

Aujourd'hui, les efforts tendent à favoriser l'assimilation du fou par la société au lieu de se limiter à la protection de la société contre le fou

Plaidoyer pour une autre psychiatrie – la psychiatrie anthropophagique

Daniele Zullino^a, Rodolphe Soullignac^a, Judit Harangozo^b, Benedetto Saraceno^c

^a Service d'Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Switzerland

^b Community Psychiatry Centre of Semmelweis, University of Medicine, Budapest

^c Lisbon Institute of Global Mental Health, University Nova Lisbon

Summary

In "Tristes Tropiques", Claude Lévi-Strauss juxtaposes so-called cannibalistic and anthropoemic societies. According to his conception, anthropoemia is said to describe the rejection of particular individuals deemed undesirable by society, which tends to "expel these formidable beings from the body public by isolating them for a time, or for ever, denying them all contact with humanity, in establishments devised for that express purpose". In contrast, cannibalism aims to "neutralize people who are the repositories of certain redoubtable powers, and even to turn them to one's own advantage, ... to absorb them into one's own body".

When faced with the repositories of redoubtable powers, there are thus said to be three possible attitudes. They include, namely, (1) Anthropoemia, referring to rejection outside of society, (2) Encapsulating cannibalism, whereby society incorporates the wielders of redoubtable powers and neutralizes them, and (3) Assimilating cannibalism, in which society harnesses these frightful powers, thereby incorporating them into its own, in order to employ them in society's striving for success.

This article aims to make observations in terms of how psychiatric institutions operate when viewed through the prism of the aforementioned classification. The first phase of psychiatric history – the asylum phase – may be considered to be in line with the anthropoemic attitude, marked by rejection of the insane and refusal of their presence for the duration of their insanity. From the second half of the 20th century onward, dissenting movements drove the world of psychiatry to reorient itself toward an alternative solution. It was in this manner that the cannibalistic approach was adopted.

Assimilating cannibalistic psychiatry presents a different notion of insanity, deviance, and society at large. Contrary to the two other approaches, it acknowledges the place of deviants and their particular role within society. As an underlying postulate, it presumes that any deviation from a norm may potentially yield an opportunity for development.

Key words: anthropophagie, Lévy-Strauss, anthropémie, exclusion, inclusion, integration

La psychiatrie s'est développée ces dernières décennies dans un champ dialectique marqué par une revendication au virage ambulatoire et communautaire et par une pression intimidante vers une re-institutionnalisation de l'anormalité. Cette tendance peut prendre,

entre autres, la forme de demandes de *mise à l'abri*, *placement à fin d'assistance* et *soulagement d'un environnement épuisé*, mais aussi de *qualité des procédures*, *imputabilité* et *utilisation efficace des moyens*. Le débat porte principalement sur le poids relatif à accorder aux secteurs hospitaliers, ambulatoires et autres, l'enjeu se réduisant souvent à la distribution et à l'attribution des ressources (par ex. postes) aux différentes structures institutionnelles. En fait, il s'agit le plus souvent de bagarres autour des ressources. Or, à notre avis, c'est au niveau des visions sociétales que devrait se situer le débat.

Anthropémie vs anthropophagie

Dans «*Tristes Tropiques*» [1], Claude Lévi-Strauss oppose les sociétés anthropophages (mangeuses d'hommes) aux sociétés anthropémiques (du grec *émein*, vomir). L'anthropémie décrirait ainsi le rejet de certains individus indésirables par la société qui tend «à expulser ces êtres redoutables hors du corps social, en les tenant temporairement ou définitivement isolés, sans contact avec l'humanité, dans des établissements destinés à cet usage». Au contraire, l'anthropophagie vise à «l'absorption de certains individus détenteurs de forces redoutables ... [pour] neutraliser celles-ci, et même [pour] les mettre à profit».

Face aux détenteurs de forces redoutables, il y aurait donc trois attitudes possibles.

