

Avec Le Pouvoir psychiatrique, Michel Foucault fait-il événement ?

Auteur : Hugo, Garance

Promoteur(s) : Janvier, Antoine

Faculté : Faculté de Philosophie et Lettres

Diplôme : Master en philosophie, à finalité approfondie

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/10182>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



Faculté de Philosophie et Lettres

Avec Le Pouvoir psychiatrique, Michel Foucault fait-il événement ?

Analyse de la thèse et du projet de Foucault dans son cours au Collège de France, 1973-1974.

Mémoire réalisé par
Garance HUGO

Promoteur
Antoine Janvier

Année académique 2019-2020
Master en philosophie, à finalité approfondie

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
PARTIE I : L'HOMME, LE PROJET.....	6
Chapitre I : Éléments biographiques.....	6
Chapitre II : L'émergence d'une réflexion : <i>Qu'est-ce qui a amené notre culture à interpréter la folie comme une maladie mentale ?</i>	10
Chapitre III : La thèse.....	13
1. Raison contre folie.....	13
2. Les expériences de la folie depuis la Renaissance jusqu'au XIX ^e siècle...15	
❖ L'expérience de la folie à la Renaissance.....	15
❖ L'expérience de la folie à l'âge classique.....	16
❖ L'expérience moderne de la folie.....	18
3. L'émergence d'un discours à partir d'un geste d'exclusion – vers une critique de la psychiatrie.....	20
Chapitre IV : Transition : D'une histoire de la folie exclue à l'histoire du pouvoir psychiatrique.....	23
Chapitre V : Faire événement au moyen du G.I.P.....	25
PARTIE II : SAVOIR ET PRATIQUE PSYCHIATRIQUES.....	29
Introduction : Prémices au <i>Pouvoir psychiatrique</i>	29
Chapitre I : La critique de la psychiatrie en tant que discipline scientifique.....	31
1. L'anatomie pathologique, une révolution médicale.....	31
❖ La médecine classificatrice.....	32
❖ La médecine des épidémies.....	33
❖ La médecine clinique.....	34
❖ La révolution de la clinique : la réactualisation de l'anatomie pathologique et le développement de l'anatomo-clinique.....	38
2. L'anatomie pathologique et la connaissance des maladies mentales.....	45

3. Discours médical sur la folie et pratique psychiatrique.....	51
4. Médecine et psychiatrie, la thèse de l'absolue hétérogénéité de ces deux disciplines.....	56
5. L'asile, un espace disciplinaire marqué médicalement.....	60
6. Le problème de la vérité en psychiatrie.....	66
7. Résistance et contre-manœuvre, la réponse du fou.....	75
Chapitre II : La sortie du psychiatre de l'asile, vers la généralisation du pouvoir psychiatrique.....	80
1. Les fonctions-Psy comme instance disciplinaire.....	80
2. La psychiatisation de l'enfance et de l'idiotie.....	84
3. De la nécessité de psychiatiser les idiots.....	91
4. Vers l'édification d'une nouvelle science.....	95
CONCLUSION.....	101
BIBLIOGRAPHIE.....	104

INTRODUCTION

Quel est le projet de Michel Foucault dans son cours au Collège de France de 1973-1974, *Le Pouvoir psychiatrique* ? Foucault y traite de la psychiatrie en France, au XIX^e siècle. La psychiatrie est cette discipline médicale née avec Pinel dans les dernières années du XVIII^e siècle qui a pour visée la médicalisation de cette catégorie spécifique d'individus que sont les aliénés. En explorant les grands textes de la psychiatrie, Foucault met en lumière des discours et des pratiques médicales, et en vient à poser qu'on ne peut comprendre le fonctionnement de la psychiatrie de cette époque à partir de ses discours. Pour comprendre son fonctionnement, il est nécessaire d'étudier les dispositifs et stratégies que la psychiatrie met en place pour exister comme instance de pouvoir – d'où le titre « Le Pouvoir psychiatrique », et non pas quelque chose comme « Le Savoir psychiatrique ». Foucault replace le pouvoir psychiatrique dans les mécanismes du pouvoir disciplinaire.

*Il est bien entendu qu'il ne s'agit même pas d'analyser le fonctionnement de la psychiatrie à partir du discours supposé vrai de la psychiatrie [...] c'est à partir du fonctionnement de ce pouvoir disciplinaire qu'il faut comprendre le mécanisme de la psychiatrie.*¹

Ce postulat nous est problématique à deux niveaux.

Premièrement, quelle est cette restriction à propos du discours psychiatrique ? En quoi est-il « supposé vrai » ? Serait-il tronqué ? Le savoir médical n'est-il pas un discours de vérité ? Le discours de la psychiatrie n'est-il pas, en tant que discours médical, un discours savant, et cette posture ne lui confère-t-elle pas une valeur de vérité ?

Deuxièmement, il nous paraît tout à fait problématique de penser une pratique médicale comme pratique disciplinaire, et *a fortiori* de la penser d'abord comme telle : ne serait-elle pas d'abord une pratique thérapeutique ? Comment envisager la relation médecin-malade qui se jouerait à l'intérieur d'une procédure disciplinaire ? Le disciplinaire renvoie à un rapport de forces, à un jeu de domination-soumission, comment comprendre dès lors la guérison ? A quel prix sort-on de l'asile ? La soumission est-elle le prix de la sortie et donc de la victoire ? Dans ce cas, il n'y aura que des vainqueurs – on pourrait dire un *win-win*. L'aliéné guéri peut ainsi quitter l'institution ; et le psychiatre par qui il est guéri est ainsi reconnu et valorisé dans sa pratique médicale. Mais, à la lecture du *Pouvoir psychiatrique*, nous constatons qu'à partir de

¹ *Le Pouvoir psychiatrique*, p. 43.

1820, c'est le psychiatre qui a quitté l'asile pour étendre son champ d'action aux non-malades. Est-ce alors en tant qu'instance médicale-thérapeutique ou instance disciplinaire qu'elle opère ?

En outre, on ne peut penser un rapport de forces sans penser aux résistances. Peut-on rapprocher soumission et résistance ? Ceci paraît contradictoire. Comment peut-on résister à l'intérieur d'un système disciplinaire, et *a fortiori* dans un espace d'enfermement ?

Si nous envisageons le cas d'un autre lieu d'enfermement où s'applique la discipline, c'est à la prison que nous pensons. Bien que prison et asile ne se confondent pas – deux différences majeures les séparent : le projet thérapeutique et la date de sortie –, ces institutions produisent toutes deux une double captation : une restriction de la liberté d'aller et venir, et une confiscation du discours. En 1971, Foucault a fait jouer sa notoriété pour permettre aux détenus de s'exprimer à travers les médias et par là-même d'être entendus. Ceci fut la démarche du G.I.P. La posture et le geste de Foucault ont valeur d'engagement politique puisque la démarche a permis aux détenus de faire groupe et de constituer ainsi une force qui a pu se positionner dans la lutte sociale qui se jouait à l'époque. Cette posture et ce geste, à la fois philosophique et politique, de Foucault a été interprété par Antoine Janvier (2007) comme ayant fait événement – selon la conception nietzschéenne. Nous mettons ce geste et cette posture de Foucault en perspective avec le cours de 1973.

A la lecture du *Pouvoir psychiatrique*, nous constatons que tous les documents sur lesquels Foucault porte son étude – et qui décrivent la pratique psychiatrique asilaire au XIX^e siècle et les traitements qui y étaient dispensés – ont été rédigés par des médecins ou d'autres spécialistes qui travaillaient à l'asile. Aucun document rédigé par un aliéné. Nous ne pensons pas que Foucault ait délibérément évincé ces témoignages de son étude. Au contraire, nous postulons l'absence de tels documents (hormis le cas de Pierre Rivière qui a laissé à la postérité un imposant mémoire). Toutefois, dans le cas du traitement de l'hystérie, quelques dialogues ont été rapportés par les médecins.

Nous postulons que, en mettant en lumière cette confiscation de la parole, cette parole exclue du savoir psychiatrique, Foucault pose un geste politique en creux : il souligne un manquement dans le discours psychiatrique. Doute se fait sur la vérité de ce discours parce qu'il a nié la légitimité des aliénés à tenir face à lui un discours intelligible à propos de leur propre

expérience. La posture de Foucault peut-elle être comprise comme faisant événement, c'est-à-dire fait-elle entrer les aliénés dans le champ de la lutte sociale ou politique, c'est-à-dire encore leur a-t-elle dégagé un espace de parole qui les rend audibles ? Le geste et la posture inaugurés en 1971 avec les prisonniers sont-ils réactualisés en 1973 avec les aliénés ? Nous postulons que oui.

*

Pour comprendre la thèse et le projet de Foucault en 1973, ainsi que les enjeux de sa démarche, nous devons repartir de ses ouvrages antérieurs avec lesquels *Le pouvoir psychiatrique* a des parentés. Nous décidons de mettre en évidence certains concepts et les étapes clefs qui vont permettre d'inscrire *Le Pouvoir psychiatrique* à la fois dans la continuité de l'histoire de la folie et de la médecine moderne, et à la fois dans la divergence, ce en quoi le cours diverge de la trajectoire initiée entre 1954 et 1963, d'une part, et en 1971, d'autre part.

Nous ne sortirons qu'à peu d'occasion des textes de Foucault, mais c'est un choix délibéré que nous faisons ici parce que nous voulons lire l'histoire que Foucault a raconté, telle qu'il l'a racontée, explorer son cheminement et la construction de son argumentation, et opérer le geste interprétatif à partir de nos intuitions.

PARTIE I : L'HOMME, LE PROJET

Chapitre I : Éléments biographiques

L'objectif de ce premier chapitre est de tracer des liens entre l'homme et son œuvre ; entre la vie de Michel Foucault (1926-1984), sa formation et la genèse de son travail ; sa posture d'intellectuel et ses recherches sur la folie et la psychiatrie.

Son premier contact personnel avec l'institution psychiatrique et avec le concept de folie – être fou ou ne pas l'être – va s'opérer pendant le temps où il est pensionnaire de l'École normale supérieure, rue d'Ulm à Paris. Il y entre en 1946, à vingt ans. Comme l'écrit Didier Eribon², l'École, c'est d'abord l'injonction de briller, de se singulariser – ce que Foucault paraît disposé à assurer – mais il ne réussit pas à s'adapter à la vie en commun, à se plier aux exigences de l'organisation interne de l'École et ses rapports aux autres pensionnaires sont conflictuels. Il vit mal la promiscuité de la vie en chambrée. Lorsqu'il tente de se suicider en 1948, deux ans après son arrivée, il est amené à l'hôpital Sainte-Anne, dans le bureau du Pr Delay, une des sommités de la psychiatrie française, par son père le Dr Paul Foucault, chirurgien et professeur d'anatomie. Ceci aura pour conséquence de lui procurer une chambre à l'infirmerie de l'École, ce qui l'isolera du groupe. Il perçoit cet isolement comme un privilège qui lui procure le calme dont il a besoin pour travailler. Le médecin de l'École, le Dr Étienne, devra souvent s'occuper de lui pour éviter des rechutes. D'après Eribon, Étienne estimera que « ces troubles venaient d'une homosexualité très mal vécue et très mal assumée »³. Toutefois, l'époque ne favorisait pas l'expression de l'homosexualité qui se vivait essentiellement dans la clandestinité et dans la honte. Notons qu'il n'y a pas lieu de prétendre expliquer l'œuvre de Foucault par son homosexualité ni par son expérience personnelle de la psychiatrie, mais il est vraisemblable de penser que ces éléments ont constitué les fondements d'une recherche personnelle et d'un projet

² Didier ERIBON, écrivain, sociologue et philosophe français, né en 1953, a rencontré et fréquenté Michel Foucault. Il est l'auteur d'une biographie, *Michel Foucault*, publiée en 1989 (vingt traductions), suivie en 1994 de *Michel Foucault et ses contemporains*. Auteur engagé, Eribon milite entre-autre en faveur des causes homosexuelles et LGBT.

³ ERIBON, D., *Michel Foucault (1926-1984)*, Paris, Flammarion, 1989, p. 44.

intellectuel⁴, dans la multitude des rencontres et des réseaux qui se sont formés et défaits, en pensées ou dans les faits.

En 1946, Georges Gusdorf, le répétiteur de philosophie de l'École normale supérieure, très féru de psychologie, organise pour ses élèves, dont Michel Foucault, une initiation à la psychopathologie. Il les emmène à l'hôpital Sainte-Anne pour des présentations de malades – dans la pure tradition de l'enseignement clinique – et il fait venir à l'École des psychiatres de renom pour un cycle de conférences, dont Georges Daumézon et Jacques Lacan. De plus, chaque année, pendant une semaine, il entraîne ses élèves dans un hôpital psychiatrique de province, de type pavillonnaire, occasion pour les élèves d'être à l'écoute de médecins et de leurs assistants. Le successeur de Gusdorf à l'École, Louis Althusser, perpétue la tradition et Foucault rencontre ainsi le psychiatre, Henry Ey.

Michel Foucault, après sa licence de philosophie, entreprend celle de psychologie. Son intérêt est tel qu'il envisage même de poursuivre des études de médecine alors qu'il y avait renoncé avant son entrée à l'École, allant à ce moment-là contre le désir de son père. Toutefois, il ne suit pas cette voie, préférant compléter sa formation en psychologie. Diplômé de psychopathologie en 1952 et de psychologie expérimentale en 1953, Foucault publie en 1954 son premier ouvrage intitulé *Maladie mentale et personnalité*. Parallèlement à cela, il travaille comme psychologue dans un hôpital psychiatrique et dans une prison où le Ministère français de la Santé avait installé un laboratoire dont la fonction était d'examiner les détenus malades et de procéder à des tests légers. Après le monde académique, c'est donc dans l'univers de la psychologie expérimentale que baigne Foucault. Il y rencontre la maladie et le malade, le fou et le délinquant, dans la réalité des deux formes d'enfermement.

