien reçue par les chrétiens convaincus. (ibid.,1975)

Cette embûche maintenant contournée, la médecine en ressort plus légitime que jamais. Elle détient dorénavant deux outils de traitement: le traitement moral et les techniques médicales orthodoxes, pas plus efficaces, mais acceptées généralement. Il devenait évident que la sage utilisation des deux approches combinées devait aboutir à des résultats plus fructueux.

Vers 1830, tous les hôpitaux spécialisés dans les soins et le traitement des malades mentaux possédaient leur médecin résidant. Les comités administratifs se fièrent de plus en plus aux médecins dans leur prise de décisions. Il ne resta plus qu'à formaliser ce monopole de la même façon que l'ont fait les autres professions, en excluant les disciplines rivales officiellement et bureaucratiquement, c'est-à dire par la loi, chose d'ailleurs assurée en Angleterre par le "Madhouse Act", de 1828. "The asylum doctors were now able to drive competing lay people out of the

same line of work, and to subordinate those who stayed in the field to their authority" (ibid.,1975,p.256)

Pour le reste du 19e siècle, la médecine s'efforce de maintenir et de consolider sa position de monopole ,son autonomie professionnelle. Son premier geste a été la mise sur pied d'une corporation professionnelle, fait accompli, par exemple, en Angleterre en 1841; "the Association of Medical Officers of Asylums and Hospitals for the Insane" voit le jour. Des associations semblables se forment à la même époque dans les pays où la médecine est relativement développée, et où la profession est sensiblement organisée. Mais, encore une fois, le même problème la hantait: l'incapacité de démontrer une étiologie somatique. Cela ne l'empêcha pas de continuer à soutenir que la folie ne peut avoir que des causes physiques. En effet, plutôt que de n'admettre la défaite, du moins temporairement, les médecins se sont mis à chercher à nouveau pour de nouveaux remèdes. Pour eux, le problème résidait peut-être dans l'utilisation de bons remèdes mais d'une mauvaise façon, ou encore tout simplement de l'utilisation des mauvais remèdes. Ils essayèrent presque n'importe quoi qui était susceptible d'avoir un effet quelconque. Malgré cette recherche acharnée, rien d'efficace n'est découvert, leur laissant guère d'autre choix que de retomber dans le traitement moral. Car, pour l'instant, il n'y avait aucun avantage à promouvoir la psychiatrie en réitérant

l'importance des techniques médicales, alors que ces techniques, à toutes fins pratiques, n'existaient tout simplement pas.

Toutefois, cette incapacité ne remet aucunement en question l'utilité de l'asile. Au contraire, les médecins étaient aussi habiles dans l'administration des hôpitaux, et pouvaient s'occuper des malaises réellement somatiques. De plus, et surtout, en soutenant l'illusion que l'asile constitue une institution médicale, donc thérapeutique, ils justifient de façon humanitaire et scientifique l'exclusion des individus posant problème au bon fonctionnement de la société, exclusion qui aurait été plus difficilement justifiable sur la base d'autres critères.

2.3 Quelques considérations théoriques

Que nous a donc permis de vérifier ce survol? Nous croyons absolument nécessaire de considérer quelques facteurs tout à fait décisifs dans notre analyse, à savoir, d'une part, les motivations premières dans l'établissement des asiles, et, d'autre part, la sécularisation de la connaissance.

2.31 Les motivations premières

Ce bref survol nous a permis de constater la véritable nature des facteurs, des raisons motivant la ségrégation de diverses sortes de déviants, des pauvres, des malades puis des

fous. Une chose est bien claire: historiquement, c'est-à-dire à l'origine, ce sont des motivations toutes autres qu'humanitaires qui ont amené cette nouvelle réaction face à la déviance. L'organisation sociale a changé de telle sorte qu'étaient devenues nécessaires ces mesures drastiques. Si le capitalisme devait se développer le plus librement que possible, il fallait éloigner presque à tout prix ceux qui risquaient de constituer un obstacle à son plein épouissement. Une réforme radicale s'imposait, un grand ménage était nécessaire. La misère était à la fois un "effet du désordre, et un obstacle à l'ordre" (Foucault,1972,p.69).

L'asile, la maison d'internement, de travail, et l'Hôpital général représentent en fait un nouvel appareil de contrôle social. A cette première vocation de contrôle social se rajoutera plus tard une vocation thérapeutique, mais ce, seulement après que la science aura permis à la médecine de développer de nouveaux outils. Pour l'instant, ces outils n'existent pas, et, d'emblée, ces institutions ne sont pas des établissements médicaux soucieux d'alléger la souffrance. (Sedgwick,1982) "L'Hôpital général ne s'apparente à aucune idée médicale. Il est une instance de l'ordre, de l'ordre monarchique et bourgeois qui s'organise (...) à cette même époque" (Foucault,1972,p.61). Ou encore, tel que le soutient Scull, "even a superficial acquaintance with the functioning of nineteenth century mental

hospitals reveals how limited was the asylum's concern with the human problems of its inmates." (Scull,1977,p.347)

Il n'est pas dit que certains ne voyaient pas dans ces institutions une occasion de faire prévaloir leurs convictions chrétiennes qui commandaient l'hospitalité, l'assistance, la miséricorde et la charité devant le pauvre. C'est pourquoi l'Eglise accepte difficilement ces nouvelles institutions qui occultent le geste charitable individuel de son mérite; après tout, c'est par le pauvre que Dieu suscite la charité du chrétien. Néanmoins, ces attitudes et pratiques deviennent de plus en plus en conflictuelles, ou encore incompatibles avec les priorités et les exigences bourgeoises d'une société ordonnée et disciplinée. L'Eglise doit s'accomoder à cette nouvelle réalité; sa perception du misérable doit changer. Elle distingue donc le bon pauvre du mauvais pauvre, le premier soumis et acceptant la récompense et l'aide (l'internement) pour y trouver repos; le second la refusant, donc méritant la punition (encore l'internement!). (Foucault,1972)

Ainsi, et encore, rien n'est plus clair, ce sont des impératifs du travail capitaliste, et certes non le souci de la guérison qui fondent le mandat de cette nouvelle réaction sociale. Si, aux débuts du capitalisme, le paresseux était chassé ou puni, il est pour la première fois pris en charge; il aura à manger, mais ce au prix de sa liberté.

Cette nouvelle réponse institutionnelle ne fut pas sans être l'objet de maintes critiques, critiques qui étaient toutefois rapidement ignorées en l'absence de propositions alternatives.

La fonction de l'internement dépendra des conjonctures économiques. En temps de crise, bien sûr, il exercera sa fonction de répression. En période de relative prospérité, il servira plutôt à donner du travail aux internés, pouvant accroître la productivité de toute la communauté. "L'alternance est claire: main d'oeuvre 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". (ibid.,1972,p.79) En Allemagne, chaque maison de travail aura sa spécialité, qu'il s'agisse du filage, comme à Brême, Munich et Berlin, ou encore du tissage à Hanovre. Toute la main d'oeuvre disponible est exploitée.

Il faudra attendre le début du 19e siècle pour que les maisons d'internement tombent en désuétude et disparaissent. Très lentement, d'autres institutions, plus spécialisées cette fois, prendront la relève; les organisations de charité pour les pauvres, le système judiciaire avec le policier, le criminologue et la prison pour le criminel, l'hôpital et le foyer d'accueil pour les malades et les vieux, et enfin la psychiatrie pour le fou.

2.32 La sécularisation de la connaissance

Afin que la psychiatrie puisse prendre la relève, elle devra s'appuyer sur une nouvelle forme de connaissance, un nouvel imaginaire; elle devra attendre que la science fasse son cours, et lui procure les outils lui permettant de s'insérer parmi les rangs de la médecine.

Deux facteurs expliquent l'apparition du nouveau visage de la folie. Si le fou n'est plus ce possédé, ou ce châtié de Dieu, bref si son image ne passe plus par une conception mythico-magico-religieuse (nous nous permettons de créer un terme!), c'est que ces conceptions ont été évacuées à partir de la Renaissance. Mais au profit de quelles autres conceptions? D'une part, par rapport au capitalisme, il est devenu un oisif, un mendiant à réprimer parmi toute cette autre masse de pauvres. Pour la première fois, des individus sont exclus du reste de la société du fait qu'ils sont incapables de travailler, et qu'ils ont de la difficulté à s'intégrer au groupe. "Jusqu'à la Renaissance, la sensibilité à la folie était liée à la présence de transcendances imaginaires. A partir de l'âge classique (...), la folie est perçue à travers une condamnation éthique de l'oisiveté et dans une immanence sociale garantie par la communauté de travail. (ibid.,1972,p.85) N'est plus tolérée l'inutilité sociale.

D'autre part, grâce à la science, son statut s'est précisé, et il est devenu non plus un pauvre fou, mais bien un malade, un

cas relevant de la pathologie. Il ne faut plus parler de folie (le terme est trop vague), mais bien de "maladie mentale". La science procure donc une encore meilleure raison de l'isoler.

De toute évidence, ce processus que nous appelons "sécularisation de la connaissance", dont nous en avons esquissé les grandes lignes ailleurs, ne se réduit aucunement au phénomène de la folie; il s'infiltré dans toutes les sphères de la vie. Précisons-en la nature générale.

L'éclatement du processus de rationalisation libère une forme de connaissance qualitativement nouvelle: la science. Elle se distingue des savoirs qui se fondent sur la magie, le mythe, la tradition, ou la religion. De fait, elle les rejette tous. D'un point de vue scientifique, ces savoirs ne sont pas rationnels, ou le sont moins, puisqu'ils ne se fondent pas entièrement sur la raison pour en arriver à la connaissance, à une "vérité". Tous reposent sur des vérités, mais la science n'admet pas les vérités éternelles, révélées par Dieu, par exemple, et ne se fonde que sur des vérités provisoires, vérifiables et atteintes par la raison et l'observation. Les religions ont peu recours à la raison pour remettre en question, pour vérifier ce qui peut sembler évident, préférant faire des actes de foi. La science s'y refuse catégoriquement de le faire. La raison doit être impliquée à tous les niveaux de la pensée et de l'action. Ce n'est qu'après ce bris avec les autres

types de savoirs que la connaissance se sécularisera, et deviendra science.

En plus d'avoir une validité subjective comme les autres savoirs (croire que ses connaissances sont porteuses de vérité), la science a cette particularité de se rapprocher plus que toute autre forme de connaissance objective de la vérité. Elle constitue donc une méthode plus efficace de connaître objectivement.

L'impact de son arrivée se fait sentir dans tous les domaines. La terre n'est plus plate, elle est ronde. La main de Dieu ne fait plus tourner la terre; les lois de la gravité s'en chargent. Le recours au magique n'est plus nécessaire pour expliquer. Tout est, en principe, connaissable et accessible dans ce qu'il y a de vérifiable.

La révolution scientifique est venue modifier à jamais la vision du monde médiévale qui distinguait le "naturel" du "non-naturel", faisant des deux le domaine de la science. Les phénomènes naturels étaient ceux qui se produisaient avec assez de régularité, alors que les événements rares étaient souvent perçus comme étant d'origine extra-naturelle, ou non-naturelle (i.e. un enfant naissant très déformé). Avec la révolution scientifique, la notion de naturel s'est élargie, et est devenue synonyme de vérité; elle s'est appropriée le non-naturel. (Hansen, 1986)

Plusieurs facteurs ont contribué à l'avènement de la science. "Scientific rationalism is the outcome of contingent features (such as the requirements of navigation), structural arrangements between the economy and the state, the presence of rational technologies (in mathematics, writing and experimentation) and finally the teleological impact of rationalization" (Turner,1987,p.1) De plus, et peut-être surtout, le développement de la science nécessite un surplus économique rendant possible la subvention de chercheurs.

Mais pourquoi, dans d'autres civilisations, ne s'est-elle pas développée au rythme qu'elle l'a fait dans l'Occident?