- *L'anthropémie*: Le rejet hors de la société (l'autre, redouté, est rejeté, relégué dans un lieu où il ne risquera plus de nuire).
- *L'anthropophagie encapsulante*: La société incorpore les détenteurs de forces redoutables et les neutralise, de façon à maîtriser leurs forces, pour qu'ils ne puissent plus nuire. Ils sont en quelque sorte encapsulés dans la société.
- *L'anthropophagie assimilante*: La société s'approprie ces forces redoutables, elle les incorpore à ses propres forces pour les utiliser, afin qu'elles contribuent au succès de la société anthropophagique.

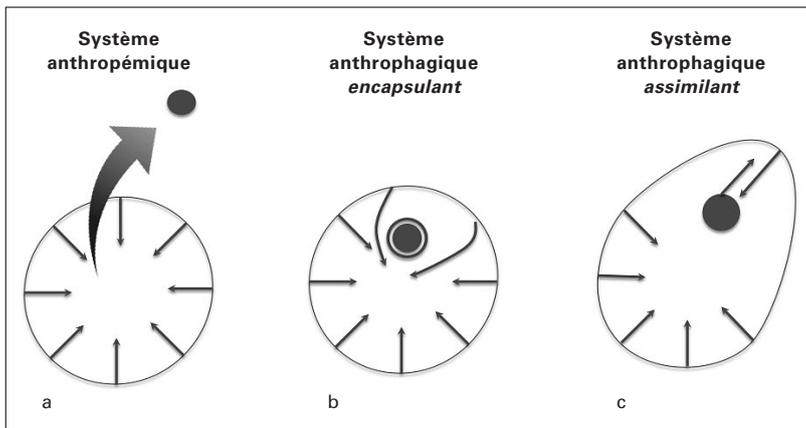


Figure 1: Les trois modèles sociétaux de la psychiatrie.

Le présent article a pour objet d'observer le fonctionnement des institutions psychiatriques à la lumière de cette classification.

La psychiatrie anthropémique

La psychiatrie du type anthropémique (fonctionnant évidemment dans un cadre sociétal également anthropémique) se caractérise par le rejet de celui qui peut représenter une force redoutable.

Autrement dit, sera rejeté du corps social et exclu du système quiconque, par sa folie ou son être décalé, vit en dehors des règles communes ou de la logique physiologique et peut mettre à mal l'homéostasie de la société et la déstabiliser. Métaphoriquement, l'élément toxique est vomé (fig. 1a).

Une psychiatrie fondée sur ce principe aura donc pour tâche d'éloigner le plus loin possible de la société les éléments toxiques, pour que disparaisse la peur d'une intoxication ou de la contamination du corps social. L'éloignement devra, cela va de soi, être un éloignement physique, mais pour éviter tout risque de pollution, il faudra en outre couper tout lien du malade mental avec le monde sain. Il fut un temps où les lépreux étaient interdits de séjour dans les villes, au motif qu'ils allaient transmettre leur pourrissement aux habitants. Le sort qui est réservé au fou aujourd'hui est-il tellement différent? Il faut aussi le chasser de nos villes si nous ne voulons pas que, par contagion, sa raison pourrie infecte le mental du citoyen normal. Les pourris mentaux d'aujourd'hui remplacent les colonies de lépreux d'hier.

Passage de l'anthropémie à l'anthrophagie

La première phase de l'histoire psychiatrique – la phase asilaire – peut être considérée comme relevant d'une

attitude anthropémique, caractérisée par le rejet du fou et le refus de sa présence, aussi longtemps qu'il reste fou. Le but est de l'exclure de l'espace commun. Le fou est non seulement quelque chose d'étranger (et d'étrange), à repousser le plus loin possible, mais, métaphoriquement, il est le vomé de la société et la charge de virulence dont il est porteur est perçue comme une menace pour l'existence même de la communauté saine.

Reconnaissons, au passage que l'attitude de nos sociétés occidentales face aux vagues migratoires qui déferlent actuellement sur l'Europe procède elle aussi d'un réflexe anthropémique. Le migrant est perçu comme une menace pour l'identité de nos sociétés.