En 1955, à vingt-neuf ans, Foucault quitte la France pour la Suède. Il s'installe à l'université d'Uppsala, à septante kilomètres au nord de Stockholm. Il y est lecteur de français et anime l'espace culturel de la Maison de France, mais surtout il se consacre à sa thèse *l'Histoire de la folie* car il peut explorer et se nourrir de la « bibliotheca Walleriana ». En effet, le Dr Erik Waller a constitué un fonds de documents et de livres sur l'histoire de la médecine qui comprend quasi tout ce qui a été publié sur le sujet avant 1800 et une bonne partie de ce qui

⁴ *Simplement, on peut apercevoir comment est né un projet intellectuel, dans une expérience qu'il faudrait peut-être qualifier d'originale ; comment s'est inventée une aventure intellectuelle dans les combats de la vie individuelle et sociale, non pas pour y rester engluée, mais pour les penser, les dépasser, les problématiser sous forme de renvoi ironique de la question à ceux qui l'adressaient : savez-vous bien ce que vous êtes ? Êtes-vous si sûr de votre raison ? de vos concepts scientifiques ? de vos catégories de perception ? [Ibid., p. 45.]*

a été publié ensuite. Foucault présente ainsi son propos au Pr Lindroth qui occupe la chaire d'histoire des idées et des sciences à Uppsala :

[...] mon projet, qui n'est pas d'écrire une histoire des développements de la science psychiatrique. Mais plutôt une histoire du contexte social, moral et imaginaire dans lequel elle s'est développée. Car il me semble que jusqu'au XIX^e siècle, pour ne pas dire jusqu'à maintenant, il n'y a pas eu de savoir objectif de la folie, mais seulement la formulation, en termes d'analogie scientifique, d'une certaine expérience (morale, sociale, etc.) de la Dérailson. D'où cette manière, si peu objective, si peu scientifique, si peu historique de prendre la question. Mais peut être cette entreprise est-elle absurde et condamnée à l'avance.⁵

Lorsqu'il quitte la Suède, trois ans plus tard, Foucault a terminé l'aspect documentaire de son travail. Au final, sa thèse s'intitulera *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. De retour en France, sur conseil de Jean Hyppolite, qui est alors directeur de l'École normale supérieure, il présente son travail à Georges Canguilhem qui enseigne l'histoire des sciences à la Sorbonne et qui, après son agrégation de philosophie, avait soutenu une thèse de médecine, *Le Normal et le pathologique*. Canguilhem accepte d'introduire la thèse de Foucault devant le jury et précise, notamment, dans son rapport introductif :

La remise en cause des origines du statut scientifique de la psychologie ne sera pas la moindre des surprises provoquées par cette étude.⁶

Finalement, le 25 mai 1961, le président du jury décerne la mention qui consacre la thèse de doctorat de Michel Foucault. Notons qu'après la seconde guerre mondiale, une partie de la psychiatrie avait cherché à renouveler son discours et ses pratiques. Toutefois, la thèse de Foucault suscite des réactions de défiance même parmi les praticiens de cette orientation libérale de la psychiatrie, qui compte Henry Ey dans ses rangs. Par contre, à partir de 1968, ce seront les partisans de l'antipsychiatrie qui se rapprocheront de Foucault, et davantage encore après la fondation du Groupe d'information sur les prisons en 1971.⁷ Ainsi, et après l'accueil mitigé de sa thèse, la posture que Foucault adopte par rapport au problème des prisons suscite de l'intérêt parmi les partisans de l'antipsychiatrie parce qu'elle fait écho ou peut nourrir leur propre combat. Et réciproquement, cette récupération amène Foucault à fréquenter les mouvements antipsychiatriques – même s'il n'engendra jamais d'action militante à leurs côtés. Notons que la posture que Foucault adoptera dans le G.I.P. fera école ; et sur son modèle, se

⁵ *Ibid.*, pp. 107-108. (Eribon souligne.)

⁶ *Ibid.*, p. 135.

⁷ *Infra*, « Chapitre V : Faire événement au moyen du G.I.P. ».

créeront le G.I.S. (Groupe d'information santé, décloisonnant médecins et malades), le G.I.A. (Groupe d'information sur les asiles), le G.I.S.T.I. (Groupe d'information et de soutien des travailleurs immigrés).

Après sa thèse, Foucault poursuit l'exploration du monde médical et, en 1963, publie *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Cet ouvrage traite de l'émergence de l'anatomie pathologique dans la science et dans la pratique médicale entre la fin du XVIII^e et le début du XIX^e siècle, au moment où le corps médical ressentira la nécessité de disséquer les cadavres, entraînant un changement radical de paradigme.

*Pour que le « regard » du médecin puisse déchiffrer les symptômes dans toute leur profondeur, il faut qu'il aille en rechercher la source à l'intérieur du corps.*⁸

C'est là le postulat de Bichat et auquel Foucault accorde toute son importance – importance équivalente accordée aux propos de Pinel lorsqu'il proclamait sa volonté d'aboutir à la description exacte et exhaustive des maladies et des corps qui en sont porteurs. En 1963, Foucault porte un nouvel éclairage sur l'émergence des processus scientifiques dans la médecine du XIX^e siècle en les inscrivant dans leur contexte social, politique et culturel.

Soulignons encore que le 2 décembre 1970, Michel Foucault prononce sa leçon inaugurale au Collège de France, où il vient de succéder à son ancien maître et ami Jean Hyppolite. Cette leçon s'intitule *L'ordre du discours* – l'ordre entendu à la fois comme injonction à parler, production de discours, offre faite par une instance et sitôt balisée par elle. Foucault annonce d'emblée l'envers du décor que sont les procédures d'exclusion : la production du discours ne concerne pas tout le monde, certains en sont exclus. Là, il fait notamment le lien avec sa thèse et l'opposition entre la raison et la folie, et sa conséquence qui amène la raison à imposer au fou le silence. Il traite en outre du vrai et du faux, de la volonté de savoir et de la volonté de vérité. Cette volonté de vérité a pour conséquence une répartition des individus en deux catégories : ceux qui sont légitimes à discourir et font autorité ; et ceux dont le discours est nul et non avvenu. Ce sont ces éléments – les procédures d'exclusion et la séquestration du discours –, appliqués au domaine psychiatrique, qui constituent le fil

⁸ *Ibid.*, p. 179.

conducteur de notre étude. Dans cette perspective, c'est sur son cours intitulé *Le Pouvoir psychiatrique* – cours inauguré le 7 novembre 1973 et qui compte douze leçons – que nous nous appuyerons notamment.

Chapitre II : L'émergence d'une réflexion

Qu'est-ce qui a amené notre culture à interpréter la folie comme une maladie mentale ?

Dans l'œuvre de Michel Foucault, l'analyse de la psychiatrie (comme pratique discursive et dispositif de pouvoir) est seconde par rapport à l'analyse de la folie. Dans son premier ouvrage, *Maladie mentale et personnalité*⁹, Foucault interroge les conditions et les formes d'apparition de la maladie mentale. Au départ de sa réflexion, deux questions : la première, « sous quelles conditions peut-on parler de maladie dans le domaine psychologique ? » ; la seconde, « quels rapports peut-on définir entre les faits de la pathologie mentale et ceux de la pathologie organique ? »¹⁰ Foucault part du constat que, depuis le XIX^e siècle, la pathologie mentale s'analyse, se conçoit et se traite selon les mêmes schèmes que ceux à partir desquels on analyse, conçoit et traite la pathologie organique. Pour expliquer cela, Foucault postule l'idée que la pensée médicale a fondé sa méthode autour d'un mythe, celui d'une pathologie générale, unitaire et abstraite – une « métapathologie » –, mythe à partir duquel les penseurs, médecins et pathologistes ont calqué les mêmes grilles d'analyse, les mêmes méthodes et les mêmes concepts aux pathologies organiques et aux pathologies mentales. C'est ce mythe qui est à l'origine, explique Foucault, de zones d'ombre et d'erreurs dans la conception même du fait psycho[patho]logique.¹¹

⁹ Réédité en 1962 sous le titre *Maladie mentale et psychologie*, après la parution de sa thèse, *Histoire de la folie* (1961). Foucault en modifia toute la seconde partie (consacrée au rapport folie - culture) pour que ses conclusions fassent écho et s'accordent à celles d'*Histoire de la folie*. Notons que l'ouvrage est très marqué par le marxisme et la phénoménologie existentialiste auxquels Foucault adhérait dans les années 1950.

¹⁰ *Maladie mentale et psychologie*, p. 1.

¹¹ Foucault formule ainsi sa problématique : « (...) on peut se demander si l'embarras ne vient pas de ce qu'on donne le même sens aux notions de maladie, de symptômes, d'étiologie en pathologie mentale et en pathologie organique. S'il apparaît tellement malaisé de définir la maladie et la santé psychologiques, n'est-ce pas parce qu'on s'efforce en vain de leur appliquer massivement des concepts destinés également à la médecine somatique ? La difficulté à retrouver l'unité des perturbations organiques et des altérations de la personnalité, ne vient-elle pas de ce qu'on leur suppose une structure de même type ? Par-delà la pathologie mentale et la pathologie organique, il y a une pathologie générale et abstraite qui les domine l'une et l'autre,

Le projet de Foucault en 1954 est de lever le voile sur des zones d'ombre et sur les préjugés culturels et les pratiques discursives qui entourent la maladie mentale et l'enferment dans une certaine conception. Penser, comprendre et expliquer la maladie mentale, ce n'est pas l'identifier à une essence abstraite ni la référer à un vécu de sens qui en donnerait la clé, mais c'est fondamentalement, pour Foucault, en ressaisir la dimension historique, analyser toutes les pratiques sociales et culturelles qui ont cherché à la cerner. Comme le résume Foucault,

Il faut donc, en faisant crédit à l'homme lui-même, et non pas aux abstractions sur la maladie, analyser la spécificité de la maladie mentale, rechercher les formes concrètes que la psychologie a pu lui assigner ; puis déterminer les conditions qui ont rendu possible cet étrange statut de la folie, maladie mentale irréductible à toute maladie.¹²

C'est à partir de l'analyse critique de leurs représentations, leurs conceptions et leurs captures au cours de l'histoire qu'il convient d'étudier les pathologies mentales. Ainsi, Foucault postulait déjà dans son tout premier ouvrage¹³, que la maladie mentale (en ce compris, la folie) est d'abord une pratique sociale avant d'être une donnée (un objet) médicale – ce sera cela le point de départ de sa thèse dans *Histoire de la folie*, en 1961.

La maladie n'a sa réalité et sa valeur de maladie qu'à l'intérieur d'une culture qui la reconnaît comme telle.¹⁴

Notons qu'à côté de cette réflexion sur le rapport de la maladie mentale et de la culture, Foucault interroge également en 1954 la maladie mentale dans son rapport avec l'individualité (la personnalité) dans laquelle elle naît et se développe – interrogation sur le psychisme humain et ses pathologies. L'étude des pathologies mentales ne peut en effet faire l'impasse de l'étude

leur imposant, comme autant de préjugés, les mêmes concepts, et leur indiquant les mêmes méthodes comme autant de postulats. Nous voudrions montrer que la racine de la pathologie mentale ne doit pas être cherchée dans une quelconque « métapathologie », mais dans un certain rapport, historiquement situé, de l'homme à l'homme fou et à l'homme vrai. » [*Ibid.*, pp. 1-2.]

¹² *Ibid.*, pp. 16-17.

¹³ Postulat qu'il va développer et approfondir tout au long de ses recherches.

¹⁴ *Ibid.*, p. 71. Notons qu'ici, Foucault envisage cette idée dans la perspective marxiste : les pathologies mentales trouveraient leur fondement dans la société capitaliste et les contradictions internes et conflits d'existence qu'elle génère. La société capitaliste est fondamentalement une société aliénante pour l'homme. D'ailleurs – et c'est là l'enjeu de sa première critique des sciences humaines dans les années 1950 –, c'est précisément cet homme aliéné que les sciences humaines se donnent comme sujet d'étude (mais sans analyser la société, son régime, sa structure et son fonctionnement, dans laquelle il s'inscrit). Dès lors, les sciences humaines ne peuvent produire que des vérités aliénées elles aussi. Dans la suite de sa réflexion, Foucault réactualisera cette idée mais en dehors de la perspective marxiste.

de l'expérience et du discours même du sujet malade.¹⁵ Jusqu'ici, explique Foucault, le problème des discours médicaux (scientifiques) sur la maladie mentale est qu'ils se sont formulés parallèlement à une certaine dévalorisation et mise sous silence des malades. Foucault pressent donc déjà, en 1954, ce clivage qu'il réactualisera et approfondira plusieurs fois au cours de son œuvre : l'idée selon laquelle les discours médicaux sur la maladie mentale ont monopolisé l'espace de parole, le champ de la conceptualisation, et ont rendu, corrélativement à cela, inaudibles les malades – réduisant leur discours à de la pure folie, à la simple expression de la maladie. Ce que démontrera Foucault vingt ans plus tard, c'est que, depuis le XIX^e siècle, le discours des malades mentaux n'a plus jamais été considéré autrement que comme un symptôme de leur maladie ; il n'a jamais été considéré comme un espace privilégié pour l'expression de leur expérience individuelle propre (sauf, bien sûr, pour la psychanalyse).

Soulignons que dans *Maladie mentale et personnalité*, Foucault n'interroge pas encore le statut de maladie assigné à la folie. En 1954, ce statut allait encore de soi pour Foucault. Ici, on l'a dit, ce sont les conditions et les formes d'apparition de la maladie mentale qui font l'objet d'un questionnement (à la fois sa constitution historique et l'expérience individuelle du malade), ainsi que sa capture – corrélatrice mais historiquement secondaire – par les discours psychologiques et les sciences humaines. Ainsi Foucault postule que :

*Ce qu'on appelle « maladie mentale » n'est que la folie aliénée, aliénée dans cette psychologie qu'elle-même a rendu possible.*¹⁶

Mais on trouve déjà présente en 1954 l'idée selon laquelle le discours psychologique sur la folie n'est que la conséquence positive d'une expérience négative primitive : une certaine expérience d'exclusion de la folie. Et cette première méfiance de Foucault envers les discours psychologiques va s'étendre, au cours de la décennie, en une méfiance généralisée envers tous les discours des sciences humaines. A ce sujet, Frédéric Gros¹⁷, dans son ouvrage, *Michel*

¹⁵ Notons que pour comprendre cette expérience, Foucault va mobiliser la méthode de la psychologie phénoménologique. Il explique ainsi qu' : « il s'agit de restituer à la fois l'expérience que le malade a de sa maladie (la manière dont il se vit comme individu malade, ou anormal, ou souffrant), et l'univers morbide sur lequel s'ouvre cette conscience de maladie, le monde qu'elle vise et qu'en même temps elle constitue. Compréhension de la conscience malade, et reconstitution de son univers pathologique, telles sont les deux tâches d'une phénoménologie de la maladie mentale. » [*Ibid.*, pp. 55-56.]