Selon Turner, certaines conditions n'étaient présentes qu'en Occident. Par exemple, la propriété privée, les droits démocratiques, les systèmes juridiques rationnels, et les révolutions sociales n'étaient pas, à l'origine, le propre des sociétés orientales. (Turner,1987)

D'autres, comme R.K. Merton, suggèrent que l'avènement de la science soit aussi lié aux valeurs religieuses protestantes, qui incitent les hommes à trouver Dieu par les lois immuables de la nature. (Merton,1970)

Comment se caractérise-t-elle? D'abord, comme nous venons de le voir, elle repose sur une vérification empirique, rejetant de la sorte toute explication relevant du domaine mythique, religieux, etc.,. "Expérimentations rationnelles et preuves rationnelles dans l'organisation de la science comme dans la

conduite de la vie sont particulièrement nécessaires." (Marcuse, 1970, p. 274)

Aussi, elle fonctionne par la spécialisation, en mettant en pièce la totalité, ce qui occasionne, comme le soutient Lukács, une perte du sens de cette même totalité. (Plotke, 1975) Il est plus facile, plus efficace pour en arriver à une vérité de concentrer les efforts, de spécialiser la connaissance, d'où l'existence des diverses disciplines scientifiques; physique, chimie, biologie, etc.,. Cela dit, la spécialisation de la connaissance n'est pas sans avoir de conséquences.

"La spécialisation dans l'accomplissement du travail fait disparaître toute image de la totalité. (...) La science, qui travaille également de cette manière, c'est-à-dire en reste également à cette immédiateté, aura mis en pièce la totalité de la réalité, (et) aurait, à force de spécialisation, perdu le sens de la totalité." (Lukács, 1960, p. 133)

Les connaissances qui en découlent ne peuvent être que partielles par rapport à la totalité de la réalité, et ne peuvent devenir que des systèmes théoriques clos.

Enfin, dernière caractéristique, la science n'est pas neutre; elle ne peut être neutre. Bien au contraire, comme le prétend Marcuse dans sa critique de Weber, la science serait imprégnée de jugements de valeur propres au système dont elle est issue. Même si Weber était convaincu de la neutralité axiologique de la science, Marcuse, en revanche, affirme "qu'il n'est pas possible d'assurer à la science ce statut de neutralité; (les)

concepts scientifiques purs dévoilent le jugement de valeur qu'ils contiennent." (Marcuse,1970,p.272) (Habermas,1973)

Une distinction s'impose toutefois. Ce qui éloigne la science de la neutralité, de l'objectivité, c'est la contamination idéologique. Cette contamination peut se situer à deux paliers différents, à savoir au niveau du contenu d'une théorie scientifique, et au niveau de son application. Or, les sciences naturelles sont actuellement moins vulnérables à la contamination idéologique au niveau de leur contenu, mais le sont très clairement au niveau de leur application. Les sciences sociales, de leur côté, y sont vulnérables autant dans leur contenu que dans leur application. Cette situation est liée au fait que les données des sciences sociales sont plus difficilement observables et quantifiables. Aussi, elle s'explique par la nature différente de leur objet d'étude. Dans les sciences sociales, il est difficile sinon impossible d'éviter un certain subjectivisme, dans la mesure où objet et sujet s'entremêlent. Il est difficile de voir la société uniquement comme objet alors que nous y baignons tous nécessairement. (Arseneau,1983) (Moreux,1974)

Ces trois éléments (nécessité d'une vérification empirique, spécialisation de la connaissance, et partialité de la science) sont d'une importance capitale dans la compréhension des enjeux entourant l'émergence de la science qui permettra la création de la psychiatrie: la médecine.

Résultat de la tendance inhérente de la science à spécialiser la connaissance, la médecine représente donc une tentative qualitativement nouvelle, une tentative rationnelle (c'est-à-dire se fondant entièrement sur la raison) pour affronter la maladie. Seule l'exploitation de la raison peut fournir les moyens les plus efficaces d'atteindre un but. C'est pourquoi, par la technique, la médecine est censée constituer un meilleur moyen de vaincre les conditions morbides que l'intervention fondée sur la magie, la religion ou la tradition. C'est dans ce sens que s'est produite une sécularisation de la connaissance médicale.

Par ailleurs, la médecine, comme toutes les autres sciences, fonctionne aussi à partir de la spécialisation; d'où l'apparition de la psychiatrie, première tentative d'attaquer la folie au nom de la Raison éclairée.

C'est grâce à la science que les institutions de contrôle social issues du développement du capitalisme (maisons de travail, asiles, etc.,) ont pu se spécialiser et se transformer en institutions thérapeutiques. A leur mandat de contrôle social peut maintenant se rajouter la mission de thérapie. Cela n'a été possible qu'après que la légitimité de la science, et, parallèlement, de la médecine, furent reconnues. Enfin, la psychiatrie, au nom de la médecine, peut récupérer la folie et la transformer en maladie mentale.

Ces quelques lignes résumeront bien l'importance de la
sécularisation:

"The period 1650-1800 witnessed the gradual transition from a religious to a secular order. It was a period in which the church could no longer and bourgeois capitalist society could not yet encompass the various forms of irrationality, especially poverty and derangement, which threatened an emerging workaday world. Accordingly, early workhouses, jails and madhouses kept all those who contradicted the growing paradigm of reason. Gradually, though, psychiatry would emerge as a science, helping to transform institutions that had merely isolated unreason into therapeutic and classificatory ones. (Howell, 1986, p.20)

CHAPITRE TROISIEME
LA NATURE DE NOS SOCIETES

La modernité est tout à fait unique dans ce sens que jamais auparavant une telle systématisation de la ségrégation, de la mise à part de certaines catégories d'individus n'est apparue. Jamais n'a-t-on assisté à des méthodes d'exclusion aussi rationnelles.

D'ailleurs, ce type de ségrégation était à peu près impensable avant le capitalisme. "Institutional control mechanisms were impracticable earlier, because of the absence of both the necessary administrative techniques and also of the surplus required to establish and maintain them." (Scull, 1977, p.345) Aussi, l'appropriation de ces institutions par l'Etat n'était possible que si existaient un système développé de perception des impôts, ainsi qu'une capacité de l'Etat à emprunter à grande échelle. Tout ceci dépendait directement du niveau de développement du secteur monétaire, et des mécanismes de crédit et de comptabilité.

Une des caractéristiques les plus importantes de cette systématisation est l'apparition du spécialiste, de l'expert. Par voie de conséquence de la spécialisation de la connaissance, les problèmes qui pouvaient auparavant concerner l'ensemble de la communauté, et qui pouvaient être résolus par tous les membres de la "cité", sont maintenant réduits à des problèmes techniques. Les citoyens, munis de leur sens commun, sont exclus du processus

de décision, et les experts-spécialistes, détenteurs de la connaissance, se chargent de trancher la question, c'est-à-dire de faire le choix du meilleur outil technique.

C'est ainsi que le chômage n'est maintenant plus qu'un problème technique qui concerne l'économiste. Il en est de même pour la folie; sa médicalisation en témoigne. C'est ainsi que, tel que le soutient Habermas (1973,p.42):

"La solution des problèmes techniques échappe à la discussion publique. Des discussions publiques risqueraient en effet de mettre en question les conditions qui définissent le système au sein duquel les tâches incombant à l'action de l'Etat se présentent comme des tâches techniques. C'est pourquoi la nouvelle politique de l'interventionnisme étatique exige une dépolitisation de la grande masse de la population. Dans la même mesure où sont éliminés les problèmes d'ordre pratique, l'opinion publique perd sa fonction politique."

Enfin, "in the last analysis, laymen generally defer to the experts, and regard their decisions as authoritative."
(Scull,1975,p.219)

Une telle réduction d'un enjeu collectif à un problème d'ordre technique est-elle fondée? Certes, la question se pose. Après tout, nous en sommes à un point où la technique détermine à la fois les moyens et les buts. La suprématie de la technique peut être perçue comme une menace à la liberté. (Marcuse,1968)
(Ellul,1967)

Quoiqu'il en soit, cet état de chose est symptomatique d'un phénomène plus global dans nos sociétés modernes. Quelle est leur nature? Qu'est-ce qui le caractérise peut-être plus que toute

autre chose? Nous croyons que c'est cette recherche incessante de l'efficacité optimale, du rendement optimal dans tous les secteurs de la vie. La pénétration de la science en témoigne. Ceci n'est certainement pas sans rapport avec le profit, qui constitue le moteur de la vie capitaliste.

Toutefois, il s'ensuit un monde de moins en moins humain, mais de plus en plus développé en termes de techniques. L'efficacité devient le mot d'ordre, aux dépens de la spontanéité, de la créativité. Le système capitaliste devient "obsédé" par cette recherche de l'efficacité. Il l'impose comme critère déterminant, comme norme.

C'est dans ce sens que plusieurs penseurs affirment que c'est la rationalité instrumentale qui domine dans nos sociétés. Si l'action la plus efficace est bel et bien celle qui s'appuie entièrement sur la raison, alors il va de soit que la raison instrumentale, et au niveau de l'action, la rationalité instrumentale, seront les plus compatibles avec la recherche de l'efficacité. La rationalité instrumentale prévaut donc dans nos sociétés. Tous recherchent des buts différents, subjectivement choisis, (il n'y a plus de véritable hiérarchie de buts valable pour l'ensemble de la population depuis la déchéance de la religion et de la tradition) mais utilisent à peu près les mêmes moyens pour atteindre ces buts: les études, le travail, bref, la planification rationnelle des moyens. La science, aussi, fournit des moyens efficaces; nous nous fions tous à la science afin

d'atteindre nos buts. Chez Horkheimer, ceci équivaut à l'hégémonie dans nos sociétés de la raison subjective. (Horkheimer,1974) De cette façon, capitalisme et rationalité instrumentale vont de paire. "It is not technology, but the predominance of what Max Weber called "instrumental rationality" which is the distinctive feature of such societies." (Cotgrove,1975,p.56)

Il devient donc primordial de respecter cette norme, en se conformant aux attentes du système par rapport aux individus. Le système demeure efficace tant et aussi longtemps que chacun assume convenablement son rôle dans la société, tant que chacun maintienne une fonctionnalité minimale. "We all labour within institutions whose subcodes of rationality, utility, and efficiency derive from a master code of rationalization and differentiation. This code is designed to discipline individuals (...)." (O'Neill,1986,p.350)

Toutefois, la société, le capitalisme doivent réagir face aux éventuelles dysfonctions, et se doter d'un outil pour remédier au problème des individus qui dévient de cette norme devenue sacrée: la psychiatrie constitue un de ces moyens, une des réponses. Son but est de mater le plus rationnellement la folie en tentant de rétablir un minimum de fonctionnalité. Somme toute, les rendre efficaces signifie faire en sorte qu'ils redeviennent des êtres productifs, qui assument leur rôle dans

l'ordre social, ou, à la rigueur, qui ne gênent pas les autres dans leur recherche de l'efficacité.

Nos sociétés sont par conséquent caractérisées par une intolérance face à certaines catégories d'individus. Elle rejette la déviance d'une façon systématique, plus que toute autre société, quelle que soit l'époque. "Society is becoming increasingly incapable of tolerating insanity and is rejecting (and perhaps also producing) a growing number of insane people." (Mannoni, 1973, p.490) Il faut le répéter: nous ne sommes pas plus tolérants face à la folie parce que nous n'éliminons plus les "fous". Plutôt, l'intolérance a changé de masque et porte maintenant le sceau de la soi-disant thérapie, de la réhabilitation, et de la réinsertion sociales. Le niveau de tolérance n'est pas fonction de la sévérité de la réaction (ou de la punition, au moyen âge). L'intolérance vient du fait de l'apparition de mécanismes et d'institutions omni-présents dont le fonctionnement est systématiquement et rationnellement contrôlé, et dont la légitimité repose sur la science. Par la spécialisation de la connaissance, apparaîtront des spécialistes de la déviance qui se chargeront tant bien que mal de les ramener à la norme.