Cependant, à partir de la seconde moitié du XX^e siècle, les mouvements contestataires ont été nombreux à s'en prendre aux structures psychiatriques en place. L'antipsychiatrie (surtout Ronald Laing et David Cooper) ainsi que la psychiatrie anti-institutionnelle (Franco Basaglia), qui s'inscrivaient dans cette mouvance, s'est fondée principalement sur la conviction que le modèle anthropémique n'était plus acceptable en psychiatrie et qu'il fallait le récuser. Le monde de la psychiatrie s'est alors orienté vers une solution alternative. Peu à peu, l'approche anthrophagique s'est imposée, et a fini par se généraliser et c'est le modèle encapsulant qui a été retenu et qui est encore très largement dominant aujourd'hui.

En quoi consiste ce modèle? Le malade mental demeure à l'intérieur de la société, mais il y vit à l'isolement, confiné dans une sorte de cordon sanitaire le séparant du reste de ses concitoyens, le but restant de neutraliser les forces redoutables qui l'habitent et qui risquent de remettre en question les critères de la normalité (fig. 1b).

La psychiatrie anthrophagique encapsulante

Tout comme l'expulsion, l'encapsulation est un mécanisme biologique qui sert à protéger l'organisme. Dans un cas, l'agent perturbateur est expulsé, dans l'autre cas, il est isolé à l'intérieur de l'organisme (par ex. les granulomes). A noter que l'encapsulation génère une dépense d'énergie qui devra évidemment être assumée par l'organisme. Ce phénomène d'encapsulation est transposable à la psychiatrie et on peut se demander si le fonctionnement de certaines structures ambulatoires actuelles ne peut pas être compris comme une sorte de système anthrophagique encapsulant. La stratégie vise, en effet, au décollement fonctionnel du malade mental de son environnement. Il s'agit non pas de la claustration géographique qui est la règle à

l'hôpital psychiatrique, mais de la remise en cause du droit à participer pleinement à la société civile. Au lieu d'être expulsé, le malade reste physiquement présent dans le contexte social, mais ses possibilités d'action sont limitées. Somme toute, le malade est accepté, mais uniquement s'il ne crée pas trop de perturbations. Il n'est jamais un citoyen comme les autres. Un profond fossé sépare ceux qui sont considérés comme sains d'esprit et les autres.

La gestion des institutions encapsulantes nécessite une bureaucratie lourde, et rigide, véritable *granulome social*. Outre des procédures définissant irréfutablement une certaine irrationalité chez le patient (à partir de la «ratio bourgeoise» selon Michel Foucault, où, de la pensée dominante comme disons nous aujourd'hui [2]), il faut une méthode de recherche *de ce qui ne va pas*, une procédure d'évaluation de l'irrationalité, ainsi qu'une conclusion irréfutable, formulée par un expert, qui rende récusable la participation civique du patient. Il faut donc un corpus disciplinaire au service d'une exclusion justifiée et justifiable.

Ce type d'évaluation qui définit *ce qui ne va pas*, par rapport à *ce qui ne devrait pas être*, devient finalement un appareil de justification du système. Comme tout système homéostatique, le système encapsulant définit *a priori* les valeurs limites à ne pas dépasser, et le respect de ces limites est activement surveillé de façon à pouvoir intervenir en cas de dépassement. Selon Franco Basaglia: «L'asile, avec sa finalité d'exclusion et de ségrégation [...], la Communauté thérapeutique, avec sa relative libéralisation des rapports institutionnels [...], les *Community Health Centers* [...], ce sont toujours des réponses institutionnelles novatrices qui correspondent techniquement à des demandes explicites de l'économie et qui ne deviennent efficaces qu'au moment où l'économie les exige» [3]. Autrement dit, la psychiatrie semble le plus souvent se définir comme une discipline au service de la rationalisation des nécessités concernant le contrôle et la gestion de populations vulnérables, plutôt que comme une discipline scientifique à part entière.

L'évaluation continue des comportements génère une normalisation des savoirs et des pratiques, en suite de quoi, le non-conforme, l'inclassable, le non-prévisible sont rejetés comme étant inacceptables. Selon Zarka [4] «... cette normalisation, réalisée par l'évaluation comme pratique de pouvoir, exclut du savoir accrédité des individus, des groupes [...]. L'évaluation normalisatrice se crée ainsi des adversaires, voire des ennemis à éradiquer.»