¹⁶ *Ibid.*, p. 95.

¹⁷ Frédéric Gros, philosophe français né en 1965, est spécialiste de Michel Foucault, attaché aux problématiques de philosophie politique. Il est actuellement Professeur de pensée politique à Sciences-Po (Paris).

Foucault, explique que ce sont très probablement ses lectures nietzschéennes qui ont amené Foucault à s'interroger sur le statut pathologique de la folie. C'est à partir de Nietzsche que Foucault en serait venu à se poser cette question : qu'est-ce qui a amené notre culture à interpréter la folie comme une maladie mentale ? Et c'est à partir de ce premier doute, né de ses lectures nietzschéennes, que le regard critique de Foucault se serait progressivement étendu à toutes les sciences humaines. Gros dit ainsi : « c'est Nietzsche qui a su introduire ce soupçon sur les énoncés scientifiques : ne peut-on les comprendre comme des *interprétations falsifiantes* du monde ? »¹⁸ C'est ce soupçon qui servit de moteur à Foucault pour la rédaction de sa thèse.

Chapitre III : La thèse

1. Raison contre folie :

Dans *Histoire de la folie*, Foucault opère une étude historique de l'expérience de la folie et de la pratique de l'internement depuis la fin du Moyen-Âge jusqu'à nos jours. L'angle d'attaque de l'auteur est la question de l'exclusion. L'une des thèses générales développées est cette idée que l'identité et la raison occidentales se sont formées à partir d'un geste d'exclusion : l'exclusion de la folie et de la déraison. *Histoire de la folie* est donc une histoire de la folie exclue. Pour Foucault, au fondement de la raison, il y a une négativité : la négation de ce qui n'est pas elle, de son contraire, autrement dit le rejet de la « non-raison »¹⁹. La raison naît au moment où elle se différencie et où elle stigmatise ce qui n'est pas elle. C'est l'idée que la raison, pour pouvoir se déployer, doit d'abord s'arracher au non-sens qui constitue son origine. Cette différenciation et cette stigmatisation originaires de l'autre déraisonnable, irrationnel, insensé ou fou constituent simultanément le moment de l'affirmation de la raison et du rationnel comme valeurs absolues et universelles. L'affirmation de cette raison toute-puissante marque l'avènement du règne de la vérité, de la raison souveraine qui d'emblée a exclu la non-raison

¹⁸ GROS, F., *Michel Foucault*, Paris, PUF (coll. « Que sais-je ? »), 1996, p. 14. (Il souligne.)

¹⁹ « Non-raison » n'est pas le synonyme de « déraison ». « Non-raison » est à prendre comme strict antonyme de la raison, son négatif ou sa négation ; tandis que « déraison » est à prendre exclusivement dans le sens que lui donne Foucault dans *Histoire de la folie*. La déraison à l'âge classique prend une connotation morale ; elle renvoie à ce que Foucault appelle le « monde de la Dérison », et désigne tout ce qui n'est pas conforme à la droite raison, toutes ses perversions (en ce compris : la misère, le crime, le vice et la débauche, ainsi que la folie). La folie à l'âge classique est l'un des aspects (une forme) de déraison.

de son système. L'identité occidentale s'est formée à partir de l'établissement du règne de la vérité et d'un langage commun et universel qui est celui de la raison.

La recherche opérée par Foucault vise en quelque sorte à trouver, dans l'histoire, ce qui serait le degré zéro de l'histoire de la folie, c'est-à-dire ce moment où elle est encore expérience indifférenciée. Foucault cherche la césure originale ; ce moment où la raison s'est dissociée, désolidarisée de la folie (et de la déraison) ; ce moment de rupture originale à partir de laquelle la raison a pris le pas sur la non-raison, et l'a exclue – par le rejet arbitraire d'abord, jusqu'à son enfermement systématique. C'est cette césure originale qui marque l'avènement de la domination de la raison et de la vérité.

Pour Foucault, c'est à la Renaissance que s'est formée cette rupture entre raison et non-raison qui s'institutionnalisera et se systématisera à l'âge classique ; et c'est à l'âge classique que l'homme de raison s'est totalement désolidarisé de l'homme de folie et a rompu le dialogue. Cette désolidarisation et cette stigmatisation du non-raisonnable et du fou marquent donc la rupture d'un langage commun. L'homme classique ne communique plus avec le fou ; il l'exclut et le réduit au silence, l'enfermant dans des maisons et des établissements qui lui seront progressivement exclusivement réservés : les asiles. La folie réduite au silence, la raison acquiert le monopole du discours. Ainsi elle étend universellement son règne et son langage. La raison a monopolisé le discours et a érigé le savoir et la vérité en valeurs absolues et universelles. Plus exactement, elle a érigé son propre discours en discours de vérité. Plus encore, elle a borné le vrai et la vérité exclusivement à son propre discours : le discours vrai, c'est le discours de la raison. La vérité, c'est par le langage de la raison qu'exclusivement elle s'exprime et se transmet. Et le langage de la raison, c'est le discours savant. Ainsi se sont progressivement développées – et ce, depuis la fin du XVIII^e siècle – les sciences, qui apparaissent comme les disciplines de la raison. Le discours savant, le discours scientifique est ainsi progressivement devenu incontournable et a pris la valeur de référent universel pour parler du vrai et de la vérité. Le discours scientifique, c'est le discours institué et institutionnalisé de la raison. La raison a ainsi, à travers les sciences et le discours scientifique, étendu légitimement et officiellement (institutionnellement) ses règles et son empire sur tout – c'est-à-dire sur tous les domaines investis par le langage ; sur tout ce sur quoi un discours est possible.

A l'âge classique, la raison, bien qu'ayant rompu le dialogue avec « le monde de la Dérison », a pourtant investi le champ de la folie. En effet, alors que la déraison et la folie furent progressivement réduites au silence, la raison, monopolisant le discours, a développé un discours *sur* la folie. Foucault définit le langage de la psychiatrie comme le « monologue de la

raison *sur* la folie »²⁰. Pourquoi un tel monologue ? Pourquoi la psychiatrie ? Pourquoi faire une science à partir du non-sens et de la non-raison ? Pourquoi un discours rationnel sur le non-rationnel, déraisonnable, insensé ? La folie, pose Foucault, dit quelque chose de l'homme ; elle révèle sa nature, son essence ; mais, de cette essence, elle est fondamentalement exclue. C'est-à-dire que, pour la pensée classique et moderne, la folie est considérée comme « l'autre de l'humanité ». La folie, c'est la part d'ombre présente au fond de chaque individu ; c'est la non-humanité (la négation, l'absence d'humanité, le néant). Le fou, c'est la bête qui sommeille en chaque humain et qui hante toute l'humanité. En cela, la folie constitue, depuis l'époque moderne, une source de lumière pour les sciences humaines. Et la psychiatrie, en tant que « science » de l'homme – mais nous verrons qu'en 1973, Foucault va critiquer cette prétention à la scientificité –, étudie la folie comme une expérience anthropologique ; elle révèle ce que dit la folie du fonctionnement humain. Ainsi, c'est en tant que « l'autre de l'humanité » que la folie éclaire le savoir sur l'homme. C'est pour cela que le fou n'a pas tout simplement été exterminé à l'âge classique et à l'époque moderne. Ce n'est qu'enfermée que la folie peut être utile : ainsi, d'une part, elle ne dérange pas (plus) l'ordre de la société, elle ne provoque pas le désordre ; et d'autre part, elle se retrouve dans les conditions pour pouvoir être observée et étudiée. Ce n'est qu'enfermée que la folie peut devenir objet d'une science, objet d'un savoir.

2. Les expériences de la folie depuis la Renaissance jusqu'au XIX^e siècle :

Depuis la fin du Moyen-Âge jusqu'à notre époque, ce qui constitue les différentes expériences de la folie – les discours et théories, et les pratiques sociales – n'ont cessé d'évoluer. Foucault montre que la folie (l'expérience de la folie) s'est métamorphosée au fil des siècles jusqu'à devenir progressivement objet d'un savoir médical et accéder au statut de maladie mentale – statut qui est encore le sien aujourd'hui. Foucault distingue trois grands types d'expérience de la folie durant cette période :

❖ L'expérience de la folie à la Renaissance :

Foucault situe le début de son archéologie du partage entre raison et folie à la Renaissance. Il commence par quelques considérations historiques sur la lèpre et les léproseries.

²⁰ FOUCAULT, M., *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, préface à la première édition, 1961, p. 9. (Il souligne.) Définition non présente dans la version rééditée de 1972 – révisée et renommée *Histoire de la folie à l'âge classique*.

La maladie a disparu du monde occidental à la fin du Moyen-Âge ; mais, explique Foucault, ce qui restera longtemps encore après sa disparition, ce sont toutes les valeurs et images attachées au personnage du lépreux. Le lépreux a été un personnage radicalement exclu de la société médiévale ; et ce qui restera après lui – c'est-à-dire, ce que la société gardera d'actualité après sa disparition –, ce sont précisément les structures d'exclusion. Après la lèpre, les structures d'exclusion se déporteront d'abord sur les maladies vénériennes pour finalement toucher la folie, nouvelle source d'inquiétude pour la société renaissante. Depuis la fin du XV^e siècle, explique Foucault, le visage de la folie a hanté l'imaginaire de l'homme occidental.

A la Renaissance, au niveau des pratiques sociales, la folie est exposée, elle circule au grand jour ; elle n'est pas chose que l'on cache, mais elle est chassée des villes. Au niveau des représentations, la folie renvoie au thème littéraire et pictural de la Nef des Fous, où le fou est imaginé comme être de passage, menant une existence errante. Ce thème symbolique de la Nef des Fous renvoie à une pratique réelle : pour se débarrasser des fous errants, ils étaient confiés à des bateliers, embarqués hors de la ville, envoyés outre-mer peupler les colonies. La folie marque à cette époque la porosité des frontières, des limites et des scansions. Le fou, c'est celui qui passe, qui circule, qui vient d'ailleurs, faisant ainsi trembler les frontières.

La folie à la Renaissance provoque des craintes, elle est associée à une expérience tragique, voire morbide. La folie figure la mort ; elle est source d'une grande inquiétude. Dans l'imagerie renaissante (cf. la peinture de Bosch ou de Brueghel), la folie est annonciatrice de chaos, elle renvoie à des arrières-mondes cauchemardesques et menaçants. La Renaissance fait une expérience cosmique de la folie. Au niveau des discours et des écrits par contre (cf. *l'Eloge de la folie*, d'Erasme), la folie est pensée comme expérience critique, définie dans son rapport à la raison et à la sagesse. Raison et folie y sont en perpétuelle confrontation : il n'y a pas de raison, pas d'exercice de la raison, pas de sagesse, sans la présence, en miroir, de la folie. L'une ne va pas sans l'autre. La Renaissance fait donc une double expérience de la folie : expérience cosmique pour les artistes et les peintres ; expérience critique pour les penseurs et les philosophes. Mais dans un cas comme dans l'autre, la folie demeure une source de grande inquiétude ; il y a persistance de l'image de la folie comme menace.

❖ L'expérience de la folie à l'âge classique :

L'âge classique, c'est l'époque de l'exclusion radicale de la folie. Foucault explique que le XVII^e siècle est le siècle du grand enfermement : on n'embarque plus les fous, on les enferme.

Avec l'influence de Descartes (qui a exclu la possibilité même de la folie dans ses *Méditations* et son entreprise d'atteindre une vérité sûre, exempte de tout doute), la Raison classique a radicalement exclu la folie et la déraison de son système, et ce, en les enfermant. Avec l'âge classique, la folie devient condition d'impossibilité de la Raison. « Ainsi le péril de la folie, dit Foucault, a disparu de l'exercice même de la Raison. »²¹

L'âge classique confond folie et déraison, et les enferme arbitrairement et indifféremment avec les autres formes de déviance (pauvreté, délinquance, et autres indésirables). C'est l'époque de la perception policière de la déraison et de la misère ; la pauvreté est ainsi désacralisée – le pauvre n'est plus associé à un personnage christique, il n'est plus figure de charité et de miséricorde ; désormais, il est indifféremment rejeté, enfermé et oublié, avec les autres déviants, dans des institutions closes qui font office de prisons. Désormais, misère, pauvreté et déraison relèvent – comme la délinquance – d'un problème d'ordre et d'assistance publics. L'internement au XVII^e siècle est, explique Foucault, « affaire de police » ; on le retrouve dans toute l'Europe de l'époque et a partout le même sens : la condamnation de l'oisiveté (faute économique et péché moral). L'internement à l'âge classique répond à un impératif de travail ; il constitue une réponse à la crise économique ; il devient une tactique économique. Enfermés, les oisifs et autres indigents deviennent de la main-d'œuvre utile à la société. L'âge classique est l'époque du rejet de toutes les formes d'inutilité sociale.

Le XVII^e siècle, explique Foucault, invente ainsi l'espace d'internement. C'est l'époque de la création de l'Hôpital général de Paris (1656), par décret de Louis XIV. Pour Foucault, cette institution incarne à elle seule le modèle même de l'expérience classique de la folie ; elle constitue en tout cas sa structure la plus visible – le mot d'ordre, c'est l'enfermement, qui a fonction de régulateur social, moral et économique. L'Hôpital général – qui n'a d'« hôpital » que de nom ; c'est-à-dire qu'il n'a aucun but médical ; l'internement ne sert pas la guérison, pas même la médicalisation – constitue en fait une grande prison où sont indifféremment enfermés fous, malades, insensés, handicapés, pauvres, mendiants, oisifs, vagabonds, délinquants, débauchés, prostitués, libertins, et autres formes de marginaux. L'enfermement des fous à l'âge classique n'a donc rien de l'internement thérapeutique – même si Foucault reconnaît l'existence d'une conscience médicale de la folie (cf. l'existence de structures médicales d'accueil parallèles à l'Hôpital général, comme l'Hôtel-Dieu de Paris). Cette conscience médicale de la folie à l'âge classique est l'héritière d'une vieille tradition inscrite

²¹ *Histoire de la folie à l'âge classique*, 2017, p.69.

déjà dans le droit romain, pour lequel seul un médecin a autorité pour juger de l'état de folie d'un individu (vieille tradition juridico-médicale dans la détermination de la responsabilité juridique) ; mais cela reste très anecdotique pour l'époque.