3.1 Le seuil de tolérance

Nous croyons qu'un outil théorique utile réside dans l'idée de seuil de tolérance des sociétés. Il est clair que la déviance dans les sociétés modernes pose des problèmes d'un tout autre ordre que dans les sociétés traditionnelles pré-capitalistes. Elle n'est ni perçue ni traitée de la même manière. Or, est-ce la folie qui a changé? Est-ce véritablement la folie en soi qui pose problème, ou ne serait-ce plutôt le seuil de tolérance si peu élevé qui caractérise nos sociétés? Comment expliquer que la folie ait été beaucoup plus acceptée, voire ignorée à d'autres époques, et l'est même aujourd'hui dans certaines cultures. Jadis, le "fou du roi" jouait un rôle essentiel. Aujourd'hui encore, en Inde, des individus qui seraient certes considérés comme malades dans notre société errent dans la rue; ils sont peut-être considérés comme étant anormaux mentalement, mais la réaction sociale ne s'apparente d'aucune façon à la nôtre. Ces sociétés sont peut-être, à ce niveau, davantage fondées sur la différence. (Gauchet et Swain, 1980)

De toute évidence, de nombreuses formes d'affections mentales sont considérées partout comme pathologiques. C'est le cas, par exemple, pour les déficients, les déments profonds, les idiots complets ("village idiots"), les furieux et les dangereux; tous, à peu près partout, sont perçus comme relevant de la "folie totale". Là où il y a ambiguïté, et donc divergences selon les sociétés et les époques, c'est dans le cas des "folies

partielles", les "borderlines", comme pour l'individu qui, malgré ses propos à contenu parfois délirant, peut soutenir une conversation de façon lucide et logique. "Ici, suivant le point de vue auquel on se place, on attribuera la prééminence au côté "sain" ou au côté "malade" de l'individu." (Ellengerger,1960, p.275)

Nous croyons qu'une société dont les normes sont fondées sur la recherche incessante de l'efficacité peut difficilement se permettre de tolérer la déviance, et aura tendance à mettre l'emphase sur le côté "malade". Un comportement "bizarre" sera toléré tant qu'il ne violera pas ce "pacte de l'efficacité", entente implicite qui semble régir nos actions. "Le malade établit un *modus vivendi* avec son environnement et, réciproquement, la communauté tolère certaines formes d'excentricité, imposant moins au psychiatre la guérison que la reformulation des symptômes "sauvages" en symptômes acceptables." (Bastide,1965,p.307)

La folie pose beaucoup moins problème lorsqu'elle est tolérée, voire acceptée, mais ce scénario n'est pas envisageable dans une société où l'un des principaux enjeux est l'efficacité. Si elle est en effet tolérée dans d'autres sociétés, c'est en partie lié au fait que cet enjeu n'a pas l'importance qu'il a dans la nôtre.

Afin de rendre opérationnel le concept de seuil de tolérance, Ellenberger suggère l'élaboration et l'utilisation

d'un coefficient de tolérance des sociétés. Ce dernier aurait tendance à changer selon la culture et l'époque, et s'insinuerait, d'une manière plus ou moins inconsciente, dans la psyché de chaque individu. Toutefois, autant la tolérance que l'intolérance ne peuvent être totales. L'"absorption" du coefficient varie d'une personne à l'autre. De plus, "même dans les périodes de forte intolérance, certaines affections mentales sont considérées comme plus admissibles que d'autres." (Ellenberger, 1960, p.283) Il va de soi que dans notre société, ce coefficient serait plutôt bas.

Il est légitime de se demander ce à quoi veut en venir la psychiatrie. Est-il possible de détecter un certain projet de la psychiatrie, projet visant une homogénéité des masses, une unidimensionalité des pensées, des aspirations, des objectifs et des comportements? L'existence même de la psychiatrie reflète un refus dans notre société d'accepter la différence, l'altérité; antithèse du discours pluraliste. Si la technique, comme l'affirme Marcuse, comporte un projet historique et social de domination sur la nature et sur l'homme, une conséquence cruciale pourrait être le triomphe du paradigme de l'efficacité, qui, au niveau individuel, aboutit à l'homme unidimensionnel. S'identifiant à sa société par "mimesis", l'individu a la même histoire que tellement d'autres. (Marcuse, 1970) Pour Horkheimer, dans les sociétés avancées, l'individu croit plus que jamais

qu'il est unique; mais, plus que jamais, il ressemble aux autres.
(Horkheimer,1974)

Cela dit, nous ne prétendons aucunement que le système puisse se passer de l'outil que constitue la psychiatrie. Comme le soutient Laing, il demeure que cet outil soit effectivement nécessaire, tel qu'en est le système et l'ordre social actuel. "Dans le fonctionnement actuel de notre société, ces lieux sont indispensables. Ce n'est la faute des psychiatres, ni nécessairement de quiconque." (Laing,1986.p.19) La psychiatrie se doit d'exercer sa fonction puisque le processus de rationalisation s'est aussi manifesté dans toutes les sphères de la vie, imposant l'hégémonie de la recherche de l'efficacité.

3.2 Légitimité de la psychiatrie et définitions de la maladie mentale

Notre démarche nous mène inéluctablement à l'examen des fondements de la légitimité de la psychiatrie, puisque, comme toute autre institution, elle doit paraître légitime pour pouvoir exercer sa fonction. D'abord et avant tout, la maladie mentale doit exister, sans quoi la psychiatrie n'a plus de raison d'être. Or, sur quoi peut se fonder une définition de la maladie mentale, et en relation à quoi? A partir de quoi peut-elle justifier ses actions, et, à la limite, son existence même? Nous verrons qu'elle le fait en définissant la maladie mentale à deux niveaux bien distincts, d'une part selon le modèle médical, et, d'autre

part, selon un critère tout à fait extérieur à l'individu, la fonctionnalité.

3.21 Le modèle médical

Pour comprendre la logique du raisonnement psychiatrique, il faut la replacer dans son contexte qui est celui du modèle médical; c'est de lui qu'elle est issue, à lui qu'elle tente inlassablement, et tant bien que mal, de s'apparenter, et par lui qu'elle arrive à se légitimer, du moins en partie. La psychiatrie puise du modèle médical pour faire de certains comportements déviants des conditions morbides. Ainsi, le discours psychiatrique considère que les maladies mentales résultent de pathologies d'origine physique, d'ordre bio-chimique et/ou génético-héréditaire. (Freeman,1979) Une pathologie peut donc exister indépendamment de la conscience et du comportement de l'individu. La psychiatrie a profité de toutes les occasions pour se rapprocher de la médecine scientifique, "by linking the principle of morbid heredity with biological law, cellular pathology, experimental physiology, and even germ theory" (Tomes,1987,p.367).

Théoriquement, le modèle médical fait une distinction entre la condition physiologique individuelle, et le système de normes sociales. La première relèverait du jugement psychiatrique, alors que l'autre du domaine social, moral et légal. La légitimité de la psychiatrie en tant que pratique médicale dépend donc d'un

jugement psychiatrique fondé sur des critères indépendants et fiables de ce qui constitue la santé et la maladie; bref, un jugement objectif et scientifique, plutôt qu'une évaluation subjective, intuitive, morale ou sociale, est nécessaire.

Toutefois, la réalité est toute autre. Ces critères n'existent pratiquement pas. Dans la plupart des cas, aucune pathologie sous-jacente n'a été clairement démontrée. Ce qui devrait être considéré comme une maladie mentale n'est pas clair. Parce qu'aucune définition de la santé ne fait l'objet d'un consensus, les psychiatres ne s'entendent ni sur la définition de la maladie, ni sur sa durée ou encore sur un traitement efficace.

Le cas de la schizophrénie est très intéressant. Voici un exemple de tentative de définition de la maladie: Bleuler, premier à parler de schizophrénie, la définit comme étant "un état mental pathologique dont le caractère essentiel et évolutif est une dissociation, une disjonction progressive des éléments constitutifs de la personnalité, et comme corollaire, une rupture de contact avec l'ambiance, une inadaptation progressive au milieu ." (Bierens de Haan,1980,p.230) Et quel serait le trouble fondamental de cette maladie? Bleuler dirait que c'est un trouble des associations. Kraepelin, autre pionnier des recherches sur la schizophrénie, choisit l'inaffectivité. Pour Lerze, c'est l'hypotonie de la conscience, mais pour Minkowski, c'est finalement la perte du contact vital avec la réalité. Un sens à ces diverses interprétations est difficile à trouver!

Faut-il en imaginer les conséquences quand peu de psychiatres s'entendraient sur la définition du même mot. Une recherche a conclu que les psychiatres ne sont d'accord sur le diagnostic que dans 7 cas sur 24 cas suspects de schizophrénie. Finalement, Bleuler écrit en 1955 que ses travaux ne démontrent en rien l'existence de la schizophrénie, et qu'elle ne peut être distinguée objectivement des autres psychoses. (ibid.,1980)

Ce problème se répète pour presque toutes les maladies. Les définitions sont généralement à un tel point vagues qu'il est commun de voir le diagnostic d'un patient changer de semaine en semaine.

Aussi, les classifications diagnostiques du "DSM 3", bible du psychiatre, n'atteignent pas le niveau de rigueur et de précision retrouvé dans les manuels de diagnostic des maladies somatiques. Aussi, la diversité d'approches théoriques en psychiatrie est telle qu'elle ressemble moins aux branches orthodoxes de la médecine qui sont plus clairement fondées sur les sciences naturelles, et davantage aux sciences sociales qui sont toujours nourries par une variété de discours. Le consensus est plus facilement atteignable dans la médecine somatique. Toutefois, en psychiatrie, il est clair que l'ambiguïté la plus profonde règne sur le royaume des principes fondamentaux, des tableaux noscologiques, et des traitements. "Mental illness is usually attributed on the basis of behavior, whereas most other medical conditions are concerned with pathological physiological

processes and are diagnosed by physical signs or abnormal laboratory results." (Robitcher,1980,p.148) Peut-être le diagnostic psychiatrique n'est-il valable que pour les cas évidents extrêmes, et encore...

La seule façon par laquelle la psychiatrie peut prétendre au statut de légitime forme de médecine, c'est en supposant que la maladie mentale constitue une pathologie au même titre que la maladie somatique. "The dissolution of the distinction between physical and mental illness led predictably to doctors attempting to cure the insane by using methods developed in relation to the physically ill (...)." (Baruch et Treacher,1978,p.10) Il n'est pas évident qu'un tel rapprochement soit fondé. Nous soutenons au contraire que la maladie mentale comporte des éléments qui ne sont pas retrouvés dans le domaine de la maladie somatique; la maladie mentale, quoi qu'en dise la médecine, est qualitativement différente.

Alors que la maladie somatique se définit par rapport à une déviation objective des normes physiologico-anatomiques, la maladie mentale se réfère d'abord à une infraction de normes sociales; le diagnostic est d'abord social. "Biological norms are quite different things (than social norms), and ways of analysing deviations from one cannot be easily employed in examining deviations from the other." (Morgan,1975,p.268) Plusieurs chercheurs ont clairement démontré que ce sont des évaluations culturelles et sociales reflétant les normes et attentes

sociétales qui fondent le jugement psychiatrique, et non des critères objectifs permettant de distinguer la maladie de la santé. (Ingleby,1980) Nous renvoyons le lecteur aux écrits de Goffman (1961), de Freidson (1972), et à ceux de Szasz (1975), bien que nous ne soyions que très partiellement d'accord avec les thèses importantes suggérées par ce dernier. Que la pathologie soit d'origine organique ou non, la reconnaissance de la déviance est d'abord socialement médiatisée. "Ce que l'on sait dire de nos jours sur la folie, ne relève pas d'un discours à caractère scientifique mais à caractère social, c'est-à-dire fondé sur la subjectivité de la collectivité qui l'énonce" (Moreux,1974,p.14).

La langue anglaise fait une distinction fort utile à notre analyse entre deux termes qui sont confondus dans la langue française. En effet, au terme français de "maladie" correspondent en anglais les concepts de "disease" et de "illness". Le premier réfère à la pathologie biologique objective qui menace la survie d'un organisme vivant, quel qu'il soit. L'autre, par contre, ne s'applique qu'aux sociétés humaines. "Disease" renvoie donc à la maladie au sens objectif, et "illness" à la maladie au sens relatif culturel. "Not all diseases are treated as illness, moreover, those selected for treatment vary from culture to culture. Conversely, not all illnesses are tied to a specific disease." (Morgan,1975,p.270) Quand un médecin pose un diagnostic, et peut-être encore plus un psychiatre, son cadre de référence est d'abord social, culturel et normatif; il se fonde

sur les standards acceptés de ce que constitue la santé et la maladie, sans nécessairement, c'est-à-dire a priori, savoir si une pathologie biologique est sous-jacente. De toute évidence, une pathologie objective (disease) est effectivement souvent à la source de plusieurs symptômes; mais ceci n'est important que pour l'explication et le traitement. Elle n'est pas essentielle à la reconnaissance sociale de la maladie (illness). L'étiquetage de ce qui est perçu comme étant une maladie dépend de la rationalité dominante de la vie sociale, sans qu'il se réfère spécifiquement à des critères biologiques. (Scheff,1984)

Par ailleurs, en soutenant que la maladie mentale doit être traitée au même titre que la maladie somatique, le modèle médical s'approprie d'un type de déviance qui pourrait tomber dans les mains de d'autres domaines de la déviance (i.e. le juridico-légal). Le critère décisif est celui de l'intention. Un comportement aberrant peut violer nombre de règles sociales, mais s'il est perçu comme un symptôme d'une maladie mentale, il se distinguera de l'acte criminel du fait qu'il n'aura pas été soumis au contrôle individuel; il n'aura pas été intentionnel. Seuls ceux qui auraient pu se conformer aux normes doivent être jugés et punis. (Morgan,1975)

D'où vient l'idée que l'acte déviant symptôme de la maladie mentale exclut l'élément d'intentionnalité? Selon le sens commun, le geste déviant en général est perçu comme une action intentionnellement dirigée en vue d'atteindre un but subjectivement

désirable. Les actions sont donc compréhensibles lorsque replacées dans le contexte des intentions et des buts. Toutefois, certains comportements ne respectent pas cette règle générale d'explication.