Moins aliénant que la psychiatrie anthropémique, le soin psychiatrique encapsulant présente cependant un double danger: il fait obstacle à l'intégration sociale

des soignés et restreint la créativité, non seulement des soignés, mais aussi des soignants.

La psychiatrie anthropophagique assimilante

La psychiatrie anthropophagique assimilante offre une conception différente de la folie, de la déviance et finalement de la société. A la différence des deux autres approches, elle reconnaît la place du déviant et son rôle particulier à l'intérieur du corps social.

A la base de cette vision, il y a une constatation: Parler de déviation à la norme présuppose l'existence de normes. Partant de là, on peut avancer que toute évolution est hors normes, puisqu'elle crée du nouveau. La déviation à la norme peut donc se transformer en opportunité de développement, sous réserve qu'elle ne dépasse pas les capacités d'adaptation du système institutionnel et social, auquel cas, elle devient dangereuse pour le soigné et pour la société.

La tâche d'une psychiatrie anthropophagique consiste donc à rendre acceptable par le corps social la perturbation apportée par la folie, en échange de quoi la société pourra tirer bénéfice de cette folie. Trois conditions sont nécessaires pour que le fou devienne un agent mobilisateur et vitalisant pour la société: (a) la folie est *absorbée* par la société; (b) la folie peut interférer avec le normal, voire le déstabiliser; (c) la folie est tempérée, notamment par la psychiatrie.

La psychiatrie anthropophagique assimilante crée entre société et malade mental des interférences comparables aux interactions qui relient artistes et société (fig. 1c). Les analogies sont frappantes. En effet, la création artistique implique aussi un dépassement du déjà connu; par ailleurs, l'artiste est reconnu par la société si son œuvre se situe dans les limites de ce que la société est en mesure d'assimiler. Il en va de même pour le malade mental: tant qu'il évolue à l'intérieur de la zone d'assimilation sociale, il a toutes les chances d'être accepté, pour le plus grand profit de la société.

Le passage du système encapsulant au système assimilant produit un autre changement: l'inversion du jugement. Dans le système encapsulant, l'expert – qui est aussi *l'encapsuleur* – porte le jugement, dit la vérité du fou. Dans le système assimilant, c'est le patient qui prend l'initiative, il est le décideur et le soignant se positionne en tant que partenaire de l'interaction. S'il le souhaite et si on le lui permet, le patient pourra ainsi faire profiter la société d'expériences et de visions de vie nouvelles. Lorsque la santé est conçue comme un ensemble de normes comportementales, le malade fait figure de déviant. Il paraît intéressant de rappeler brièvement ici la théorie que Michel Foucault avait magis-

tralement exposée dans *Surveiller et Punir* [5]. Dans nos sociétés capitalistes, selon Foucault, la santé, assimilée à la force de travail, est au service de la productivité. L'homme improductif est stigmatisé comme déviant, comme ennemi de la société. L'école, l'usine et l'hôpital sont, en fait, des machines à discipliner l'homme pour l'introduire ou le réintroduire dans le processus productif. Pour qu'ils ne risquent pas de perturber le système social, les esprits rebelles sont neutralisés, autrement dit, encapsulés.

Cette définition de la déviance comme incapacité de travail garde sa validité si on l'applique au domaine de la psychiatrie anthropophagique encapsulante. Dans cette perspective, la maladie est une déviance en ce qu'elle diminue la capacité de travail. Dès lors qu'il n'est pas apte au travail, le patient perd le droit de participer à la vie de la cité, participation politique, culturelle ou sociale.

Par contre, la psychiatrie anthropophagique assimilante encourage, voire même exige, la participation du malade à la vie sociale, civile, et politique. En échange, elle attend du patient qu'il la fasse bénéficier de ses énergies.

Dans cette perspective, la question se pose: Comment ce qui avait motivé l'exclusion – dans le modèle anthropémique et dans l'encapsulation – peut-il devenir, un avantage pour la société? Comment le fou peut-il devenir un atout pour sa communauté?