« En cent cinquante ans, l'internement est devenu, écrit Foucault, amalgame abusif d'éléments hétérogènes. »²² Il vise indifféremment tous les « indésirables », ce que Foucault appelle « le monde de la Dérison », c'est-à-dire tous ceux que la conscience morale du XVII^e siècle rejette. Le grand enfermement de la Dérison aux XVII^e et XVIII^e siècles constitue donc un problème social, un problème d'utilité sociale, et non pas du tout un problème de santé sociale (il ne s'agit pas du tout d'enfermer pour mieux soigner). L'internement est l'occasion de se débarrasser – d'une façon moralement acceptable et économiquement utile – de la Dérison. Toutefois, à cause de cet enfermement indifférencié, la folie commence à nouer des parentés obscures avec le monde de la délinquance. L'âge classique culpabilise la folie : d'une certaine façon, le fou est responsable de sa folie.

Soulignons que, au niveau des théories et des textes, Foucault signale la grande difficulté des théoriciens de l'époque dans leur projet de cerner la nature même de la folie. La folie à l'âge classique est perçue ontologiquement comme absence d'être. Associée au néant, elle n'est plus qu'un langage vide, sans profondeur ni objet. Désormais perçue comme la manifestation du rien, un langage commun entre folie et raison est devenu impossible. Le langage même de la folie a perdu tout sens, et – alors moralement discrédité – a perdu toute légitimité d'expression. La folie est ainsi condamnée au silence. Or, pour Foucault, c'est précisément cette perception de la folie comme absence d'être, cette idée que la folie n'est rien, qui explique la méconnaissance apparente des théoriciens de la folie.

❖ L'expérience moderne de la folie :

Enfin, l'époque moderne (depuis la fin du XVIII^e siècle) sera l'époque d'une expérience anthropologique de la folie. La folie n'est plus perçue comme absence d'être ; désormais, elle est envisagée comme altération des facultés humaines (déchaînement des instincts, perversion des désirs, etc.), et devient révélatrice d'une vérité humaine aliénée. Progressivement, elle est médicalisée, et devient objet d'un savoir. Au niveau des représentations et de la conscience collective, la folie est désormais identifiée à la bestialité. Il y a un rejet à la fois ontologique et moral de la folie hors de l'humanité : la folie est assimilée à la non-humanité, le fou relève

²² *Ibid.*, p. 79.

davantage de l'animal que de l'humain – ce qui explique et justifie les traitements « médicaux » rudes que subissent à l'asile les aliénés au XIX^e siècle (le « traitement moral » de la folie institué par Pinel). La folie, pour les Modernes, c'est la menace perpétuelle de la bête en l'homme.

Au milieu du XVIII^e siècle, surgit la figure du médecin au sein des établissements où est internée la déraison. Ce surgissement du médecin ne sert pas encore la médicalisation de la folie – qui n'est pas encore perçue comme maladie. L'arrivée des médecins dans ces hôpitaux/prisons ne sert alors qu'à résoudre les problèmes de santé et d'hygiène au sein des établissements – problèmes qui menacent de se répandre par-delà les murs. Il s'agit donc à la fois d'éviter la propagation de maladies entre détenus (crainte de la « fièvre des prisons »), et d'éviter les épidémies qui menacent d'envahir la ville.

A la même époque, la folie, dans l'espace même de l'internement, est progressivement isolée des autres formes de déraison (misère et délinquance, et autres déviances). C'est, explique Foucault, la dissolution de la grande unité que formait le « monde de la Dérison ». Avec la Révolution française, la Dérison ne fait plus l'objet de mesures d'enfermement arbitraire. Progressivement, la misère échappe aux mesures d'enfermement ; elle sort de prison. Toute une réflexion économique et sociale conclut que, enfermée, la misère coûte à la société ; or, sortie de prison, encadrée et mise au travail, elle lui rapporte. Il s'agit donc désormais de libérer (désenchaîner) et d'exploiter la misère ; ainsi peut-elle devenir rentable et profitable à la société. Seuls les pauvres invalides, qui ne peuvent être mis au travail – et que la société ne peut donc exploiter –, doivent encore faire l'objet de mesures publiques (d'assistance ou d'internement). A la fin du XVIII^e siècle, la folie n'est donc plus confondue avec la déraison et la misère. Elle fait l'objet d'une perception nouvelle. Désormais, elle seule continue à faire l'objet d'un enfermement – systématique, cette fois – dans des établissements qui lui sont exclusivement réservés. Ainsi, progressivement, est aménagé un espace spécifique destiné exclusivement aux insensés : les asiles, hôpitaux psychiatriques et autres maisons de fous.

L'enfermement exclusif et systématique de la folie, à la fin du XVIII^e siècle, correspond au début de sa médicalisation. La psychiatrie française se donne comme acte de naissance le moment où Pinel a « délivré » les fous de leurs chaînes (1793, Bicêtre ; 1795, la Salpêtrière). Philippe Pinel (1745-1826) est nommé médecin-chef à Bicêtre en 1793. Inspiré du surveillant Pussin et de sa pratique disciplinaire « humaniste », Pinel – convaincu que la folie ne relève pas de la délinquance (perversion intentionnelle), mais bien de la pathologie (perversion accidentelle) et pouvant dès lors être traitée – généralise le désenchaînement des fous (inauguré par Pussin) et entreprend de guérir la folie. Il instaure et institue le « traitement moral » des

aliénés, une opération thérapeutique – présentée donc comme médicale – qui vise à guérir la folie grâce à un système de punitions/récompenses, suivant la logique du bon/mauvais malade. Le mode opératoire de ce traitement moral est la culpabilisation de l'aliéné à travers des techniques moralisatrices telles que la menace, l'humiliation, le jugement, la surveillance, l'interrogatoire, etc. Le fou a à avouer sa folie, à la désigner comme l'« Autre » en lui, c'est-à-dire l'antagoniste de la raison, et à la reconnaître comme faute. Le fou, ainsi culpabilisé d'être ce qu'il est, est rendu étranger à lui-même.

Pour Foucault, la Révolution n'a pas libéré la folie ; elle l'a médicalisée. Or cette médicalisation nouvelle constitue précisément un nouvel enfermement. Pinel – et la psychiatrie française qui l'a suivi – a enfermé la folie dans une définition univoque : la folie comme maladie mentale. Avec sa médicalisation, la folie ne trouve sa vérité que dans le regard objectivant du médecin. La folie désormais a à se borner au discours du médecin ; elle a à entrer dans ses tableaux et ses classifications ; elle a à se conformer aux vérités que la médecine lui assigne.

Pour Foucault, toute l'histoire de la folie depuis le XIX^e siècle doit être comprise comme l'aménagement autour de la folie d'un dispositif de capture : la folie est d'emblée fixée dans une identité médicale qu'on lui impose, elle reste toujours internée, et seul le sens de cet internement a changé (on n'enferme plus pour corriger mais pour soigner).²³

Ce que montre Foucault, c'est que la médecine psychiatrique du XIX^e siècle est de connivence avec la morale de son temps. La folie est désormais perçue simultanément comme innocence (irresponsabilité) et culpabilité. L'aliénation acquiert un double sens : l'aliéné, c'est à la fois celui qui est médicalement dépossédé de ses droits et qui est ainsi soumis juridiquement à la puissance (à la volonté) d'un autre – c'est là la définition médico-légale de la folie. D'autre part, l'aliénation marque l'altérité éthique, le discrédit moral : une volonté mauvaise et pervertie, idée héritée de l'âge classique.

3. L'émergence d'un discours à partir d'un geste d'exclusion – vers une critique de la psychiatrie :

Donc, en résumé, pour Foucault, l'expérience moderne de la folie se caractérise par trois éléments : d'abord, la progressive médicalisation de l'espace de l'internement qui sera bientôt

²³ GROS, F., *op. cit.*, p. 25. (Il souligne.)

exclusivement destiné aux fous. Ensuite, la tentative de capture théorique de la folie (de sa vérité) par la médecine, en tant qu'elle serait une maladie mentale ; et simultanément, sa capture effective à l'asile, où elle sera enfermée pour longtemps (enfermement soutenu et légitimé par son statut médical). Enfin, une lecture morale de la folie qui la culpabilise et la soumet à des techniques d'intimidation et de punition.

Tout ceci constitue, pour Foucault, le paradoxe même des sciences humaines : elles se constituent toujours à partir d'expériences négatives (c'est l'étude des maladies organiques qui a permis la construction d'une anatomie ; c'est l'étude des aphasies qui a permis la construction d'une science du langage ; de même, c'est l'étude des pathologies de l'esprit qui a permis la formation d'une psychologie).²⁴ Ainsi, dit Gros :

*C'est comme si toutes les sciences humaines ne pouvaient énoncer des vérités positives que sur le fond d'expériences où précisément s'exprime la perte des vérités humaines.*²⁵

Et le cas de la psychiatrie – nous allons le voir – constitue, à ce titre, un cas exemplaire : c'est sur l'expérience négative de la folie que s'est constitué le discours positif de la psychiatrie – discours qui enferma la folie, et pour longtemps, dans une certaine vérité qui lui est, pour Foucault, fondamentalement aliénante.

Donc, ce que montre Foucault dans son *Histoire de la folie*, c'est qu'il est faux de penser que c'est grâce à la psychiatrie (ou à la psychologie) qu'un discours ou un savoir sur la folie a été possible. Ce n'est pas la psychologie – comme science de l'esprit humain – qui est là pour expliquer la folie ; ce n'est pas la psychologie qui peut délivrer le sens ultime de la folie. Il faut prendre le problème à rebours : c'est bien plutôt grâce aux différentes expériences qui ont été faites de la folie qu'une science psychiatrique, puis psychologique ont pu s'édifier. C'est précisément l'expérience que nous faisons de la folie qui permet de comprendre l'émergence historique de la psychiatrie et de la psychologie comme sciences humaines. Un savoir positif se fonde toujours sur une expérience négative. Mais, face à cette thèse, Foucault reste prudent et formule lui-même (en 1961) la critique : comment une vérité positive sur l'homme peut-elle émerger d'une expérience de l'effondrement des vérités humaines ? Autrement dit, dit Gros :

²⁴ *Le paradoxe de la psychologie « positive » au XIX^e siècle est de n'avoir été possible qu'à partir du moment de la négativité [...] La vérité de l'homme ne se dit que dans le moment de sa disparition ; elle ne se manifeste que devenue déjà autre qu'elle-même. [Ibid., p. 649.]*

²⁵ GROS, F., *op. cit.*, pp. 26-27. (Il souligne.)

Comment une science pourrait prétendre énoncer des vérités positives sur l'homme, quand elle ne tire sa relative clarté que de la nuit de la folie où toute vérité se perd ? Que valent donc ces vérités positives sur l'homme qui ne prennent leur sens ultime que depuis une expérience de l'effondrement de toute vérité ?²⁶

Ainsi prend forme le regard méfiant et critique de Foucault sur la psychiatrie (tant au niveau de ses discours que de ses pratiques) car, finalement – et c'est bien cela que notre travail cherche à démontrer –, ce que fait Foucault, c'est montrer que ces discours savants, ces discours de vérité (qui monopolisent, légitimement donc, la parole et le champ de la conceptualisation puisqu'eux seuls sont compétents pour dire la vérité) se sont établis – et ont pu s'établir – qu'à la condition de réduire au silence (au moyen de l'enfermement) leur objet d'étude, les sujets de leurs discours. C'est parce que la psychiatrie a discrédité le discours des fous (en le réduisant à la simple expression de la maladie, à l'un de ses symptômes) et qu'elle s'est simultanément dressée comme science médicale de la folie, des fous et des malades mentaux en général, qu'elle a pu *légitimement* l'objectiver, la maîtriser, l'enfermer et la traiter. Légitimement, c'est-à-dire, notons-le, sans que la scientificité de la psychiatrie soit remise en question ; sans que ni sa pratique, ni son pouvoir, ni son discours ne soient remis en doute et suspectés d'abus ou d'impostures ; c'est-à-dire encore sans que lumière se fasse sur les rapports de force sur lesquels elle s'établit et qu'elle ne soit reconnue comme pur dispositif de pouvoir. C'est donc à partir d'une certaine pratique (l'enfermement systématique de la folie dans un espace disciplinaire de médicalisation où le psychiatre règne en maître, détenteur absolu de la vérité) que la psychiatrie s'est établie, au XIX^e siècle, comme médecine et comme science – légitimant ainsi à la fois son pouvoir et son discours.

A notre époque l'expérience de la folie se tait dans le calme d'un savoir qui, de la trop connaître, l'oublie.²⁷

²⁶ *Ibid.*, p. 27. (Nous soulignons.)

²⁷ *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, préface à la première édition, p. 11. (Citation non présente dans la version rééditée de 1972.)

Chapitre IV : Transition

D'une histoire de la folie exclue à l'histoire du pouvoir psychiatrique

Entre *Histoire de la folie à l'âge classique* et *Le Pouvoir psychiatrique*, une décennie s'est écoulée. Pourquoi ? Pourquoi une décennie avant de réitérer le propos ? Et pourquoi même avoir réitéré le propos ? Qu'est-ce qui a changé dans sa réflexion ? Que fait Foucault dans son cours sur *Le Pouvoir psychiatrique* qu'il n'avait déjà étudié dans son *Histoire de la folie* ? Ou plutôt, pourquoi un cours sur le pouvoir psychiatrique après une étude historique colossale consacrée à l'expérience de la folie depuis la Renaissance jusqu'à la naissance de la psychiatrie au XIX^e siècle – et *a fortiori* dans laquelle [étude], l'auteur avait déjà traité la question du pouvoir psychiatrique (analyse de la position du psychiatre et son pouvoir sur l'aliéné dans l'espace de l'internement)²⁸ ? Pourquoi Foucault revient-il sur le thème du pouvoir psychiatrique ; et en quoi ce thème forme-t-il un sujet pour une problématique nouvelle ? Quel est son projet dans son cours de 1973-1974 ?