Il est facile de comprendre pourquoi un individu qui a faim volerait; mais, de prime abord, il est plus difficile de comprendre pourquoi une personne bien rassasiée provenant d'un milieu aisé voudrait voler pour manger. Le réflexe est avant tout de rechercher de l'information supplémentaire pour vérifier si l'acte n'est pas rationnellement explicable. Si des motifs clairs sont découverts, l'acte n'en est pas moins déviant, mais il est au moins compris. Par contre, il se peut que de tels motifs ne soient pas trouvés. Comment réagir, par exemple, quand l'individu soutient de façon convaincue que le magasin duquel il a volé lui appartient, alors que la réalité est toute autre? Un tel motif amplifie le problème plus qu'il ne l'explique. De fait, la maladie mentale est soupçonnée en dernier recours lorsque l'action n'est pas explicable par des explications rationnelles relevant du sens commun. Si la déviance "normale" peut être expliquée en examinant les motifs et intentions, la médecine, par la psychiatrie, prétend pouvoir expliquer les actes "incompréhensibles" en soutenant qu'ils devraient être considérés comme une maladie (illness), et qu'ils sont liés à une pathologie sous-jacente d'ordre physique (disease) (ibid.,1975). "Forms of deviant behavior that are regarded by most people as

unintelligible, irrational and purposeless threaten the status quo more subtly and more profoundly than overt and intellegible forms." (Baruch et Treacher,1978,p.11)

Malheureusement pour elle, comme nous l'avons brièvement suggéré, et comme nous le verrons encore, ce sont des prétentions qu'elle arrive difficilement à démontrer objectivement; nous en examinerons les raisons plus loin.

C'est tout de même en maintenant cette analogie entre la folie et l'origine physique que le modèle médical traduit des problèmes sociaux et moraux en questions objectives et factuelles. En transformant le déviant en un patient mentalement malade, il isole et institutionnalise les problèmes qu'il pourrait causer, et de la sorte neutralise une menace à l'ordre rationnel. "Society relies on psychiatry to handle people who are disturbing." (Robitcher,1980,p.3)

D'ailleurs, et fait excessivement important dans notre analyse, les explications scientifico-médicales n'ont pas besoin d'être objectivement vraies. Elles ne doivent être que perçues comme étant vraies (subjectivement). En pratique, il ne leur suffit que d'être compatibles avec la conception dominante de l'ordre et du sens. Le rôle du psychiatre apparaît donc comme étant celui de donner un sens à l'incompréhensible, au chaotique; il doit rassurer, même si la façon qu'il choisi de le faire ne correspond pas à la réalité. (Moreux,1974)

3.22 L'autre critère

S'il est vrai que la psychiatrie essaie de démontrer l'existence objective de la maladie mentale, il est tout aussi vrai qu'elle y arrive difficilement. Teille qu'en sont les connaissances et les recherches actuelles, bien peu de maladies mentales ont été clairement démontrées comme étant d'origine physique. Un des seuls terrains sûrs pour la psychiatrie semble résider dans les désordres bi-polaires, qui donnent souvent lieu à la psychose maniaco-dépressive, dont l'étiologie d'origine bio-chimique semble avoir été isolée, mais dont la composante génético-héréditaire, bien que soupçonnée, n'a pas encore été élucidée. Pour ce qui est de la schizophrénie, concept psychiatrique peut-être le plus controversé et le plus ambigu, certaines recherches ont établi une corrélation entre les comportements apparament schizoïdes, et une anomalie génétique qui occasionerait un déséquilibre bio-chimique du cerveau. Des recherches plus récentes font un lien avec une infection virale lors du 2e trimestre de la grossesse. Faut-il garder un esprit ouvert quant à la possibilité de nouvelles découvertes. Mais, le caractère hétérogène des maladies mentales fait en sorte qu'il est fort douteux que toutes les maladies dites mentales soient d'origine physique. En l'absence de preuve concluante du fait pathologique, elle doit chercher ailleurs une justification de ses actions. (Castel,1981)

C'est en ayant recours à l'efficacité individuelle, à la fonctionnalité, comme cadre de référence que la psychiatrie considère comme pathologique ce qui ne l'est pas nécessairement. Même sans preuve d'une condition morbide sous-jacente, elle justifie tout de même ses actions par le biais d'un critère extérieur à l'individu; l'individu malade est celui qui n'est pas efficace, celui qui ne jouit pas ou à peine d'une fonctionnalité minimale.

Les critères définissant la fonctionnalité ne sont pas eux-mêmes clairement définis. Si une fonctionnalité minimale constitue un des aspects de la soi-disant "normalité", alors c'est le psychiatre qui se fera le représentant de la collectivité, et tentera de fonder son jugement sur ce qu'il perçoit être "normal" et "fonctionnel". Ce choix, toutefois, n'est pas si arbitraire qu'il pourrait le sembler, surtout tenant compte du fait qu'il ne détient aucune preuve certaine de l'existence d'une pathologie physique. Que faut-il par conséquent entendre par "fonctionnel"?

Au sens large, le terme fonctionnel réfère à un élément qui contribue à l'équilibre d'un tout, d'une ensemble plus large; l'élément "dysfonctionnel" contribue, comme il est facile de s'en douter, au déséquilibre, à la désorganisation de l'ensemble. Pour le fonctionnalisme, cet ensemble est bien évidemment la société.

L'individu fonctionnel est donc celui qui contribue à l'équilibre de la société. Ainsi, avec l'importance que prend le travail productif dans les sociétés capitalistes, l'efficacité

individuelle, la fonctionnalité passent par la capacité relative d'assumer son rôle dans la société, bref, de travailler et de consommer, ou tout au moins de ne pas gêner la fonctionnalité des autres dans leur recherche de l'efficacité. Est pathologique l'état de celui qui ne peut s'astreindre au travail suivi. "La santé a été assimilée à la capacité de travailler, et la maladie à l'incapacité. Il s'agit bien d'une équivalence sociale et non naturelle, toujours présente dans les secteurs d'activité où le travail commande." (Herzlich et Pierret, 1984, p.78)

La normalité se définit ainsi par des critères quantitatifs; les exigences du capitalisme dictent à la majorité des gens que la fonctionnalité passe par la recherche de l'efficacité dans tous les domaines de la vie (rationalité instrumentale), ce qui équivaut en grande partie, et à toute fin pratique, au travail productif, et à la consommation. (Arseneau et al., 1983) La majorité adhère à cette rationalité et, par la psychiatrie, isole ceux qui ne peuvent s'en tenir. Baruch et Treacher (1978, p.12) expriment clairement cette idée:

"It is because they no longer function within culturally prescribed roles that deviants threaten (and are seen as threatening) the economic and social fabric of society. Failure of an individual to work (or to function effectively within a family by supporting the breadwinner) because of mental illness is clearly a problem in a work-oriented society. Such individuals become incapable of supporting themselves, and if sufficiently large numbers of people were involved then the efficient functioning of society as a whole would be in question. Such forms of deviancy must clearly be regulated." (nous soulignons)

La vision rationnelle de la modernité a certes libéré la maladie des préjugés magiques, mythiques et religieux, mais les a toutefois remplacés par d'autres fondés sur des considérations économiques; la rationalisation n'a fait que changer la forme des préjugés. Dorénavant, ce sont des vertues économiques rationnelles telles l'efficacité, le succès économique se mesurant en dollars, et l'éthos de la concurrence qui règnent. Et parce que la maladie peut souvent nuire à l'atteinte d'une efficacité maximale, d'un rendement optimal, ou parce qu'elle peut être perçue comme étant un obstacle possible, sans l'être nécessairement, le malade peut rencontrer maintes difficultés dans un monde effréné où domine cette obsession pour l'efficacité. (Pasternack,1981)

La famille, de son côté, n'a bien souvent d'autre option que de dépendre de la psychiatrie pour alléger un fardeau de plus en plus insupportable; de cette façon, et bien des auteurs l'ont suggéré, elle peut paraître comme un complice de la psychiatrie. La complicité serait à notre avis un terme plutôt fort puisque la famille, elle-même victime des exigences sociétales, n'a guère de choix; c'est une question de survie. Il est difficile pour une unité familiale d'assurer un fonctionnement efficace , c'est-à-dire que ses membres puissent travailler, étudier, et se reposer, bref être "normaux", quand un de ses membres lui en empêche. "Relatives, with the tacit support of society, use the hospital to free themselves from madness." (Baruch et Treacher,1978,p.22)

Le visage de la psychiatrie (ou du moins un de ses visages) apparait donc plus clairement, celui du contrôle social. Il est possible de délirer tout en évitant la détection et l'étiquetage, tant et aussi longtemps que l'individu joue le jeu de la "normalité"; mais dès que le délire devient une entrave à son efficacité individuelle ou à celle d'autrui... Le critère distinctif est donc dans une certaine mesure le passage à l'acte; "la folie ne pose pas de problème si elle n'agit pas." (Rappard,1981,p.144)

La souffrance du malade, d'origine biologique ou non, est secondaire pour la psychiatrie. Si le diagnostic est d'abord social, donc relatif, elle agira plutôt parce que le malade mental pose problème. Comme nous l'avons démontré, historiquement, la psychiatrie ne s'est pas constituée pour alléger la souffrance, même si ceci peut être sa visée officielle. (Castel,1981) (Freeman,1979)

"When all is said and done, modern medicine, much of the time at least, has results, if not God, on its side. (...) Experts currently engaged in the control of deviance clearly do not. And yet, if asylums, and the activities of those running them, did not transform their inmates into upright citizens, they did at least get rid of troublesome people for the rest of us." (Scull,1976,p.303)

Cependant, grâce à la spécialisation de la connaissance et de l'expert, la psychiatrie ne récupère qu'une catégorie de "non-productifs", c'est-à-dire ceux dont le niveau fonctionnel est tel que, pour la protection de l'ordre, l'intervention est justifiée;

le fou fonctionne, mais à sa façon, et cette façon n'est pas compatible avec la conception dominante d'un fonctionnement adéquat. C'est pourquoi la psychiatrie ne peut récupérer, par exemple, le bénéficiaire du bien-être social qui, bien que non-productif, jouit d'un niveau fonctionnel qui ne menace pas l'ordre de la manière que la folie peut le faire. Ou encore, les personnes âgées non-productives, voire très peu fonctionnelles, ont tout de même des comportements plus compréhensibles et plus prévisibles pour le sens commun que ceux du fou; ils seront donc récupérés par d'autres types d'experts, le gérontologue, par exemple.

3.23 L'efficacité dans le traitement: les trois conséquences

C'est aussi un souci pour la plus grande efficacité qui prévaut dans le traitement. Celui-ci doit être le plus "rationnel" que possible; après tout, là sont les fondements du modèle médical sur lequel la psychiatrie s'appuie. Que signifie un traitement "rationnel" et "efficace" pour une institution de contrôle social? Pour la psychiatrie, il équivaut à une intervention toujours située à l'intérieur du système actuel, se limitant à l'ordre établi. Ce phénomène entraîne certaines conséquences importantes que nous devons examiner, à savoir l'intervention uniquement au niveau curatif, l'individualisation du problème, et le traitement ne passant presque uniquement que par la pharmaco-thérapie.