Rendre au patient sa dignité de citoyen et ses possibilités existentielles

Alors que la psychiatrie, qu'elle soit anthropémique ou encapsulante, entend calmer, éduquer, maîtriser, dompter, la psychiatrie assimilante s'attache au contraire à rendre au fou sa dignité et sa responsabilité. Pour ce faire, elle doit reconnaître au patient ses droits et ses devoirs.

Michael White [6] énonce son projet thérapeutique comme suit: «*Nous devons travailler à identifier le contexte des idées dans lequel nos pratiques se situent et à explorer l'histoire de ces idées.*» «*Ne pas croire que la thérapie n'a rien à voir avec le contrôle social, mais plutôt repérer et critiquer les aspects de notre travail qui pourraient s'apparenter à du contrôle sociale.*» «*Etre conscient que remettre en question les techniques qui assujettissent les gens aux idéologies dominantes est un acte politique.*»

Le patient qui veut développer son potentiel partira de son *connu et familier* pour aller au-delà, vers son *possible de savoir*, au risque de remettre en question les dogmes et les certitudes dominantes. Pour que le pa-

tient soit entendu, il lui faut probablement ne pas trop déstabiliser le *connu et familier* du psychiatre. Pour que le psychiatre ne se sente pas trop déstabilisé par son patient, sa curiosité bienveillante pour la singularité de l'autre sera nourrie par une connaissance étendue des sciences humaines. Le soignant veillera à ce que ses interventions restent dans la zone proximale de développement de son patient, au sens de Lev Vygotsky [7]: «ce que nous sommes tous capables de faire dès le moment où l'on nous aide». Le débat est une des clefs qui permet d'entrer dans cet espace. «*Percevoir les choses autrement, c'est en même temps acquérir d'autres possibilités d'action par rapport à elles. [...] En généralisant un processus propre de mon activité, j'acquiers la possibilité d'un autre rapport avec lui.*»

Conclusion

La psychiatrie a parcouru un long chemin depuis que la médecine s'est emparée du domaine de la vie mentale. Aujourd'hui, les efforts tendent à favoriser l'assimilation du fou par la société au lieu de se limiter à la protection de la société contre le fou. C'est certainement un grand pas en avant qui est franchi.

Certes, la société a besoin d'être protégée contre la folie, mais ne peut-on cependant envisager la folie comme porteuse d'avenir, puisque toute création suppose que certaines normes du *connu et familier* ont été sinon enfreintes, du moins dépassées?

La mobilité humaine, physique et mentale, qui est la hantise des sociétés disciplinaires, qui ont besoin d'obéissance pour fonctionner, est une bénédiction pour les sociétés ouvertes assimilantes qui ont besoin de créativité et de mise en question permanente de toutes les relations de pouvoir dans la dynamique sociale.

Remerciements

Nous remercions vivement Madame Annie Meid pour les discussions et son assistance éditoriale.

Disclosure statement

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Références

- 1 Lévi-Strauss C. Tristes tropiques. Paris: Union générale d'éditions; 1962:380.
- 2 Saraceno B, Kirchmayr R. La «distorsion anglaise». Remarques sur la réception de la pensée de Franco Basaglia. *Les Temps Modernes*. 2012:55–63.
- 3 Basaglia F. Riabilitazione e controllo sociale. *Scritti II*. 1982.
- 4 Zarka YC. L'évaluation: un pouvoir supposé savoir. *Cités*. 2009:113–23.
- 5 Foucault M. *Surveiller et punir*. Gallimard; 1975.
- 6 White MK. Narrative practice and exotic lives: Resurrecting diversity in everyday life. Dulwich Centre Publications; 2004.
- 7 Vygotski LS. *Pensée et langage* [1934]. Paris: La Dispute; 1997.

Correspondance:
Pr Daniele Zullino
Service d'addictologie
Hôpitaux Universitaires
de Genève
Grand-Pré 70
CH-1202 Genève
Daniele.Zullino[at]hcuge.ch