Foucault présente son cours comme « le deuxième volume »²⁹ de son *Histoire de la folie* ; prolongement donc de sa thèse, mais avec un certain nombre de modifications. Le premier déplacement qu'opère Foucault se situe à son point de départ même : non plus une étude de la folie à partir de l'analyse de ses représentations ; désormais, c'est le problème du pouvoir qui est au cœur de l'analyse.

Or, là, je voudrais essayer de voir, dans ce deuxième volume, s'il est possible de faire une analyse radicalement différente, en ceci que je voudrais voir si l'on ne peut pas mettre au point de départ de l'analyse, non plus cette espèce de noyau représentatif qui renvoie forcément à une histoire des mentalités, de la pensée, mais un dispositif de pouvoir. C'est-à-dire : dans quelle mesure un dispositif de pouvoir peut-il être producteur d'un certain nombre d'énoncés, de discours et, par conséquent, de toutes les formes de représentations qui peuvent par la suite [s'en former et] en découler ?³⁰

Le second déplacement concerne l'usage de certaines notions, et en particulier celle de violence³¹ qu'il juge désormais inadéquate, insuffisante dans son propos. En effet, Foucault ne

²⁸ Cf. à ce sujet les chapitres : « Médecins et malades », « Du bon usage de la liberté » et « Naissance de l'asile », dans *Histoire de la folie à l'âge classique*.

²⁹ *Le Pouvoir psychiatrique.*, p. 14.

³⁰ *Ibidem.* (Nous soulignons.)

³¹ Cf. les analyses des modes de traitement de la folie dans *Histoire de la folie à l'âge classique* : II^e partie, chap. IV « Médecins et malades » ; et III^e partie, chap. IV « Naissance de l'asile ».

veut plus parler de violence parce que cette notion véhicule toujours une connotation de brutalité qui s'exerce sur le corps. Or, l'usage de la violence à l'asile représente en fait une tactique de pouvoir – parfaitement définie – parmi d'autres. Non seulement le pouvoir psychiatrique exerce une coercition physique sur les corps, mais en plus il produit des discours et des formes de savoir qu'il assigne aux aliénés. Notons que ce double versant, cette double expression du pouvoir que postule Foucault peut être mise en perspective avec une autre de ses thèses : un savoir positif se fonde toujours sur une expérience négative. C'est sur l'expérience négative de la folie que s'est constitué le discours positif de la psychiatrie, discours qui enferma la folie et pour longtemps dans une certaine vérité qui lui est fondamentalement aliénante.

Le projet de Foucault dans *Le Pouvoir psychiatrique* est de lever le voile sur une imposture scientifique : celle d'une discipline médicale qui opère en marge des canons de la scientificité moderne et qui se révèle être pure pratique de pouvoir. Pour démontrer sa thèse, Foucault réalise une double opération dans son cours. D'abord, celle de déconstruire les discours psychiatriques, à travers la problématisation de la notion de vérité en psychiatrie (et la révélation d'un véritable « jeu de la vérité »). Foucault consacre une partie de son cours (la majorité de ses leçons, en fait) à l'analyse du rapport de la psychiatrie au problème de la vérité (à la fois la vérité de son objet d'étude [la folie], et à la fois la place de la vérité dans ses propres discours). Il révèle la nécessité pour la psychiatrie de *produire* la vérité de la folie, plus encore, de produire la folie en sa vérité (cf. le cas exemplaire de Charcot) si elle veut pouvoir passer pour science. L'autre opération de Foucault est le décortilage de la pratique psychiatrique et l'analyse critique de son pouvoir : sa technologie et ses dispositifs disciplinaires d'assujettissement et d'aliénation de la folie, et les rapports de pouvoir qu'elle met en place.

A travers ces deux opérations, ce qui est en jeu, c'est l'analyse de la relation psychiatrique même ; la relation psychiatre-fou qui constitue une scène d'affrontement dans laquelle le fou va répondre, nous verrons, à la force dominatrice du psychiatre par des contre-manceuvres de résistance. Nous cherchons à montrer que tout l'enjeu ou le projet sous-jacent – « l'espèce d'arrière-fond général »³² – du cours est de pouvoir, à l'avenir, « faire une histoire de la psychiatrie qui ne gravitera plus autour du psychiatre [cet imposteur] et de son savoir, mais qui gravitera enfin autour des fous »³³ (l'expérience de leur internement, de leur aliénation,

³² *Le Pouvoir psychiatrique*, p. 138.

³³ *Ibidem*.

ainsi que leur expérience personnelle de fou, l'expérience de leur propre folie). L'horizon de Foucault est donc celui d'une histoire de la psychiatrie qui serait l'histoire d'une expérience psychiatrique où la parole serait d'abord et avant tout donnée aux fous eux-mêmes.

Chapitre V : Faire événement au moyen du G.I.P.

Pour comprendre l'horizon de Foucault en 1973, remontons deux ans en arrière, lorsqu'il fonda – avec Pierre Vidal-Naquet, historien, spécialiste de la Grèce antique, et Jean-Marie Domenach, écrivain et journaliste – le Groupe d'information sur les prisons (G.I.P.). L'objectif du G.I.P. est d'attirer l'attention sur la situation *intolérable* dans les prisons en France. Foucault se sert de son statut d'intellectuel et de sa notoriété pour apporter sa contribution à la cause. En recueillant les témoignages des personnes concernées et en donnant la parole aux détenus eux-mêmes, il braque le projecteur et le micro sur les conditions de vie dans le milieu carcéral. Parler ici du G.I.P nous paraît essentiel car ce qui est en jeu, c'est précisément de rendre audibles des gens à qui le discours a été confisqué – enjeu formulé déjà par Foucault, on l'a vu, en 1970, dans son discours inaugural au Collège de France, et qui demeurera d'actualité en 1973 lorsqu'il traitera de la question asilaire.

Pour bien comprendre le projet et surtout la posture de Foucault, le texte d'Antoine Janvier, « Le Groupe d'Information sur les Prisons : La philosophie politique à l'épreuve de l'événement »³⁴, nous est très éclairant. Ce que fait Foucault avec le G.I.P., explique Janvier, c'est d'engager un nouveau type de luttes, différent de ce qui se pratiquait à l'époque en France. La posture de Foucault est une posture politique, à la fois théorique et pratique, qui prend sens dans une philosophie de l'événement : ce que fait Foucault au moyen du G.I.P., c'est créer l'événement. Avant l'intervention de Foucault, une chape de plomb maintenait le silence sur les prisons alors que tout un concert de revendications y bruissait. A l'époque, seul le Ministère de la Justice française communiquait sur les prisons, essentiellement sous forme de compte-rendu statistique – discours *sur* les prisons, mais jamais discours *des* prisons. Mais, en 1971, il

³⁴ JANVIER, A., « Le Groupe d'Information sur les Prisons : La philosophie politique à l'épreuve de l'événement », prononcé lors de la journée d'étude « Qu'est-ce qu'un groupe ? », organisée par le Groupe belge d'Etudes Sartriennes (org. Fl. Caeymaex et G. Sibertin-Blanc), le 23 février 2007, à l'Université de Liège.
https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/211660/1/Antoine_Janvier_GIP.pdf

apparaît urgent à Foucault de donner une tribune, à travers la presse et les médias, à tous les acteurs, protagonistes intervenant dans l'univers carcéral et aux détenus eux-mêmes. Il s'agit de permettre à ceux qui sont enfermés de s'exprimer à propos de leurs conditions de vie. La multiplication des témoignages et l'échange d'informations devaient permettre aux détenus d'acquérir une identité de groupe ; et cette posture de groupe devait permettre aux détenus de se percevoir eux-mêmes et d'être perçus comme force. Il fallait désormais exister dans l'arène des forces en présence, émerger dans le débat, parler et devenir audibles, avoir place dans la lutte sociale, économique et politique – de laquelle, jusque-là, ils étaient exclus, maintenus, sinon muets, du moins inaudibles par l'autorité qui avait confisqué le discours.

La posture que tient Foucault avec le G.I.P., cet événement qu'il crée, doit être compris dans le sens de l'*Entstehung* – dans la conception nietzschéenne de la généalogie³⁵ –, c'est-à-dire qu'il a permis l'émergence d'un groupe qui s'est constitué en force et a relancé la lutte pour sa survie dans le champ de bataille, dans l'arène politique dont il était exclu.

*L'émergence se produit toujours dans un certain état de forces. L'analyse de l'Entstehung doit en montrer le jeu, la manière dont elles luttent les unes contre les autres, ou le combat qu'elles mènent en face des circonstances adverses, ou encore la tentative qu'elles font – se divisant contre elles-mêmes – pour échapper à la dégénérescence et reprendre vigueur à partir de leur propre affaiblissement.*³⁶

Avec le G.I.P., Foucault n'avait pas l'ambition de porter ou de rapporter une parole car cette position présuppose un objectif, un idéal à atteindre ; il n'a pas non plus dénoncé une situation qu'il ne vivait pas lui-même, de laquelle il n'était pas acteur. En laissant parler les prisonniers, en leur offrant une tribune, Foucault ne s'est pas approprié leur combat, au sens d'une récupération politique. Il ne s'est pas non plus fait porte-parole – en parlant au nom de, on continue de monopoliser la parole et de la confisquer. Par contre, Foucault a fait événement en permettant l'actualisation de la lutte, la rendant possible. Avant le G.I.P., il n'y avait pas cette possibilité de lutte pour les détenus parce qu'ils n'étaient pas reconnus comme interlocuteurs valables ; mais à partir du moment où le groupe s'est formé, a existé en tant que force, et a pu entrer dans la lutte, ils ont *de facto* atteint cette reconnaissance.

³⁵ Foucault venait de publier « Nietzsche, la généalogie, l'histoire » [in *Hommage à Jean Hyppolite*, Paris, P.U.F., coll. « Epiméthée », 1971, pp. 145-172.]

³⁶ « Nietzsche, la généalogie, l'histoire », in *Dits et écrits I, 1954-1975*, n° 84, p. 1011.

L'action du G.I.P. a fait événement en permettant à des individus de se reconnaître une histoire commune avec d'autres individus et se faisant, de se constituer en groupe, passant de l'invisibilité au champ du visible, et du négligeable à une force. Ils se dressent désormais comme véritable contre-pouvoir dont il faut tenir compte dans les décisions qui les concernent car ils sont partie prenante dans le débat. Soulignons ce que note Antoine Janvier :

C'est Daniel Defert qui, dans sa postface à l'ouvrage d'archives sur le GIP, insiste sur la fonction « protectrice » jouée par Foucault, Domenach et Vidal-Naquet, par opposition à une fonction de leader ou de chef de bande, voire de guide intellectuel : le GIP voulait remplir une activité anonyme, tout en se protégeant des risques de censure et de répression de la part du gouvernement (fréquents en cette époque post-mai 68). D'où le rôle des trois intellectuels « protecteurs ». Cf. Philippe ARTIÈRES et alii, Le Groupe d'Information sur les Prisons. Archives d'une lutte : 1970-1973, IMEC.³⁷

Et plus loin, il ajoute :

En ce sens, le GIP fut incontestablement une réussite : il a inventé de nouveaux types de luttes, de nouveaux exercices des forces, il l'a inventé avec les détenus. Le GIP n'a pas réussi parce qu'il a donné lieu à une situation sans pouvoir, à une forme d'émancipation enfin arrivée : une prison où ce sont des règles de réciprocité qui prévalent, une prison démocratique, une prison sans classes, ... Le GIP a réussi dans la mesure où il a fait événement, c'est-à-dire où il a été producteur de groupes : de forces et d'exercices de forces. Les détenus sont apparus comme une force, ils ont pu exprimer des revendications, les négocier, faire valoir leurs exigences, trouver un lieu de parole inconnu jusqu'alors.³⁸

Nous posons que c'est cette posture de protecteur et ce projet d'événement qui continuent d'être l'horizon de Foucault en 1973. Malgré que ce n'est pas le même geste, la même démarche qu'il réalise dans *Le Pouvoir psychiatrique*, ce que fait Foucault ici, c'est peut-être bien l'étape inaugurale d'un tel projet dans l'espace asilaire. En effet, en levant le voile sur une imposture scientifique au XIX^e siècle, sur la monopolisation du discours par l'instance psychiatrique, Foucault fait la lumière sur un système autoritaire dans lequel une catégorie d'individus se trouve enfermée et réduite au silence. *Le Pouvoir psychiatrique* doit pouvoir permettre d'ouvrir le champ pour une lutte, ouvrir un espace pour le discours des aliénés et le

³⁷ JANVIER, *op. cit.*, p. 1.

³⁸ *Ibid.*, p. 13.

rendre audible, et en ce sens, il doit faire événement. Il s'agit maintenant de parcourir le texte de Foucault à la recherche d'arguments qui appuient notre propos.