En matière de maladie mentale, notre système sanitaire n'agit qu'au niveau curatif, c'est-à-dire qu'il n'intervient qu'après que le "mal initial" soit fait. Or, si nous admettons que le social puisse jouer un rôle important dans l'étiologie de la maladie mentale, comme il le semble évident, alors donc toute intervention devrait viser aussi le social. De plus, il ne devrait pas se limiter au micro-social, puisque celui-ci est largement fonction de facteurs relevant du macro-social. Les problèmes familiaux (micro-social), par exemple, sont clairement liés aux conjonctures macro-sociales économiques et politiques. Mais ceci exigerait de trop grandes modifications de l'ordre social, ce qui serait, au yeux de la rationalité dominante et de ceux qui en profitent, moins efficace que de réduire le problème à un niveau individuel. Il devient par conséquent plus rentable de localiser la déficience dans le patient. "Alors que la plupart des professionnels "modernes" admettent que tout problème individuel prend racine dans le contexte socio-politique, les solutions offertes en général par les services, elles, isolent les individus du contexte." (McKnight, 1977, p.12) C'est le problème de l'individualisation. (Herzlich et Pierret, 1984) Fait d'ailleurs curieux, la profession médicale, du moins dans une certaine mesure, semble être consciente de ce problème. Dans un article qui parut dans le "British Medical Journal" en 1968, il est admis que "there is a growing danger that society will use

psychiatry to gloss over its own short-comings and ill by making its victims patients." (Baruch et Treacher, 1978, p.11)

Toutefois, il faut se garer de faire du sociologisme à outrance! Nous ne prétendons aucunement que l'intervention uniquement au niveau social règlera une fois pour toute le problème de la maladie mentale (et tous les autres problèmes en l'occurrence). Il faut reconnaître, comme nous l'avons souligné, que certaines maladies mentales puissent avoir véritablement une origine biologique. Seulement, faut-il aussi redonner au social la place qu'il mérite. Une analyse multi-causale s'impose. La reconnaissance du fait pathologique est d'abord chose sociale, et nous avons vu comment la modernité est venue modifier la perception sociale de la folie (impératifs de travail, recherche incessante de la plus grande efficacité). Mais le social peut aussi constituer un facteur dans l'étiologie même de la maladie.

D'une part, il est clair que, du moins pour certaines affections, le psycho-social à lui seul peut causer la maladie, sans qu'il y ait pour autant de pathologie biologique; c'est le cas, par exemple, des dépressions réactionnelles. Aussi, plus généralement parlant, il faut retenir l'hypothèse que nos sociétés modernes, avec les contraintes qu'elles imposent à l'individu, affectent de façon directe la psyché, de sorte qu'elles puissent créer "les conditions pour que la fréquence (de la folie) augmente; elles fabriquent des personnalités spécifiquement vulnérables. (Gauchet et Swain, 1982, p.77) Plus

spécifiquement, "surmenage, fatigue, nervosité, dépression, asthénie, troubles mentaux (...) sont considérés comme des maladies de la vie moderne liées à la vie urbaine, dans lesquelles conditions de travail, temps de transport, logement, alimentation, sont indissociables et forment un ensemble pathogène, engendrent un mal du siècle." (Herzlich et Pierret, 1984, p.91)

Par ailleurs, les psychiatres reconnaissent volontiers que ce sont des éléments environnementaux qui agissent bien souvent en tant qu'agents déclencheurs. Dans cette perspective, les conditions biologiques (i.e. constitution génétique pathogène) ne sont pas suffisantes puisqu'un gène ne produit pas nécessairement d'effet. En jargon médical, le gène en soi porte le nom de "génotype" qui se manifeste physiquement par le "phénotype". L'environnement serait donc un facteur qui permettrait au génotype de produire le phénotype; mais toujours, deux ordres de facteurs sont nécessaires. (Maxmen, 1986) Déjà, l'importance du socio-environnemental, et la psychiatrie le reconnaît partiellement, est prépondérante.

Nous croyons toutefois que le social peut intervenir à un autre niveau que la psychiatrie ne peut percevoir puisqu'elle ne retourne pas assez loin dans la chaîne de causalité. Elle affirme, par exemple, que la schizophrénie est d'origine biologique (sans trop de preuve actuellement), et cette explication lui satisfait. Ceci est théoriquement possible, mais

une autre hypothèse est tout aussi théoriquement possible; celle que la pathologie donnant lieu à la maladie mentale soit elle-même d'origine socio-environnementale. Le discours psychiatrique aurait tendance à prendre comme cause ce qui pourrait être en fait conséquence d'un phénomène extérieur plus large; c'est le problème que nous nommons "l'inversion cause-conséquence". (Ingleby,1980)

Au niveau environnemental, des mutations génétiques ont déjà été découvertes dans plusieurs espèces animales. Les scientifiques ont clairement établi un lien entre ces mutations et les divers polluants industriels déversés en quantités effroyables. Nos régimes alimentaires se sont aussi drastiquement modifiés avec l'ère moderne, et nous absorbons de plus en plus de produits chimiques et d'agents de préservation dont les effets à long terme n'ont en grande mesure pas été cernés. Plusieurs cancers sont aussi d'origine environnementale. Toutes les maladies ne s'expliquent pas en ces termes, mais il faut retenir l'hypothèse. (Illich,1975)

Au niveau social, il semble évident que des facteurs sociaux peuvent aussi être à l'origine de changements biologiques. Selon un psychiatre américain, "in more clinical research, evidence suggests that continually unable to cope may induce the abnormal physiologies of depression. For some people, it's quite likely that the death of a loved one or the loss of a job may trigger depression's biological changes." (Maxmen,1986,p.146)

A un niveau plus large, il est concevable que les bouleversements culturels et sociaux modifient la nature biologique de l'être humain, y compris le tableau psychopathologique. A mesure que le processus de rationalisation se déroule à un rythme déchaîné dans nos sociétés, et que le monde se complexifie, il va de soi que nous sommes bombardés par un nombre toujours croissant de stimulations sensorielles et psychologiques. Nos ancêtres considèreraient peut-être notre rythme acharné de vie comme incompréhensible et dangereux. Parallèlement, leur genre de vie nous semblerait probablement ennuyeux. Or, "en raison de cette stimulation neuro-glandulaire et du conditionnement cérébral différent qui en résulte, notre constitution psycho-biologique est très différente de celle de nos ancêtres, avec une psychopathologie différente."
(Ellenberger, 1960, p.286)

Nous croyons avoir clairement établi que les facteurs socio-environnementaux ne sont pas à sous-estimer, et que l'incidence de la maladie mentale est largement liée à la nature de nos sociétés modernes. "Une partie importante de la pathologie et de la mortalité n'est attribuable ni aux fléaux de la nature ni à nos gènes, mais constitue plutôt une mesure de souffrance causée par l'organisation sociale et économique actuelle de notre société." (Bozzini et al., 1986, p.179)

Quoiqu'il en soit, plutôt que de remettre en question les fondements d'une société aussi rationnelle, le système social

tend à se défendre en exigeant que l'individu, lui, s'adapte à l'environnement; le fardeau de l'adaptation lui incombe. C'est la psychiatrie qui tentera de lui fournir les moyens nécessaires à l'équilibre individu-société. La déficience n'est recherchée, comme nous l'avons constaté, que dans le "malade". "La maladie dont est atteinte la communauté entière, lui seul doit en souffrir." (Delacampagne,1974,p.178)

Par souci de rentabilité, elle évite de considérer certains déterminants, et évacue les variables "macro-socio-environnementales". "On occulte, élimine, méconnaît ou ignore les racines sociales et politiques, souvent déterminantes à l'origine." (Lefebvre et al.,1985,p.39) Ceci concorde bien avec le modèle médical. "Medicine stressed the importance of pathological processes within the individual while largely ignoring the social and economic factors that inevitably influenced disease processes." (Baruch et Treacher,1978,p.25)

Il s'ensuit un traitement qui constitue une conséquence logique de l'adhésion à la rationalité instrumentale: la pharmaco-thérapie. Nous avons vu que la psychiatrie avait une double vocation, soit celle à la fois du contrôle social, et de la thérapie. Or, la pharmaco-thérapie s'inscrit parfaitement dans cette double vocation. D'une part, même en l'absence de connaissances certaines en matière d'étiologie, elle constitue un moyen plus efficace de contrôler; la science investit là où il a besoin. Mais aussi, pour la première fois, la psychiatrie peut,

et ce plus légitimement que jamais, prétendre au statut d'institution thérapeutique grâce à la pharmaco-thérapie. La psychiatrie aura donc dû attendre le milieu du 20e siècle pour que la pharmaco-thérapie lui confère enfin une véritable capacité de soulagement de la souffrance.

Examinons brièvement l'arsenal psychiatrique, tel qu'il est apparu historiquement. La thérapie électro-convulsive fut développée à partir de 1938 par Cerletti et Bini qui s'aperçurent qu'elle était plus efficace et moins dispendieuse que les anciennes méthodes de traitements électro-convulsifs. Bien qu'elle allège les symptômes de certaines affections, notamment les dépressions endogènes, son mécanisme d'action n'a pas encore été clairement élucidé. La psycho-chirurgie, de son côté, fut introduite en 1935 alors que la première lobotomie était tentée sur un être humain. Il avait été remarqué qu'elle rendait des singes agressifs beaucoup plus dociles. Chez les humains, par contre, il s'en suivait souvent un état de catatonie qui transformait, comme le veut l'expression populaire, le patient en véritable légume. Elle devint de plus en plus rarement pratiquée, moins parce que des recherches objectives démontraient son inefficacité, que parce que la pratique psychiatrique fut modifiée par l'introduction de nouvelles drogues psychotropes. Bien que certaines substances chimiques aient été utilisées auparavant, le premier développement important en matière de pharmaco-thérapie s'est produit en 1952 alors que furent

découverts les effets bénéfiques de la chlorpromazine (Thorazine) dans le traitement des psychoses. Suivirent par après de nombreuses recherches qui aboutirent à la mise en marché de toute une panoplie de neuroleptiques (médicaments anti-psychotiques), et d'anxiolitiques (tranquillisants, hypno-sédatifs). Aussi, deux grandes familles d'anti-dépresseurs émergèrent (les tricycliques et les inhibiteurs de monoamine oxidase). (Baruch et Treacher,1978) (Maxmen,1986)

Toutefois, abstraction faite de quelques exceptions comme certaines dépressions endogènes, la pharmaco-thérapie ne peut qu'alléger la souffrance et stabiliser l'état; elle n'est pas une cure, elle ne guérit pas. Même pour les les maladies où elle semble être très efficace (i.e. désordres bi-polaires), elle n'exerce qu'un rôle palliatif (Lefebvre et al.,1985). De plus, les médicaments ont bien souvent des effets secondaires à ce point inconfortables que plusieurs patients se refusent d'en prendre, préférant tolérer les symptômes de leur maladie. Somme toute, l'efficacité de la pharmaco-thérapie est à la fois limitée et douteuse.

Si la pharmaco-thérapie, et, dans une certaine mesure, le reste de l'arsenal psychiatrique, soulagent, voilà certes chose louable. Seulement, il ne faut pas perdre de vue que, ce faisant, elle masque la nécessité de tenir compte des facteurs extérieurs. Si les problèmes de la vie en société moderne jouent dans l'incidence de la maladie mentale, alors donc il est évident que

la maladie mentale continuera à se perpétuer si la pharmacothérapie n'intervient qu'au niveau individuel. Il serait utopique de prétendre que l'action sociale à elle seule réglerait tous les problèmes, mais nul doute qu'elle est susceptible de réduire la clientèle de la psychiatrie! "L'explication de la maladie déborde ainsi les réponses de la médecine parce qu'elle est recherche d'un sens qui les dépasse." (Herzlich et Pierret, 1984, p.134)

Mais le système en a choisi autrement. Il préfère n'agir qu'au niveau curatif. Après avoir individualisé le problème, la psychiatrie reporte une large part des problèmes à plus tard par la pharmacothérapie. Les conséquences sont d'importance capitale. Il en résulte que la maladie mentale se voit réduite à un simple problème technique, dont la résolution réside dans le choix du meilleur médicament, c'est-à-dire du plus efficace. Tout comme le chômage qui sera vaincu par les formules fournies par les sciences économiques, la maladie trouvera sa solution dans l'absorption de petites pilules. La folie ne concerne plus que l'expert, alors que, sous plusieurs de ses aspects, elle devrait être adressée par tous. "The process feeds on itself, transforming more and more human problems and situations into specialized technical problems to be solved by so-called mental professionals." (Szasz, 1973, p.505)

Il va de soi qu'une telle réduction, une telle mise en pièce de la réalité occasionne une perte de l'image de la totalité du phénomène. A partir du moment où le problème ne devient que

à'ordre technique, il se produit une perte de la vue globale du problème; on ne perçoit plus l'individu en tant que membre d'une collectivité, mais bien en tant que siège d'une défaillance qui sera résolue par les médicaments. Encore, Lukács nous en avait pourtant bien averti des dangers. Par la science, le problème et sa solution se sont tellement spécialisés qu'il devient difficile d'en cerner la totalité du phénomène. (Lukács,1960)

CHAPITRE QUATRIEME

LES IMPLICATIONS SOCIO-POLITIQUES

Nous avons jusqu'ici examiné les rouages de la relation symbiotique que nous avons suggéré entre les différentes facettes de la folie, de l'organisation sociale, et de la rationalité. Ce dernier chapitre se propose, à titre exploratoire, d'examiner une autre dimension possible de la problématique. Nous croyons avoir clairement démontré la nécessité de l'appareil psychiatrique dans nos sociétés. Or, une autre question se pose: qui profite de l'état de chose que nous avons décrit et analysé jusqu'à présent? C'est donc autour de cette question que nous articulerons cette dernière étape de notre démarche.