PARTIE II : SAVOIR ET PRATIQUE PSYCHIATRIQUES

Introduction : Prémices au *Pouvoir psychiatrique*

Entre 1954 et 1963, Foucault fait publier trois ouvrages : en 1954, *Maladie mentale et personnalité* ; sa thèse, *Histoire de la folie à l'âge classique*, en 1961 ; et *Naissance de la clinique*, en 1963. Ces trois ouvrages, on peut les rassembler sous la même bannière ; on peut les considérer comme trois épisodes d'une même série puisque tous traitent, d'une certaine façon, de la maladie [mentale] (conceptions et représentations) et du traitement de la maladie, dans une perspective historique. Dans son premier ouvrage, on l'a vu, Foucault interroge les conditions et formes d'apparition de la maladie mentale (en ce compris, la folie). En 1961, le regard de Foucault change puisque c'est dans son *Histoire de la folie* qu'il remet pour la première fois en question le statut de maladie assigné à la folie. Foucault ne réduit plus d'emblée la folie à une maladie et cherche à l'envisager autrement : d'abord historiquement, en montrant que la folie n'a pas toujours été considérée comme une maladie ; ensuite dans son rapport à l'art et à la littérature. Le grand postulat de Foucault en 1961 est que la folie constitue d'abord une expérience : on ne peut réfléchir sur ce qu'est la folie sans la replacer sous le prisme de l'expérience de la folie qui la façonne et la détermine. La folie – plus exactement, l'expérience (les représentations) de la folie – n'a cessé d'évoluer au fil des siècles jusqu'à acquérir dans les dernières années du XVIII^e siècle le statut de maladie, et devenir progressivement, tout au long du XIX^e, objet d'un discours et d'un savoir médical. Quant à l'ouvrage de 1963, *Naissance de la clinique*, il apparaît à la fois comme la suite logique de la réflexion de Foucault sur la maladie mentale, et à la fois comme en rupture avec elle puisqu'il n'est jamais question de la maladie mentale dans l'ouvrage. La *Naissance de la clinique*, comme l'indique son sous-titre, constitue une archéologie du regard médical : l'ouvrage interroge et retrace les conditions d'émergence du regard médical moderne (l'[anatomo-]clinique) et analyse les modes de conceptualisation de la maladie qu'a connus le XVIII^e siècle : la médecine classificatrice, la médecine des épidémies, la médecine clinique et sa révolution avec le développement de l'anatomie pathologique (fabuleuse révolution dans le champ de la connaissance médicale rendue possible grâce à la généralisation de la pratique de l'ouverture et de l'étude des cadavres, et qui trouva en Xavier Bichat, un chercheur et un théoricien de génie).

Pourquoi voir en *Naissance de la clinique* une suite logique de la réflexion sur la maladie mentale alors que précisément l'ouvrage n'en parle pas ? Plus encore, cet ouvrage un peu « à part » dans l'œuvre de Foucault de par son sujet et sa technicité apparaît finalement (et cela semble d'autant plus évident à la lecture de son cours de 1973-1974) comme absolument indispensable à la réflexion de Foucault sur la folie et la psychiatrie, et pour appuyer la thèse qu'il soutient dans son cours. En effet, on peut voir derrière l'étude réalisée par Foucault dans *Naissance de la clinique*, un socle, des fondations, une sorte d'appui solide pour soutenir la thèse selon laquelle la psychiatrie du XIX^e siècle constitue une imposture scientifique : son discours savant (par lequel le psychiatre légitime sa pratique et son pouvoir, et par lequel la discipline psychiatrique acquiert à la fois le statut scientifique et à la fois se fait instance de contrôle des conduites) n'est rien d'autre que la formulation d'un savoir somme toute médiocre en ce sens qu'il n'a pas passé l'épreuve de la scientificité. Il n'est pas question de déclarer que les psychiatres sont des ignorants parce que tous les praticiens sont bien diplômés de médecine, ils possèdent le titre de médecin, et à ce titre sont détenteurs d'un savoir, mais que ce sur quoi Foucault formule le doute, c'est sur la scientificité des discours et des pratiques psychiatriques parce qu'ils ne répondent pas aux canons de la scientificité moderne. Et ce que dit Foucault dans *Naissance de la clinique* nous permet de comprendre cela.

*

Pour Foucault, le plus grand défi de la psychiatrie – et ce, depuis ses débuts avec Pinel (lui-même médecin, héritier de la médecine clinique) – a toujours été de se légitimer comme médecine ; plus exactement, de parvenir à s'établir comme science médicale, discipline scientifique. A la lecture des textes de Foucault, on pourrait distinguer plusieurs tentatives, plusieurs opportunités à partir desquelles la psychiatrie du XIX^e siècle pouvait se légitimer scientifiquement : dans les premières années du siècle, tout d'abord, avec l'opportunité que présentaient le développement de l'anatomie pathologique et l'émergence de l'anatomo-clinique (Bichat, Laënnec) ; ensuite, à partir des années 1820, avec les théories sur l'idiotie (Esquirol) et le développement des « fonctions-Psy » (l'extension et la diffusion progressives de la psychiatrie hors de l'asile jusqu'à se faire instance hygiénique de contrôle des conduites). Cette époque, c'est également celle où la psychiatrie pénètre le domaine pénal : son expertise devait pouvoir éclairer les crimes monstrueux, sans raison, apparus dans les années 1825. Une autre opportunité s'est présentée, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, avec le fondement de la neuropathologie (Duchenne de Boulogne, Broca) ; et on pourrait même voir dans la révolution pasteurienne – « pasteurisation » (aseptisation) de l'hôpital et « reconsidération » du

rôle du médecin (qui n'a plus à créer la vérité de la maladie qu'il étudie) –, la dernière opportunité pour la psychiatrie du XIX^e siècle de s'établir scientifiquement.

A la lecture de Foucault, nous comprenons que ce qui a mis la psychiatrie en échec scientifiquement au XIX^e siècle, c'est son incapacité technique à suivre – et à s'accorder sur – les canons de la scientificité moderne (canons que la médecine de l'époque, elle, semble mieux équipée à suivre). L'analyse foucauldienne de la psychiatrie en termes de dispositif de pouvoir trouve sa raison d'être dans une déconstruction fondamentale de la psychiatrie en tant que « dispositif scientifique ». Pour Foucault, la psychiatrie du XIX^e siècle, produit des discours qui ont valeur de vérité *qu'en tant qu'elle est reconnue* comme discipline scientifique, mais doute se fait sur la scientificité effective de ses discours. La vérité qu'elle énonce n'est pas le résultat d'un savoir mis à l'épreuve, mais elle est posée comme vraie statutairement, assignée à son objet et devient un passeport de légitimité pour le psychiatre, sa pratique et son pouvoir.

*La vérité est convoquée moins à titre de propriété intrinsèque d'énoncés, qu'au plan de sa fonctionnalité, par l'horizon de légitimation qu'elle fournit aux discours et pratiques à partir desquels le pouvoir psychiatrique organise son exercice, et par le mode d'exclusion qu'elle autorise.*³⁹

Chapitre I : La critique de la psychiatrie en tant que discipline scientifique

1. L'anatomie pathologique, une révolution médicale :

A l'instar de sa thèse de 1961 sur les diverses représentations et expériences de la folie, dans *Naissance de la clinique*, Foucault postule que la maladie a connu elle aussi diverses conceptions (divers modes de conceptualisation) tout au long de son histoire. Comme la folie, la conception de la maladie est socialement construite et dépend du contexte historique dans lequel elle s'inscrit. L'histoire de la maladie a donc connu une pluralité de modes de conceptualisation du pathologique ; et cette histoire, nous dit Foucault, est faite de discontinuités. La médecine moderne n'est pas le résultat d'un développement linéaire fait d'une progression constante au niveau du raffinement des techniques de soins et de

³⁹ LAGRANGE, J., « Situation du cours », in FOUCAULT, M., *Le Pouvoir psychiatrique*, p. 372.

l'accumulation des connaissances ; au contraire, l'histoire de la médecine est faite de ruptures, de désaccords, et ce, dès la manière même de penser la maladie.

Ainsi, au XVIII^e siècle, trois grands paradigmes médicaux (trois types de pratiques médicales) se sont joutés et succédés : la médecine des espèces (appelée aussi médecine classificatrice, ou nosologie), la médecine des épidémies, et la médecine clinique (en deux temps puisqu'elle connut une révolution avec le développement de l'anatomie pathologique). Chacun de ces trois paradigmes s'est élaboré autour d'un mode particulier de conceptualisation de la maladie et a élaboré son mode particulier d'intervention et de théorisation. Un point commun rassemble néanmoins ces trois paradigmes sous la bannière de la médecine moderne : l'importance accordée à la perception – conçue comme fondement même de la connaissance médicale. Le propre de la médecine moderne est un retour au perçu (comme origine de sa positivité). Au XVIII^e siècle, on assiste en médecine à une réorganisation de l'espace manifeste et secret du corps et de ses maux (désormais objets d'une perception en surface *et* en profondeur). Foucault parle d'une réorganisation du visible et de l'invisible. L'apogée de cette médecine moderne fut atteinte avec la généralisation de la pratique de l'autopsie cadavérique – révolution qui permit le développement de l'anatomie pathologique puis de l'anatomo-clinique. Ainsi se dessinent et s'instituent les fondements de l'objectivité scientifique dans le domaine médical (une méthode expérimentale de perception et d'étude de l'organisme) : l'ouverture, le découpage, l'observation, l'analyse, le quadrillage, l'analogie et la classification.

Afin de bien comprendre la révolution qu'a constituée le développement de l'anatomie pathologique sur le plan de la connaissance médicale et au niveau même de la conceptualisation de la maladie, présentons ce que nous dit Foucault des trois types de médecine qu'a connus le XVIII^e siècle et qui ont précédé l'émergence de l'anatomie pathologique.

❖ La médecine classificatrice :

Depuis l'Antiquité jusqu'au XVIII^e siècle, la médecine n'a guère connu, explique Foucault, de révolution (d'avancée) majeure dans le domaine de la connaissance médicale. Jusque-là, c'est la médecine classificatrice (ou nosologique) qui domine la pensée et la pratique médicales. Comme son nom l'indique, la médecine classificatrice vise essentiellement à classer les faits pathologiques ; et cette classification se fait rigoureusement par familles, genres et espèces. Foucault distingue quatre principes fondamentaux à cette médecine.

Premièrement, la médecine classificatrice est une médecine que Foucault appelle « historique » (par opposition à « philosophique ») ; c'est-à-dire qu'elle se concentre sur les phénomènes pathologiques observables (les symptômes, manifestes en surface), et non pas sur leurs causes. Et l'observation de ces symptômes ne s'inscrit pas dans une étude de leur évolution ou de leur déroulement, elle demeure synchronique : la description « simple » de chaque phénomène observable tel que et au moment où il se présente. Deuxièmement, la médecine classificatrice est une médecine qui opère par analogies : méthode analogique à partir de l'observation des phénomènes pathologiques pour déterminer la nature et l'espèce (famille et genre) de la maladie, et opérer ainsi sa classification. Ainsi, le troisième principe formalisé par Foucault : cette méthode analogique permet de révéler l'ordre rationnel de la maladie, comme si les ressemblances révélaient l'ordonnement ontologique des maladies – pour la médecine classificatrice, l'ordre de la maladie fait partie de son essence, le principe d'analogie devient loi de production des essences. Enfin, quatrième principe caractéristique de la médecine classificatrice : celle-ci conçoit le caractère essentiel de la maladie – la maladie comme ayant une existence propre, autonome et antérieure à son « incarnation » dans le corps du malade. Ainsi, le malade est plutôt envisagé comme source d'interférences, de perturbations dans le cours « naturel » de la maladie. Aussi, pour déterminer la nature de la maladie dans le corps, le médecin doit faire abstraction du patient et de ses particularités. Ce n'est donc pas le malade lui-même « l'objet » de l'intervention médicale, mais bien la maladie en tant qu'elle est incarnée dans un sujet.

Au-delà de ces principes, Foucault décrit d'autres caractéristiques propres à la médecine classificatrice. Notons encore ces deux éléments : d'abord que le regard nosologique reste en surface, il ne se préoccupe pas de la localisation de la maladie dans le corps ; ensuite, que cette médecine privilégie les soins médicaux à domicile (et non pas à l'hôpital) car elle considère que l'hôpital constitue un lieu artificiel qui altère, de par sa promiscuité, la nature des maladies.

❖ La médecine des épidémies :

A partir du XVIII^e siècle, une seconde médecine commence à se développer à côté de la nosologie : la médecine des épidémies – nouveau mode de conceptualisation de la maladie qui se concentre désormais, comme son nom l'indique, sur la notion d'épidémie. Toute maladie devient épidémique dès qu'elle touche simultanément un nombre certain d'individus répartis sur une même zone géographique. Foucault explique que la question de la prévalence et de la

distribution géographique deviennent ainsi les préoccupations centrales de la médecine des épidémies. D'autre part, se pose également désormais la question des causes de la maladie, qui se substitue à celle de la nature (de l'espèce) des phénomènes pathologiques. C'est en se concentrant sur ses causes que la médecine des épidémies peut éradiquer une maladie. Ainsi, la médecine se met à intervenir de façon constante et contraignante sur l'environnement physique et social (les foyers pathogènes). Révolution dans le domaine de l'hygiène publique, la médecine se centralise et se double d'un imposant appareillage bureaucratique (une police).

Ainsi, en France, cet « interventionnisme » médical naissant s'est institutionnalisé avec la fondation de la Commission de médecine de Paris (qui deviendra en 1778, la Société royale de médecine sous l'action de deux médecins royaux, Vicq d'Azyr et Lassone). Cette institutionnalisation de l'intervention médicale vise à l'origine la surveillance, le contrôle et la gestion des épidémies. Mais son rôle s'élargira, explique Foucault, jusqu'à devenir instance de contrôle et d'encadrement de toute la pratique et de la connaissance médicales – appuyant ainsi toujours plus le mouvement de centralisation de la médecine. Ce que souligne Foucault à travers cet exemple de la Société royale de médecine, c'est l'expansion progressive du pouvoir et de l'expertise médicale dans le champ social qui suivit cette institutionnalisation de la médecine des épidémies. L'espace médical coïncide désormais avec l'espace social, il le traverse et le pénètre. Le pouvoir médical n'est donc plus seulement un pouvoir curatif, il acquiert également un pouvoir normatif, contrôlant la bonne santé et l'hygiène de toute la population.

❖ La médecine clinique :

La troisième médecine qu'a connu le XVIII^e siècle, c'est la médecine clinique. L'émergence de cette nouvelle pratique médicale, explique Foucault, n'a pas constitué – du moins à ses débuts – une révolution dans le domaine de la connaissance médicale et scientifique. Les grandes caractéristiques de la clinique (le projet d'une description exhaustive et méthodique de cas individuels ; la méthode centrée sur le regard du médecin et visant l'observation détaillée des symptômes visibles ; l'enseignement de la médecine centré sur la formation pratique – et non plus seulement théorique – en milieu hospitalier ou auprès d'un médecin expérimenté) ne lui sont pas propres ; elles constituent des héritages de la pensée naturaliste du XVII^e siècle et de la nosologie. Ce qui caractérise en propre la méthode clinique, c'est un aiguisement du regard : le regard du médecin ne se limite plus aux structures (formes ; dispositions spatiales ; nombre et taille). Désormais, le regard du médecin est également – et surtout – attentif aux

couleurs, aux variations, aux anomalies. Le regard clinique est un regard qualitatif qui parcourt la surface du corps dans ses moindres détails, cherchant à détecter la plus petite anomalie.

La médecine clinique se concentre exclusivement sur l'analyse des symptômes et de leur évolution dans le temps. La maladie, pour la médecine clinique, n'est *qu'*une collection, une combinaison de symptômes ; autrement dit, par-delà les symptômes, il n'y a pas d'essence pathologique. La médecine clinique conçoit le caractère fondamentalement variable des maladies et la diversité de ses manifestations – d'où le grand intérêt qu'elle porte à la question du temps (de l'évolution temporelle des symptômes).

Cette variabilité fondamentale du fait pathologique et la multiplicité de cas qu'il présente crée une grande incertitude dans le champ médical. Ce thème de l'incertitude est un thème auquel tout le XVIII^e siècle était particulièrement sensible. L'incertitude était alors comprise à la fois comme un signe de grande complexité du côté de l'objet étudié (c'est-à-dire grande complexité pour l'homme qui l'étudie), et à la fois comme un signe d'imperfection du côté de la science (c'est-à-dire imperfection, sur un plan scientifique, de la discipline créée autour de l'objet). Pour la pensée nosologique, cette incertitude constituait une entrave significative à la connaissance médicale. Avec la médecine clinique, au contraire, elle devient un élément positif de connaissance. Comme l'explique Foucault, « la médecine découvre que l'incertitude peut être traitée, analytiquement, comme la somme d'un certain nombre de degrés de certitude isolables et susceptibles d'un calcul rigoureux. »⁴⁰ Chaque élément perçu, chaque signe manifeste, chaque symptôme observé est alors isolé, mesuré et enregistré, puis confronté à un ensemble pour ensuite prendre place dans une série d'événements. C'est l'importation de la pensée probabilitaire dans le champ clinique. Notons que cette logique quantitative sur laquelle repose la médecine clinique – et par laquelle elle s'oppose à la médecine classificatrice – ne la caractérise pas en propre ; on la retrouve déjà dans la médecine des épidémies pour qui la question de la prévalence était une question essentielle.

Une autre particularité de la méthode clinique est son rapport spécifique aux théories et aux systèmes. Le regard clinique, explique Foucault, est un regard entraîné, aiguisé, attentif au moindre détail, et simultanément sourd aux théories et systèmes. Le regard clinique observe en dehors des grandes théories médicales. C'est un regard qui observe dans le silence – silence qui doit lui permettre une perception (observation, écoute, toucher) pure du corps et des symptômes. Ce silence, Foucault le décrit comme double : à la fois le silence « relatif » des théories et de

⁴⁰ *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, p. 97.

l'imagination, et de tout ce qui peut faire obstacle à l'immédiat sensible ; et le silence « absolu » de tout langage qui serait antérieur au visible. Foucault cite ainsi Corvisart⁴¹ : « Toute théorie se tait ou s'évanouit toujours au lit du malade »⁴². Le clinicien ne peut interférer sur la réalité qu'il observe ; il doit se garder d'y plaquer un schème théorique rigide et doit laisser parler les faits d'eux-mêmes. Le regard clinique, c'est à la fois le regard pur de celui qui observe pour la première fois, mais c'est un regard qui n'en est pas moins équipé de toute une armature logique, un regard entraîné et aiguisé, maîtrisé, capable d'entendre la vérité de ce qu'il observe. « [II] a cette paradoxale propriété d'*entendre un langage* au moment où il *perçoit un spectacle*. »⁴³

Le problème de cette posture clinique – ce qui délégitime sa démarche sur un plan scientifique –, explique Foucault, est qu'elle repose sur une illusion : l'utopie d'un regard pur, capable d'entendre et de dire la vérité de ce qu'il observe. La médecine clinique du XVIII^e siècle réduit la vérité de la maladie à ses manifestations symptomatiques [visibles] ; elle croit entendre la vérité du fait pathologique au moment où elle en perçoit les manifestations. Autrement dit, la clinique, pour Foucault, identifie en quelque sorte savoir à voir, le su au vu ; dans la démarche clinique, voir [avec l'œil du clinicien] suffit à savoir. Pour la clinique, c'est comme si les choses parlaient un langage par lequel elles offrent (expriment) leur vérité, et que le seul regard expert du clinicien perçoit et est capable de retraduire en vérité.

Ajoutons encore que le facteur déterminant dans le développement de la méthode clinique a été, explique Foucault, l'organisation et la conjugaison de deux domaines : le domaine hospitalier et le domaine pédagogique. Le domaine hospitalier est le lieu d'apparition du fait pathologique à la fois comme événement singulier et à la fois comme appartenant à une série. L'hôpital n'est cependant pas le lieu où les maladies apparaissent en elles-mêmes, dans

⁴¹ Jean-Nicolas CORVISART DES MARETS (1755-1821), grand clinicien français, premier médecin de Napoléon Bonaparte (1801-1814), mit au point une méthode clinique rigoureuse basée essentiellement sur l'observation minutieuse du malade à son chevet – la reconnaissance symptomatique constituant, selon lui, la première étape (inaugurale) de l'acte médical. Il fit ainsi du diagnostic sa principale préoccupation, examinant le corps et les symptômes en faisant fi de l'individualité du malade. Convaincu de la nécessité d'un examen rigoureux des symptômes, il perfectionna la technique de la percussion (imaginée par Auenbrugger en 1761) – technique consistant à analyser la tonalité du son produit par la percussion douce, effectuée par le médecin, de différents endroits du corps du malade. Cette technique constitue, avec l'inspection, la palpation et l'auscultation, les quatre temps de l'examen clinique. Pour confirmer le diagnostic et pallier ses incertitudes, Corvisart intégra l'autopsie à la méthode clinique, l'instituant comme dernière étape de l'acte médical. Il put alors progressivement confronter l'analyse des symptômes aux données anatomiques, ouvrant ainsi l'ère de l'anatomo-clinique – que ses élèves, [entre-autres] Bichat et Laënnec, poursuivront et amplifieront. <http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/corvisart.html> (Site consulté en avril 2020.)

⁴² CORVISART, J.-N., « Préface à la traduction d'Auenbrugger », in *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine*, Paris, 1808, p. VII. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 107.)

⁴³ *Ibidem*.

leur nature propre, absolument dévoilées, puisqu'il y a consensus du domaine médical autour de l'idée que l'hôpital provoque des modifications pathologiques (il trouble le cours naturel de la maladie). A la différence de la nosologie qui partait de ce consensus pour privilégier les soins médicaux à domicile, la clinique s'est organisée autour d'un système hospitalier (l'hospitalisation systématique des malades). Le postulat de la médecine clinique est que si modifications hospitalières il y a, elles sont constantes et valent de façon uniforme pour toutes les maladies, et peuvent dès lors être isolées, intégrées dans l'expérience et traitées séparément. L'organisation d'un système hospitalier a rendu possible la comparaison des malades entre eux (de leurs symptômes) par un « jeu indéfini de modifications et de répétitions »⁴⁴.

Ainsi, poursuit Foucault, science et pédagogie se conjuguent dans la clinique puisque connaître s'accomplit dans le même mouvement que reconnaître – les manifestations pathologiques répétitives permettent simultanément leur reconnaissance et leur connaissance. Et l'on retrouve ici l'utopie du regard pur dont on parlait : l'identification du voir [en clinicien] et du savoir. La médecine clinique n'a pourtant pas ménagé ses efforts pour s'établir scientifiquement (pour établir une méthode scientifique). Elle élaborait, par exemple, une méthode d'investigation pour analyser de façon similaire chaque patient. Et c'est Pinel⁴⁵ qui élaborait ce que serait l'enquête idéale, confrontant le médecin au malade, articulant le langage au regard, c'est-à-dire articulant un mode d'interrogation à l'examen clinique. Le clinicien intègre un questionnement du patient au sein même de l'observation de ses symptômes. Se dessinait ainsi progressivement une méthode par laquelle la maladie allait se donner à connaître.

En attendant, le problème de la clinique, explique Foucault, c'est qu'elle fonda sa méthode sur un certain nombre de mythes épistémologiques gravitant autour du « formidable postulat : que tout le *visible* est *énonçable* et qu'il est *tout entier* visible parce que tout entier *énonçable*. »⁴⁶ C'est le grand mythe d'un pur Regard qui serait pur Langage : au fil de ses observations [répétées et convergentes], cet œil *qui omnia videt* se ferait parole qui énonce la vérité des phénomènes pathologiques et les enseigne. Finalement, conclut Foucault, là où la médecine clinique a échoué dans son projet de faire science, c'est que, alors même qu'elle avait

⁴⁴ *Ibid.*, p. 110.

⁴⁵ Philippe PINEL (1745-1826), médecin clinicien et nosographe français qui deviendra dans la dernière décennie du XVIII^e siècle, médecin aliéniste, Père fondateur de la psychiatrie en France : il pathologisa la folie et la médicalisa (on lui attribue le désenchaînement des fous à Bicêtre en 1793 et des folles à la Salpêtrière en 1795). Nous en reparlerons dans le chapitre III de ce travail lorsque nous aborderons les différentes conceptions et traitements de la folie au XIX^e siècle. Pinel est l'inventeur du « traitement moral » de la folie.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 116. (Foucault souligne.) Nous laissons ici de côté le développement relatif à la logique de Condillac (qui servit de modèle épistémologique à la clinique du XVIII^e siècle) – cf. *Origine des connaissances humaines*.

fondé le savoir sur l'expérience sensible (la perception première), conjuguant pour les besoins de la cause les domaines hospitalier et pédagogique, définissant un champ de probabilités et une structure linguistique du réel, elle s'est limitée à « un éloge de l'immédiate sensibilité »⁴⁷.

❖ La révolution de la clinique : la réactualisation de l'anatomie pathologique et le développement de l'anatomo-clinique :

*Ouvrez quelques cadavres : vous verrez aussitôt disparaître l'obscurité que la seule observation n'avait pu dissiper*⁴⁸

L'anatomie pathologique révolutionna la médecine dans les dernières années du XVIII^e et au tout début du XIX^e siècle, du jour où il fut admis comme vrai que les lésions organiques (anatomiques, tissulaires) expliquent les symptômes. Nous disons « du jour où », car, comme l'explique Foucault, la découverte de l'anatomie pathologique n'a pas entraîné une révolution dans le domaine médical dès son apparition. Foucault explique que « pendant 150 ans, on a répété la même explication : la médecine n'a pu trouver accès à ce qui la fondait scientifiquement, qu'en faisant, avec lenteur et prudence, le tour d'un obstacle majeur, celui que la religion, la morale et d'obtus préjugés opposaient à l'ouverture des cadavres. »⁴⁹ L'émergence de l'anatomie pathologique aurait ainsi été la fabuleuse conséquence de courageuses pratiques clandestines : la dissection interdite des morts. Or, Foucault pose que cette reconstitution est historiquement fautive. L'ouverture et l'autopsie des cadavres étaient déjà pratiques courantes au milieu du XVIII^e siècle (Valsalva, Bonet, Morgagni, Lieutaud, Hunter, etc.) et se sont faites sans opposition de principe. Pourquoi, dès lors, ce mythe ?

Foucault explique que, dans l'histoire de la médecine, ce mythe a fonctionné comme justification rétrospective : l'anatomie pathologique devait apparaître comme le salut de la clinique, sa découverte rédemptrice. Or, quarante ans avant le consensus autour de l'idée que l'anatomie pathologique fonde scientifiquement la clinique (Corvisart, Bichat, etc.), les deux pratiques [anatomie et clinique] coexistaient, mais demeuraient à distance l'une de l'autre.

La clinique, regard neutre posé sur les manifestations, les fréquences et les chronologies, préoccupée d'apparenter les symptômes et d'en saisir le langage, était, par sa structure,

⁴⁷ *Ibid.*, p. 122.

⁴⁸ BICHAT, X., *Anatomie générale*, avant-propos, p. XCIX. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 149.)

⁴⁹ *Naissance de la clinique*, p. 125.

*étrangère à cette investigation des corps muets et intemporels ; les causes ou les sièges la laissaient indifférente : histoire, non pas géographie.*⁵⁰

C'est comme si, pendant quarante ans, la clinique avait refusé d'entendre les recherches de Morgagni⁵¹, précisément parce que celles-ci remettaient en question les fondements de sa méthode. La clinique se concentrait exclusivement sur les symptômes (leurs manifestations visibles et leur évolution temporelle) ; l'anatomie pathologique s'attachait à la question de la spatialisation de la maladie *dans* le corps (cherchant à en identifier le siège organique).

C'est à Bichat⁵² que l'on doit l'articulation de ces deux méthodes. En reprenant les recherches de Morgagni quarante ans après, il se servit de l'anatomie pathologique pour tenter de donner fondement à une classification nosologique des maladies. Avec Morgagni, explique Foucault, la spatialisation du pathologique se faisait au niveau de l'organe ; avec Bichat, ce n'est plus l'élément organique qui est déterminant pour la spatialisation du pathologique. Sans trop entrer dans le détail, disons simplement ceci : Foucault explique que la découverte majeure de Bichat, ce fut celle d'un « principe de déchiffrement de l'espace corporel [...] à la fois intra-

⁵⁰ *Ibid.*, p. 127.

⁵¹ Giovanni Battista MORGAGNI (1682-1771) est un médecin italien, Père de l'anatomie pathologique, auteur du *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* [« Investigations anatomiques sur les causes et les localisations des maladies »] (Venise, 1761). Il fut l'élève de Valsalva (1666-1723), lui-même médecin anatomiste (particulièrement connu pour ses recherches sur l'anatomie de l'oreille). A partir de ses observations méticuleuses et en suivant scrupuleusement une méthode se voulant probe (scientifique), Morgagni établit qu'à chaque altération anatomique correspond une altération fonctionnelle se traduisant par une maladie. Il prit ainsi ses distances avec la conception clinique de la maladie comme combinaison de symptômes. <http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/morgagni.htm> (Site consulté en mai 2020.)