4.1 La psychiatrie en tant que force conservatrice

En tant que, et comme tout appareil de contrôle social, la psychiatrie peut être considérée comme une force conservatrice, bien que son caractère répressif soit quelque peu plus masqué que dans d'autres institutions. Ceci est évidemment lié au fait que la psychiatrie aspire également et d'abord au statut d'institution thérapeutique. La répression psychiatrique adopte une forme institutionnelle, au véritable sens sociologique du terme. "Institution", au sens wéberien (Weber, 1965), puisqu'elle comporte des règlements rationnels établis par certains individus et un appareil de contrainte conçu comme un élément contribuant à déterminer l'activité; la réglementation y est octroyée, imposée

dans le but d'une certaine domination du "fou". D'ailleurs, c'est peut-être Goffman qui a le mieux décrit les principales caractéristiques de ce qu'il appelle les "total institutions"; il note la concentration du pouvoir et des activités dans un espace restreint, ainsi que le traitement standardisé, une réglementation sévère, et l'intégration des activités dans un unique plan rationnel cherchant à mettre en pratique les visées officielles de l'institution. (Goffman, 1961)

Malgré tout, sa dimension répressive transparait assez facilement, et c'est pourquoi nous croyons important de cerner sa nature conservatrice pour comprendre le rôle bien particulier qu'elle joue dans la structure de notre système social.

Premier constat, d'ailleurs évident: la psychiatrie sert l'ordre social actuel. Son objectif n'est certes pas de remettre en question les grands principes qui fondent nos sociétés (recherche incessante de la plus grande efficacité, inégalités sociales, consommation effrainée, etc.), mais bien de les perpétuer en tentant de ramener le malade à l'ordre normatif possiblement pathogène.

Le rôle des intervenants est particulièrement décisif à ce niveau.

"Les intervenants en santé mentale sont des agents de transmission de l'idéologie dominante, qui renforcent l'individualisme comme valeur sociale, en proposant des explications et des solutions individualisantes et

masquent les contradictions du système social en ne les dénonçant pas, bref en faisant des conditions de vie naturelles." (Girard,1985,p.132)

Tel que le soutient Portland (1979,p.70), "psychiatry is far from neutral. Shrinks generally come from middle or upper class backgrounds; their training thoroughly reinforces ruling class values, and they in turn become one of their class' main enforcers."

La psychiatrie ne considère donc pas l'option d'une remise en question de l'organisation sociale actuelle, et la fait paraître comme allant de soi, voire même désirable. Son rôle "de droite" vient du fait qu'elle veille au respect et au maintien de la norme dominante, et aussi du fait qu'elle devient instrument idéologique quand elle pose le problème en termes individuels, portant ainsi à croire que les problèmes ne peuvent venir d'une société malade. (St-Amand,1985) L'ordre social pourrait être compromis si les masses se mettaient à croire que les problèmes étaient générés en fait par ce même ordre social!

Conséquemment, un autre ordre de questions se pose. La santé des populations est-elle pour la psychiatrie une fin en soi, unique et ultime (la santé pour la santé)? Notre survol historique semble déjà avoir répondu à cette question par la négative. Faut-il plutôt parler de santé pour le profit? Et le profit de qui? De prime abord, il est clair que la psychiatrie agit consciemment pour le bien de l'individu, c'est-à-dire selon

elle dans son intérêt. Seulement, elle n'a pas conscience de son caractère répressif lié à sa fonction de contrôle social. C'est ce qui fait en sorte qu'elle agit aussi dans l'intérêt et pour le bien de la société; et cette société en est une fondée sur l'inégalité sociale. Dans ce sens, la psychiatrie protège et perpétue ces mêmes inégalités. Il n'est donc pas évident qu'elle agit objectivement dans l'intérêt de l'individu puisqu'elle tente de le soigner sans toucher aux structures qui génèrent dans une grande mesure les diverses pathologies.

La notion d'"effet pervers", développée surtout par Raymond Boudon, semble particulièrement pertinente à notre analyse. Elle s'apparente au concept wéberien de "paradoxe des conséquences". Voici donc comment Boudon définit cette idée:

"Il s'agit des effets individuels ou collectifs qui résultent de la juxtaposition de comportements individuels sans être inclus dans les objectifs recherchés par les acteurs. (...) Les individus peuvent atteindre l'objectif qu'ils recherchaient effectivement, mais avoir à supporter en même temps des désagréments non recherchés. Ils peuvent non seulement atteindre l'objectif recherché, mais recueillir en même temps des bienfaits non recherchés. Ils peuvent atteindre leur objectif individuels mais produire parallèlement des maux collectifs, ou au contraire produire des biens collectifs non explicitement recherchés. (...) Ils peuvent non seulement atteindre un résultat individuel différent de l'objectif visé, mais produire parallèlement soit des maux soit des biens collectifs non inclus dans leurs objectifs. Enfin, (...) biens et maux collectifs parallèles, c'est-à-dire non inclus dans les objectifs des acteurs, peuvent être des biens et maux non pour la totalité des sociétaires, mais pour certains d'entre eux seulement." (Boudon, 1977, p.10)

Or, si nous tentons d'appliquer ce schème à notre problématique, il nous faut d'abord établir que la psychiatrie recherche effectivement de façon consciente certains objectifs. C'est ici qu'intervient sa vocation thérapeutique; il faut bien reconnaître que la majorité des intervenants en santé mentale ont des intentions tout à fait louables d'aider la personne en détresse. Toutefois, et ce faisant, la psychiatrie devient un appareil de contrôle social qui, comme tout autre appareil de contrôle (mais d'une façon différente), veille au bon fonctionnement de la société actuelle, et au maintien de son ordre. Elle ne le recherche peut-être pas consciemment, mais, et là réside l'effet pervers, c'est en fait ce qu'elle fait. L'exercice de sa fonction de contrôle social est peut-être un bien pour certains groupes qui profitent d'un capitalisme "en santé", mais peut tout autant constituer un mal pour d'autres qui n'ont rien à gagner de son bon fonctionnement.

C'est ainsi qu'à un premier niveau, la psychiatrie sert les intérêts de l'énorme industrie sanitaire et pharmaceutique. Elle lui fournit la clientèle nécessaire, sans quoi ses profits faramineux chuteraient considérablement. Il est toutefois difficile d'évaluer l'ordre de ces profits en ce qui concerne les médicaments psychiatriques, étant donné le relatif silence des compagnies pharmaceutiques, et aussi étant donné le fait que ces médicaments (anxiolitiques, anti-dépresseurs et anti-psychotiques) ne sont pas utilisés uniquement dans un contexte

psychiatrique. A un niveau plus général, elle sert les intérêts de ceux qui profitent du bon fonctionnement de la société capitaliste.

Dans une perspective marxiste plus orthodoxe, nous pourrions soutenir que la bourgeoisie a besoin d'un instrument qui s'occupera de ceux qui nuisent à l'efficacité du système, puisqu'elle en tire profit. C'est beaucoup grâce à la raison instrumentale que la bourgeoisie a pu se développer; elle doit donc la défendre. Il n'y a pas toutefois que la bourgeoisie qui profite du maintien de cet ordre. Le prolétariat sans conscience de classe joue aussi le même jeu, et ne veut pas être dérangé par le "fou" quand il assume le rôle de travailleur à la recherche de la réussite, voire du statut de bourgeois, grand rêve de plusieurs. Si la rationalisation a profité davantage à certains, la psychiatrie tente de faire en sorte qu'ils continuent à en profiter.

Quoiqu'il en soit, et fait d'ailleurs très intéressant, la psychiatrie, et conséquemment le système social, sortent gagnants, que la psychiatrie arrive ou non à rétablir une bonne dose de raison dans le fou. D'une part, s'il est ramené à la norme, si la réinsertion sociale est une réussite, il redevient être fonctionnel qui produit et qui consomme, ou tout au moins qui ne gêne plus. "Each individual capitalist will want his workers to be healthy, clean and tidy in so far as these contribute to efficient production." (Turner,1987,p.27) S'il ne

produit pas, sa pension fera du moins en sorte qu'il consomme; elle apparaît donc comme une subvention à l'industrie (ou aux intérêts capitalistes, si on veut). Dans ce sens, tenant compte de l'importance de la productivité et de la consommation individuelle dans nos sociétés, le malade a à la fois le droit, mais aussi le devoir de guérir. (Herzlich et Pierret, 1984)

D'autre part, s'il doit demeurer institutionnalisé, comme nous l'avons vu, il nourrit encore l'industrie ou plutôt profite à l'industrie sanitaire qui tourne autour de ces soins. Son "hypofonctionnalité" est récupérée par le système qui trouve moyen d'en tirer profit, puisqu'un immense marché et une multitude d'emplois sont aujourd'hui centrés autour des soins psychiatriques, de la recherche, de l'industrie pharmaceutique, etc.,. C'est pourquoi certains, comme McKnight, prétendent que le système a de plus en plus besoin de ces malades. (McKnight, 1977)

4.2 Possibilité de changement, les options, les alternatives: quelques remarques

Nous avons vu dans le chapitre précédent que, de par les limites inhérentes imposées par le modèle médical, l'efficacité de la psychiatrie comporte elle aussi des limites. Dans la mesure où elle n'agit qu'au niveau curatif, par la pharmaco-thérapie, en individualisant le problème, elle ne modifie aucunement l'ensemble des conditions sociales et l'ordre actuel, pourtant déterminants dans la genèse de ces affections. En se limitant au

niveau curatif, "les problèmes continuent donc d'exister et la personne aura encore besoin de ces services. (...) La nature des services diminue son champ d'action sociale et maintient le statu quo, en l'empêchant de voir comment elle pourrait lutter pour changer les conditions objectives de sa vie." (Arseneau et al., 1983,p.20) Certains médecins ont conscience de cette impasse qui prend l'allure d'un cercle vicieux. L'un d'eux, se confiant très lucidement au sociologue Marc Renaud, résume ainsi métaphoriquement la frustration qui l'anime:

"Vous savez, il y a des jours où je me sens un peu comme ceci. Me voici sur le bord d'une rivière qui coule doucement et j'entends des cris d'un homme qui est en train de se noyer. Je saute à l'eau, je place mes bras autour de lui, je le tire sur le rivage et lui donne la respiration artificielle. Juste au moment où il se remet à respirer, il y a un autre cri au secours. Je resaute donc à l'eau, rejoins la personne et lui donne la respiration artificielle. Juste au moment où elle reprend vie, il y a un autre cri. Je resaute, attrape, tire, donne la respiration et puis il y a un autre hurlement. Encore et encore sans fin. Vous savez, je suis tellement occupé à plonger, à les attraper, à les tirer et à leur donner la respiration artificielle que je n'ai pas le temps de voir qui diable! est en haut de la rivière à les pousser tous à l'eau..." (ibid.,1983,p.22)

Nous tenons ce passage comme très révélateur.

Une attaque plus efficace de la folie devrait donc inclure une remise en question de l'ensemble du fonctionnement de nos sociétés. Or, pour accomplir une telle tâche, il n'est pas suffisant de soigner le malade, et il n'est pas nécessaire d'être psychiatre ou intervenant, mais bien "citoyen", et contribuer à repenser la société. Tout traitement qui passe par les services

(psychiatrie, psychothérapie, etc.,) individualise le problème, et nous en connaissons les conséquences. Comment réformer ces services pour échapper à ces lacunes sans retomber dans le même piège?

Il est évident que d'exiger de la psychiatrie une plus grande efficacité correspondrait à lui demander de se nier elle-même, puisque l'intervention psychiatrique n'a plus de pertinence à ce niveau; seuls l'action sociale et le changement social sont pertinents. (Baruch et Treacher, 1978) Elle doit toutefois afficher un minimum d'efficacité, ce qu'elle arrive à faire grâce au modèle médical. Sa situation inconfortable ressemble métaphoriquement à celle dans laquelle se retrouve le syndicalisme. Tous deux se doivent d'être au moins minimalement efficaces, sans quoi l'aide serait recherchée ailleurs et la demande se résorberait. Un syndicat doit négocier de bonnes conventions collectives, et la psychiatrie doit procurer un certain soulagement. Mais, par contre, la résolution des conflits qui justifie leur existence (en totalité ou en grande partie), en cherchant à être davantage ou même trop efficace par l'action en vue du changement, risque aussi de supprimer le besoin de tels appareils. Ils doivent donc prouver qu'ils ont un légitime droit à l'existence, sans toutefois s'embarquer dans des voies qui entraîneraient leur fin. Juste assez efficaces, mais pas trop! Il est juste de se demander dans quelle mesure le modèle médical et

le changement social sont compatibles. L'option de la réforme psychiatrique a donc une portée limitée.

Mais comment repenser et changer la société? Quel type d'action sociale faut-il favoriser? D'une part, la réforme parlementaire a aussi ses limites. D'autre part, une action révolutionnaire risque peut-être de reproduire les mêmes horreurs, et aboutir à une organisation sociale pas plus désirable. Les rêves marxistes d'une modification profonde se sont heurtés à de nombreuses embûches. Nous n'avons aucune réponse à fournir, symptôme de la crise actuelle des paradigmes.

4.21 Le mouvement antipsychiatrique

Au niveau d'un dépassement possible de la psychiatrie, certaines expériences ont déjà été tentées. Le mouvement antipsychiatrique constitue une de ces tentatives. Il propose une critique intéressante du capitalisme, mais n'aboutit à aucune praxis valable, étant incapable de développer des alliances avec des forces sociales extérieures susceptibles de faire front commun. Il a tout de même ouvert des voies qui promettent en suggérant d'étudier davantage la société mentalement et physiquement destructrice que ses victimes. (Brown, 1984)
(Castel, R., 1981)

Les représentants les plus importants et les plus connus de ce mouvement sont sans contredit R.D. Laing et David Cooper. Graduellement, deux écoles se formèrent, à savoir l'école

britannique et l'école nord-américaine. La plus ancienne, l'école britannique, fut inspirée par Laing et Cooper. Elle entama d'abord une critique de la structure de la famille, et de son rôle dans la genèse de la maladie mentale. Son analyse devint de plus en plus abstraite, et se dirigea lentement vers une critique des structures sociales opprimantes du capitalisme. Elle s'opposait particulièrement aux effets du processus de rationalisation occidentale, qu'il s'agisse de la bureaucratisation croissante, de la scientificité ou de la technocratie, toutes sources de déshumanisation du monde et de soumission aux exigences de l'efficacité. Dans un monde aussi complexe et exigeant, la folie a pu apparaître pour l'anti-psychiatrie comme un havre. Une de ses craintes essentielles est celle de la réduction par le modèle médico-scientifique de l'être humain à un complexe physico-chimique. (Moreux,1974)

Au niveau pratique, certaines expériences connurent un succès éphémère. Par exemple, Laing mis sur pied un programme de traitement alternatif, le "Kingsley Hall". Cooper, de son côté, fonda la Villa-21. "Sadly, however, their writings of the 1970's have abandoned many of their own earlier insights and have, instead, degenerated into non-political directions." (Portland,1979,p.22)

Au niveau de leur critique de la psychiatrie, ils ne manquèrent pas l'occasion de dénoncer certaines pratiques qu'ils considéraient abusives, notamment l'administration forcée de

drogues, la thérapie électro-convulsive, l'utilisation de patients en tant que cobayes, et aussi le recours à la détention forcée, connue ici sous le nom de "cure fermée". L'anti-psychiatrie s'oppose par ailleurs farouchement à l'hégémonie du médecin dans la hiérarchie médicale. Les antipsychiatres tentèrent aussi dans leurs écrits de démontrer comment l'institution psychiatrique répressive peut effectivement avoir un effet nocif sur la santé, un effet "contre-thérapeutique".

En ce qui a trait aux possibilités de changement, certaines factions s'identifièrent clairement avec le marxisme révolutionnaire, comme en témoigne cet extrait d'une revue anti-psychiatrique:

"Psychiatry is not a field of healing, but of social control. The "mental health" system is an industry that produces physical illness and emotional misery, not health. We do not believe that the oppressiveness of the mental illness system can be combatted in and of itself, isolated from other oppressive systems in this country. The mental illness system supports and is supported by the institutions of racism, sexism, classism, ageism, and capitalism. Therefore, we believe that the mental illness system will only be overthrown as the institutions of racism, sexism, classism and capitalism are overthrown. (ibid.,p.73)

Un problème évident du mouvement est le déterminisme étroit et extrême de sa vision qui mène à une généralisation totale. "C'est la famille, l'hôpital psychiatrique et, par ses instances diverses, la société, qui est désignée comme la cause dominante, voire unique, de la folie de ses membres." (Moreux,1974,p.21) C'est la société qui cause tout! Cette perspective quelque peu

bornée omet la possibilité théorique d'autres agents causaux, et pousse à croire que seules les sociétés sont folles.

4.22 La désinstitutionnalisation

Un autre échec de la réforme psychiatrique fut le mouvement de désinstitutionnalisation, amorcé au début des années '70. Les intentions premières étaient bonnes: réduire autant que possible la population institutionnalisée en la remplaçant dans un environnement dit "naturel", c'est-à-dire la communauté. L'idée était prometteuse, et l'hypothèse était simple: pourquoi garder un malade en milieu institutionnel alors que les mêmes services pourraient être offerts dans la communauté? Le malade se remettrait plus rapidement sur le chemin de la convalescence, la probabilité de rechute serait réduite avec un bon suivi, et les coûts encourus par l'Etat seraient minimisés. (Castel, F., et al., 1979)

"La politique de désinstitutionnalisation visait entre autres à retourner dans la communauté tous les patients institutionnalisés en offrant une préparation adéquate à leur nouvelle vie, enfin, à développer et maintenir des réseaux de soutien et d'encadrement dans la communauté pour les nouveaux malades non encore institutionnalisés par l'hospitalisation d'antan." (Lefebvre et al., 1985, p.21)

Toutefois, "on ne tarda pas de constater que les bonnes intentions de cette politique et l'enthousiasme qu'elle suscita s'estompèrent rapidement." (ibid., 1985, p.21) Le programme se heurta rapidement à de nombreuses difficultés, toutes s'articulant autour du même problème: les infrastructures mises

sur pied dans la communauté furent inadéquates. La demande des services dépassait l'offre. Les intervenants autant que les malades étaient mal préparés. La communauté était généralement réticente à avoir dans le voisinage de tels malades. Les propriétaires craignaient une chute des valeurs immobilières. Somme toute, les malades déjà vulnérables se retrouvèrent avec d'autres problèmes qui ne faisaient que repirer la cause. Plusieurs se retrouvèrent dans le cercle vicieux de l'itinérance et des drogues illicites. Aussi, une grande proportion des malades décompensaient considérablement et retournaient régulièrement en milieu institutionnel, donnant naissance à la politique de la "porte tournante" (revolving door phenomenon).

De plus, et surtout, la désinstitutionnalisation n'était qu'une politique, un essai qui pouvait être abandonnés (et l'a effectivement été) en cas d'échec. Elle n'a concerné que les moins malades, les autres devant demeurer sous le joug de la psychiatrie. Elle n'élimine donc pas le besoin de la psychiatrie; elle ne fait qu'en réduire le besoin. Qu'il y ait ou non désinstitutionnalisation, et si cette question refaisait à nouveau surface dans l'arène politique, il y aurait de toute façon encore nécessité d'un appareil comme la psychiatrie pour s'occuper des cas les plus lourds.

4.23 Les problèmes et les limites de la prévention

Une avenue encore plus intéressante est celle de la prévention, puisque c'est peut-être par elle que la nécessité de la psychiatrie pourrait être considérablement réduite. Or, il faut définir ce que nous entendons par "prévention". Celle-ci peut se faire à différents niveaux. Ainsi, il faut distinguer entre la prévention primaire, secondaire, et tertiaire. Selon Caplan:

"La prévention primaire tente de modifier les facteurs qui rendent la communauté pathologique ou pathogène. La prévention secondaire se donne une cible plus restreinte et plus spécifique, la population des sujets déjà repérés individuellement comme particulièrement vulnérables, et elle tente d'éviter leur décompensation par des actions individuelles ou plus souvent collectives, directes ou indirectes. La prévention tertiaire concerne des patients définis de façon plus traditionnelle. Il s'agit d'empêcher les séquelles d'un état pathologique confirmé d'être invalidantes pour le sujet, ou au moins d'en limiter les conséquences."
(Castel, F., et al., 1979, p.151)

La prévention la plus profitable à long terme, et celle qui concerne davantage la sociologie, est de toute évidence la prévention primaire. Mais les mêmes questions se posent à nouveau. Quel type d'action est la plus efficace? L'action réformiste qui aide ici maintenant, mais qui doit manoeuvrer dans les limites de toute réforme? Ou encore l'action animée par un projet révolutionnaire (ce que certains considèrent être la "véritable" prévention) qui a peut-être une portée plus profonde, mais qui risque d'aboutir à des horreurs, et qui de toute façon oublie ceux qui pendant ce temps souffrent encore? D'ailleurs,

pour plusieurs marxistes, cette véritable prévention, la solution ultime, serait le démantèlement du monopole médical qui viendrait avec le démantèlement de la société capitaliste (nous l'avons vu chez les antipsychiatres marxistes), et l'établissement d'une société juste pour tous. "Seule ombre à ce tableau: la conception de ce qu'est une société juste n'est pas la même pour tous! Et la société juste de Marx où tous donneront selon leurs talents et tous recevront selon leurs besoins, relève encore de l'utopie." (Boudreau, 1984, p.221) D'autres marxistes rétorquent que la prévention telle qu'elle est actuellement entendue, relève tout autant de l'utopie, en vertu de certaines lois inhérentes au capitalisme. Ainsi, selon Polack (1971, p.45):

Une des démarches fondamentales du capitalisme, quel que soit le degré de planification prétendument atteint par ses techniciens, consiste à réduire autant que faire se peut, la part des dépenses en biens collectifs (logement, éducation, santé), au profit d'une production de biens individuels de consommation. C'est exactement au creux de cette loi de la production capitaliste que gît l'impossibilité d'une politique de prévention."

Dans un chapitre du livre "Psychothérapies; Attention" (Arseneau et al., 1983) intitulé "Non à la prévention", Camil Bouchard esquisse un peu les problèmes et les limites de la prévention. Il propose un modèle qui s'apparente à la prévention primaire, le modèle écologique, dans lequel le terme "prévention" doit faire place à la "promotion". Pour lui, la prévention relève trop du modèle psycho-médical organique qui individualise le problème.

"Prévenir, c'est empêcher la détérioration. Promouvoir, c'est encourager le développement. Prévenir est possible sans que l'on ait besoin de changer l'environnement, mais, la prévention devient alors une autre opération de sauvetage curatif magnifiquement déguisée.(...) La promotion devrait être un effort consenti, lucide, annoncé, défendu, soutenu et radical de changement social et d'encouragement au développement individuel. (ibid.,1983,p.220)

Bouchard admet n'avoir aucune recette magique pour en arriver à un tel changement. Il propose une direction de pensée, une ébauche encore au stade embryonnaire. Ainsi, il suggère par exemple la mise sur pied de "centres d'intervention sociale", dont le mandat général serait d'éduquer la population (les politiciens inclus), et d'entreprendre des recherches en vue de la formulation de politiques plus adaptées à la réalité sociale. L'intervention doit viser à la fois, et dans une même optique, et l'individu et les conditions de vie dans lesquelles il évolue quotidiennement.

CONCLUSION

L'objectif de cette thèse était de vérifier dans quelle mesure les concepts de rationalité et de rationalisation pouvaient nous éclairer en matière d'évolution historique de la perception et de la réaction sociales face à un type de déviance, la folie. Nous croyons avoir effectivement confirmé l'existence d'une relation symbiotique entre ces derniers. Le concept de rationalisation a été particulièrement utile dans la compréhension du processus de changement social qui est venu à travers les âges modifier la perception et la réaction sociales face à la folie. De son côté, c'est en ayant recours à la notion de rationalité (instrumentale plus particulièrement) que nous avons pu cerner la nature des sociétés occidentales, dans lesquelles perception et réaction revêtent des formes historiquement nouvelles.

De toute évidence, nous n'avons aucunement épuisé la question. Nous n'avons dressé qu'un premier tableau qui, nous le croyons fermement, pourrait toutefois éventuellement aboutir à une compréhension plus complète autant de la psychiatrie et de la folie, mais aussi de nos sociétés en général. De plus, nous sommes persuadés que ce type d'analyse pourrait contenir le germe d'une nouvelle praxis (si le terme n'est pas trop fort!), ou tout au moins contribuer à l'élaboration d'une différente perspective sociologique ou multidisciplinaire sur les enjeux entourant la psychiatrie. Le rôle de la sociologie peut s'insérer à deux

niveaux: une sociologie de la psychiatrie, et une sociologie dans la psychiatrie.

Ce projet n'est pas tâche facile, et doit tenir compte à la fois des limites de la réforme, mais aussi des dangers du changement radical. Le changement social constitue certes une option à considérer dans le dépassement (si telle chose est possible) de la symbiose que nous avons examinée. Mais, la même question se repose: lequel? L'objectif de cette thèse n'était pas de mettre sur pied de nouvelles stratégies, mais elle peut constituer le préambule qui en ouvrirait la possibilité.

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander, F.G., Selesnick, S.T., Histoire de la psychiatrie, Librairie Armand Colin, Paris, 1972, 480 p.
- Alexander, Jeffrey, "Max Weber, la théorie de la rationalisation et le marxisme", in Sociologie et sociétés, 1982, 14, 2, oct., pp. 33-43
- Angus, Ian, "Disenchantment and Modernity: The Mirror of Technique", in Human Studies, 1983, 6, 2, Apr.-jun., pp. 141-166
- Arseneau, J., et al., Psychothérapies: Attention!, Québec Science Editeur, Québec, 1983, 223 p.
- Baruch, G., Treacher, A., Psychiatry Observed, Routledge and Kegan Paul Ltd., London, 1978, 254 p.
- Bastide, Roger, Sociologie des maladies mentales, Flammarion, Paris, 1965, 314 p.
- Bierens de Haan, Barthold, Dictionnaire critique de la psychiatrie, Editions le hameau, Paris 1980, 300 p.
- Boudon, Raymond, Effets pervers et ordre social, PUF, Paris, 1977, 286 p.
- Boudreau, Françoise, De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques: histoire et institutions, Editions St-Martin, Montréal, 1984, 274 p.
- Bozzini, Luciano, et al., Médecine et société: les années '80, Editions St-Martin, Montréal, 554 p.

- Brown, Phil, "Marxism, Social Psychology and the Sociology of Mental Health", in International Journal of Health Sciences, 14, 2, 1984, pp. 237-264
- Brubaker, Roger, The Limits of Rationality, Allen & Unwin, London, 1984, 119 p.
- Castel, F., et al., La société psychiatrique avancée: le modèle américain, Grasset, Paris, 1979, 365 p.
- Castel, Robert, La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse, Les éditions de minuit, Paris, 1981, 231 p.
- Castoriadis, Cornelius, L'institution imaginaire de la société, Editions du Seuil, Paris, 1975, 503 p.
- Chauvenet, Antoinette, Médecines au choix, médecine de classes, PUF Politiques, Paris, 1978, 255 p.
- Cooper, David, G., Langage de la folie, Editions du Seuil, Paris, 1978, 178 p.
- Cotgrove, Stephen, "Technology, Rationality and Domination", in Social Studies of Science, 1975, 5, 1, Feb., pp. 55-58
- Delacampagne, Christian, Anti-psychiatrie ou Les voix du sacré, Grasset, Paris, 1974, 317 p.
- Doerner, K., Madmen and the Bourgeoisie: a Social History of Insanity and Psychiatry, Basil Blackwell, Oxford, 1981, 361 p.
- Eisen, Arnold, "The Meanings and Confusions of Weberian Rationality", in The British Journal of Sociology, 1978, 29, 1, Mar., pp. 57-70

- Ellenberger, Henri, "Aspects culturels de la maladie mentale", in Revue de psychologie des peuples, 1960, 15, 3, pp. 273-287
- Ellul, Jacques, The Technological Society, Knopf, New York, 1967, 449p.
- Foucault, Michel, Histoire de la folie à l'âge classique, Editions Gallimard, Paris, 1972, 583 p.
- Freeman, H.E., et al., Handbook of Medical Sociology, Prentice-Hall Inc., 1979, 516 p.
- Freidson, Elliot, Profession of Medicine, Dodd, Mead and Company, New York, 1972, 409 p.
- Freund, Julien, Sociologie de Max Weber, PUF, Paris, 1966, 256 p.
- Freund, Julien, "Rationalisation et désenchantement", in L'année Sociologique, 1985, 35, pp. 327-348
- Gauchet, M., Swain, G., La pratique de l'esprit humain: l'institution asilaire et la révolution, Gallimard, 1980, 519 p.
- Gauchet, M., Swain, G., "Un nouveau regard sur l'histoire de la folie", in Esprit, 1983, 11, pp. 77-86
- Girard, Lucie, "Intervention en santé mentale et société: quelques enjeux", in Sociologie et sociétés, 17, 1, avril 1985, p. 127-142
- Goffman, Erving, Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, Anchor Books, Garden City, N.Y., 1961, 386 p.
- Habermas, Jürgen, La technique et la science comme idéologie, Gallimard, Paris, 1973

- Hansen, Bert, "The Complementarity of Science and Magic Before the Scientific Revolution", in American Scientist, 1986, 74, 2, Mar.-Apr., pp. 128-136
- Hayim, Gila, "Modern Reality Strategies: An Analysis of Weber, Freud, and Ellul", in Human Studies, 1978, 1, 4, Oct., pp. 315-329
- Herzlich, C., Pierret, J., Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, Payot, Paris, 1984, 295 p.
- Horkeimer, Max, L'éclipse de la raison, Payot, Paris, 1974, 236 p.
- Howell, Colin, "Asylums, Psychiatry and the History of Madness", in Queen's Quaterly, Spring, 1986, 93, 1, pp. 19-24
- Illich, Ivan, Némésis médicale: l'expropriation de la santé, Seuil, Paris, 1975, 222 p.
- Ingleby, David, Critical Psychiatry: the Politics of Mental Health, Pantheon Books, New York, 1980, 228 p.
- Kalberg, Stephen, "Max Weber's Types of Rationality: Cornerstones for the Analysis of Rationalization Processes in History", in American Journal of Sociology, 1980, 85, 5, Mar., pp. 1145-1179
- Laing, R., D., Sagesse, déraison et folie: la fabrication d'un psychiatre 1927-1957, Editions du Seuil, Paris, 1986, 186 p.
- Lefebvre, Yvon, et al., Psycauses, Presses solidaires, Montréal, 1986, 176 p.
- Lukács, Georg, Histoire et conscience de classe, Les Editions de Minuit, Paris, 1960

- Mannoni, Octave, "The Anti-psychiatric Movement", in International Social Science Journal, 1973, 25, 4, pp. 489-503
- Marcuse, Herbert, L'homme unidimensionnel, Les Editions de Minuit, Paris, 1968, 281 p.
- Marcuse, Herbert, Culture et société, Les Editions de Minuit, Paris, 1970
- Maxmen, J., S., The New Psychiatry, New American Library, New York, 1986, 333 p.
- McKnight, John, "Le professionnalisme dans les services: un secours abrutissant", in Sociologie et sociétés, 9, 1, 1977, pp. 9-19
- Merton, R., K., Science, Technology and Society in 17th Century England, Harper & Row, New York, 1970
- Moreux, Colette, "Remarques sur les fondements épistémologiques de l'anti-psychiatrie", in Cahiers internationaux de sociologie, 1974, 56, jan.-jun., pp.5-38
- Morgan, David, "Explaining Mental Illness", in Archives européennes de sociologie, 1975, 16, 2, pp. 262-280
- O'Neill, John, "The Medicalization of Social Control", in The Canadian Review of Sociology and Anthropology, 1986, 23, 3, Aug., pp. 350-364
- Pasternak, Judith, "An Analysis of Social Perceptions of Epilepsy: Increasing Rationalization as Seen through the Theories of Comte and Weber", in Social Science and Medicine, 1981, 15E, 3, Aug., pp. 223-229

- Plotke, D., "Marxism, Sociology and Crisis: Luckács' Critique of Weber", in Berkeley Journal of Sociology, 1975-76, 20, pp. 181-232
- Polack, J.-C., La médecine du capital, François Maspero, Paris, 1971, 223 p.
- Portland, Frank, Antipsychiatry Bibliography and Resources Guide, Press Gang Publishers, Vancouver, 1979, 160 p.
- Postel, J., Quétel, C., Nouvelle histoire de la psychiatrie, Editions Privat, Toulouse, 1983, 775 p.
- Rappard, Philippe, La folie et l'Etat: aliénation mentale et aliénation sociale, Privat, Toulouse, 1981, 261 p.
- Robitscher, Jonas, The Powers of Psychiatry, Houghton Mifflin Company, Boston, 1980, 557 p.
- Rotenberg, M., "The Protestant Ethic Against the Spirit of Psychiatry: the Other Side of Weber's Thesis?", in The British Journal of Sociology, 1975, 26, 1, Mar., pp. 52-65
- Sadri, Mahmoud, "Reconstruction of Max Weber's Notion of Rationality: An Immanent Model", in Social Research, 1982, 49, 3, autumn, pp. 616-633
- St-Amand, Néré, Folie et oppression: l'internement en institution psychiatrique, Editions d'Acadie, Moncton, N.-B., 1985, 199 p.
- Scheff, Thomas, J., Being Mentally Ill: a Sociological Theory, Aldine Publishing Company, New York, 1984, 244 p.
- Scull, Andrew, "From Madness to Mental Illness: Medical Men as Moral Entrepreneurs", in Archives Européennes de sociologie, 1975, 16, pp. 218-251

- Scull, Andrew, "Madness and Segregative Control: the Rise of the Insane Asylum", in Social Problems, 1977, 24(3), pp. 337-351
- Sedgwick, Peter, Psycho Politics: Laing, Foucault, Goffman, Szasz, and the Future of Mass Psychiatry, Harper & Row Publishers, New York, 1982, 292 p.
- Segady, Thomas, "Rationality and Irrationality: New Directions in Weberian Theory, Critique and Research", in Sociological Spectrum, 1988, 8, 1, pp. 85-100
- Swidler, Ann, "The Concept of Rationality in the Work of Max Weber", in Sociological Inquiry, 1973, 43, 1, pp. 35-42
- Szasz, Thomas, "Ideology and Insanity", in International Social Science Journal, 1973, 25, 4, pp. 504-510
- Szasz, Thomas, Le mythe de la maladie mentale, Payot, Paris, 1975, 284 p.
- Tomes, Nancy, "The Anatomy of Madness: New Directions in the History of Psychiatry", in Social Studies of Science, 1987, 17, 2, May, pp. 358-371
- Turner, Bryan, "State, Science and Economy in Traditional Societies: Some Problems in Weberian Sociology of Science", in The British Journal of Sociology, 1987, 38, 1, pp. 1-23
- Weber, Max, L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme, Librairie Plon, Paris, 1964
- Weber, Max, Essais sur la théorie de la science, Librairie Plon, Paris, 1965
- Weber, Max, Economie et société, Librairie Plon, 1971