⁵² Marie-François-Xavier BICHAT (1771-1802) est un médecin, chirurgien et anatomiste français, fils de Jean-Baptiste Bichat (l'un des tout premiers médecins à avoir obtenu en France le double doctorat de médecine et de chirurgie [– fait significatif dans la mesure où, jusqu'au XVIII^e siècle, la chirurgie était considérée comme une sous-discipline : les chirurgiens n'étaient pas considérés comme des médecins ; c'étaient des praticiens, mais on ne leur reconnaissait pas la maîtrise théorique de la médecine ; c'étaient les « petites-mains » des médecins qui, eux, connaissaient et diagnostiquaient les maladies, tandis que les chirurgiens opéraient sous leurs ordres ; c'étaient eux qui « se salissaient les mains »]). A la fin du XVIII^e siècle, la chirurgie est revalorisée dans le domaine médical ; elle devient un pan indispensable de la médecine (et de la connaissance médicale). Ceci dit, revenons à Bichat. Il fut collaborateur et ami de Marc-Antoine Petit (chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Lyon), puis de Pierre Desault (chirurgien au Grand Hospice d'Humanité [ancien Hôtel-Dieu] de Paris). Bichat considérait la chirurgie comme le fondement de toute connaissance médicale. Aussi, il pratiqua plus de six cents autopsies. Son projet était d'établir des relations définies entre les altérations des tissus et les symptômes cliniques. A travers l'autopsie cadavérique et l'expérimentation physiologique, Bichat étudia le rôle des tissus comme unités anatomiques fondamentales à partir desquelles expliquer les propriétés physiologiques et les modifications pathologiques de l'organisme. Il publia quatre ouvrages : *Traité des membranes en général et de diverses membranes en particulier* (1799) ; *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (1800) ; *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine* (1801) ; *Anatomie descriptive* (traité resté inachevé et publié à titre *post mortem* en 1803). <http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/bichat.html> (Site consulté en mai 2020.)

organique, inter-organique et trans-organique. »⁵³ Il établit l'espace tissulaire comme, disons, le dénominateur commun (un principe uniforme) à tout [l'] organisme : tout volume organique doit être analysé suivant les surfaces tissulaires qui le composent si l'on veut comprendre la complexité de son fonctionnement et de ses altérations. Ce sont les tissus (nerveux, musculaires, veineux, etc.) qui forment les systèmes anatomiques et qui composent l'unité de l'organisme. C'est fondamentalement, pour Bichat, cet espace (surface) tissulaire qui constitue le lieu de la spatialisation de la maladie dans le corps – il forme à cet égard le corrélat perceptif du regard clinique de surface. Ainsi, la superficialité prend corps dans les surfaces réelles des membranes – à la différence donc de la clinique qui s'arrêtait à la superficialité extérieure. Ceci explique que l'anatomie pathologique passa, grâce à Bichat, comme le fondement « enfin objectif », dit Foucault, de l'analyse des pathologies.

*Une nosographie fondée sur l'affection des organes sera nécessairement invariable.*⁵⁴

L'analyse tissulaire amena Bichat à tracer, à travers tout l'organisme, des familles de maladies (manifestant les mêmes symptômes et le même type d'évolution), et de dresser des troubles et altérations communes à tous les systèmes de l'organisme⁵⁵.

Une question se pose, explique Foucault, à la méthode anatomo-pathologique : « comment est-il possible d'ajuster la perception anatomique à la lecture des symptômes ? Comment un ensemble simultané de phénomènes spatiaux pourrait-il fonder la cohérence d'une série temporelle qui lui est, par définition, tout entière antérieure ? »⁵⁶ Autrement dit, comment savoir si la lésion (rendue visible par l'autopsie) est bien à la source des symptômes (visibles sur le corps vivant) ? L'anatomie pathologique se trouve dans la difficulté de rendre compte de la maladie dans son évolution temporelle parce qu'à l'ouverture du cadavre, l'on ne peut garantir que telle lésion est bien source de l'altération pathologique du vivant ou bien

⁵³ *Naissance de la clinique*, p. 128.

⁵⁴ BÉCLARD, P.-A., *Anatomie pathologique. Dernier cours de Xavier Bichat*, Paris, Baillière, 1825, p. 3. (Cité par Foucault, *op. cit.*, pp. 130-131.)

⁵⁵ Foucault explique que cette recherche des universalités organiques opérée par Bichat fut déconstruite un peu moins de deux décennies plus tard par Broussais (1772-1838). Celui-ci s'attachait à la localisation spécifique des maladies (cf. son analyse des fièvres [*Naissance de la clinique*, pp. 188-198]). Selon Broussais, chaque tissu a son mode propre d'altération, mais qui peut mener à une altération d'ensemble. Broussais dissocia (rompit avec l'idée d'une corrélation nécessaire entre) d'une part, symptôme particulier et lésion locale ; et d'autre part, symptôme général et altération d'ensemble. Il montra qu'un symptôme particulier peut cacher une altération d'ensemble ; et une lésion spécifique locale, expliquer un symptôme général. Ainsi, avec Broussais, l'espace organique de la localisation fut radicalement dissocié de l'espace de la configuration nosologique.

⁵⁶ *Naissance de la clinique*, p. 135.

conséquence de la mort. Pour déjouer ces objections, Bichat posa la nécessité d'effectuer des comparaisons : comparer à la fois les corps malades et les corps sains (en effectuant leur autopsie) ; et à la fois les corps souffrant *a priori* de la même pathologie.

Notons que cette cohérence anatomo-clinique, qui va dans le sens d'une confirmation de la nosologie par l'autopsie, Laënnec⁵⁷ la définira, peu de temps après, dans le sens inverse : remontant de la lésion vers les symptômes qu'elle a provoqués.

*L'anatomie pathologique est une science qui a pour but la connaissance des altérations visibles que l'état de maladie produit sur les organes du corps humain. L'ouverture des cadavres est le moyen d'acquérir cette connaissance ; mais pour qu'elle devienne d'une utilité directe... il faut y joindre l'observation des symptômes ou des altérations de fonctions qui coïncident avec chaque espèce d'altérations d'organes.*⁵⁸

Voie inédite pour le regard médical, voie à double sens : voie verticale, en profondeur, allant de la surface symptomatique à la superficie tissulaire, du manifeste vers le caché, et inversement ; voie qui dessine, explique Foucault, le volume anatomo-clinique. Autrement dit, alors que le regard clinique se posait sur la surface du corps et de ses symptômes, et le regard anatomo-pathologique, sur la surface des tissus, la fusion des deux méthodes permit une analyse en trois dimensions. Le regard (l'expérience) anatomo-clinique analyse le mal tant sur les surfaces que dans les épaisseurs de l'organisme.

Cette méthode anatomo-clinique naissante (nous sommes au début du XIX^e siècle), qui a permis de fonder positivement le savoir médical, s'est donc établie sur un empirisme plus scientifique (c'est-à-dire méthodique). C'est « un autre jeu » que joue la méthode anatomo-clinique ; elle ne rejoue pas celui de la clinique. Elle s'établit ainsi sur toute une série de

⁵⁷ Théophile-René-Marie-Hyacinthe LAËNNEC (1781-1826) est un médecin et chirurgien français. Il suivit les cours de Corvisart, Pinel, Bichat et Dupuytren, et enseigna lui-même l'anatomie pathologique (1806). S'attachant à n'appuyer ses recherches et conclusions que sur des faits scientifiques irréfutables, il fut un grand partisan de la méthode anatomo-clinique (qu'il estimait être la seule base des connaissances positives en médecine). Laënnec découvrit et institua (1816) le procédé de l'auscultation médiate (auscultation par l'intermédiaire d'un instrument – par opposition à l'auscultation immédiate où l'oreille est appliquée directement sur le corps du patient). Suivant son intuition, il se servit un jour, pour l'examen d'une jeune fille malade (dont le sexe et l'embonpoint ne permettaient pas l'auscultation immédiate), d'un objet cylindrique pour amplifier les bruits du cœur et de la respiration. Il donna ainsi naissance au stéthoscope. Il publia (1818) *De l'auscultation médiate, ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration*. Notons également qu'il compléta la technique de la percussion (imaginée par Auenbrugger, et perfectionnée par Corvisart) par l'auscultation, ce qui permit l'affinement de l'examen médical (l'ouïe prit ainsi un rôle important dans l'examen – qui ne se limitait donc plus à l'observation). <http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/laennec.html> (Site consulté en mai 2020.)

⁵⁸ LAËNNEC, R., art. « Anatomie pathologique », in *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. II, p. 47. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 137.)

transformations (portant sur le type d'objet à connaître, le quadrillage qui le fait apparaître, sur la position du clinicien, les médiations instrumentales, les modalités d'enregistrement, etc.). Ainsi, par exemple, parmi les transformations méthodologiques depuis la clinique et l'anatomie pathologique jusqu'à l'anatomo-clinique, on compte : la substitution de la méthode des identités symptomatiques par une analyse en strates (permettant la mise au jour de la diversité pathologique là où il y a ressemblance [répétition] symptomatique)⁵⁹ ; la substitution de l'enregistrement des fréquences par le repérage du point fixe (la constance lésionnelle locale rend désuet l'indice des probabilités symptomatiques [la fréquence temporelle]) ; le rattachement de la série chronologique des symptômes à l'espace lésionnel fondamental (comme phénomène second)⁶⁰. C'est donc, résume Foucault, sur ces trois aspects de la localisation, du foyer et de la primitivité, que la méthode anatomo-clinique modifie la lecture essentiellement temporelle de la clinique, en l'intégrant dans le volume du corps, faisant coïncider le temps morbide avec l'espace de la lésion.

Ainsi, explique Foucault, c'est la notion de siège qui sera privilégiée (et substituée à celle de classe). Un nouvel axiome entrera alors en vigueur en médecine : point de maladie sans siège. Tout le travail d'analyse consistera donc désormais à identifier (déterminer, localiser) ce siège. L'analyse tissulaire instituée par Bichat devint règle de localisation du pathologique. Mais cette détermination du siège pathologique ne constitue pas, ajoute Foucault, une assignation de causalité. « Localiser, c'est fixer seulement un point de départ spatial et temporel. »⁶¹ Le siège, c'est le foyer primitif du pathologique ; point de départ d'une évolution morbide, et non pas sa cause dernière.

Pour finir sur l'anatomie pathologique et la méthode anatomo-clinique naissante, notons encore leurs limites (sur le plan de la connaissance médicale). Foucault relève trois problèmes corrélatifs à la méthode anatomo-clinique du début du XIX^e siècle qui l'empêchent de progresser dans la connaissance des altérations du corps humain – trois problèmes à la source d'erreurs et du maintien de zones d'ombre (telle que la question de l'assignation causale à laquelle l'anatomie pathologique a renoncé de répondre). Ces trois problèmes corrélatifs sont : premièrement, la primauté du regard du médecin sur laquelle l'anatomo-clinique établit sa

⁵⁹ Autrement dit, permettant un diagnostic différentiel des pathologies positivement établi.

⁶⁰ Foucault explique ainsi : *La succession des formes et des symptômes apparaît alors comme l'image simplement chronologique d'un réseau plus complexe : un buissonnement spatio-temporel à partir d'une attaque primitive et à travers toute la vie organique.* [Naissance de la clinique, p. 141.]

⁶¹ *Ibid.*, p. 142.

méthode (reliquat de la méthode clinique – il n’y a rien d’autre à découvrir au-delà du visible) ; deuxièmement, le recours fondamental au corps mort pour expliquer le vivant et ses altérations (ce qui limite la connaissance des tissus et des organes à leurs seules forme et structure anatomiques – rejetant aux oubliettes l’analyse de leurs rôle, fonction et sympathies au sein de l’organisme et les perturbations de type physiologique)⁶² ; troisièmement, la persistance d’une forme d’analyse classificatrice (et sa lecture essentialiste des maladies). Foucault souligne que Bichat et ses premiers successeurs ont laissé une zone d’ombre dans la conception même de la lésion. Conçue comme siège et non pas cause de la maladie, la lésion laissait en suspens deux séries de questions. Premièrement, la lésion constitue-t-elle la maladie, dans sa forme originaire et spatiale ; ou est-elle seulement sa première manifestation ? Deuxièmement, toutes les maladies ont-elles leur corrélatif lésionnel ? Cette zone d’ombre est significative d’un double problème : d’une part, l’incapacité de l’anatomie pathologique à expliquer positivement la cause des altérations de l’organisme et des processus morbides (ce qui amena les anatomistes à renoncer à l’assignation causale) ; et d’autre part, la persistance corrélatrice d’une conception essentialiste des pathologies et d’une forme d’analyse classificatrice.

Les premiers anatomo-cliniciens avaient distingués (après autopsie des corps malades) deux grandes classes de troubles : les troubles avec lésion et les troubles sans lésion⁶³. La lésion servait donc de critère générique par excellence permettant de classer les troubles. D’emblée, le premier problème de ce classement nosologique, c’est qu’il fut établi à partir du principe premier de la visibilité (présence ou absence de lésion). Or, en cas d’absence de lésion [visible],

⁶² C’est à Broussais que l’on doit cette attention nouvelle aux processus et altérations physiologiques (aux alentours de 1820). François-Joseph-Victor BROUSSAIS (1772-1838) est un médecin militaire et chirurgien français très controversé dans le domaine médical tant du point de vue de ses théories que de ses pratiques (diète, saignée, sangsues, etc.). Formé juste avant la Révolution à la médecine du XVIII^e siècle, il fut officier de santé dans la marine, puis, par la suite, élève de Pinel et des cliniciens de la nouvelle École de Santé (Corvisart et Bichat, par lesquels il fut formé à l’anatomie pathologique ; puis de Desgenettes, par lequel il s’essaya à la nosographie médicale comparée et pratiqua un grand nombre d’autopsies). Broussais fut ainsi familiarisé à toutes les expériences médicales qui se croisaient à la fin du XVIII^e siècle et qu’il se réappropria, recroisant et remodelant « à sa sauce » les théories et pratiques – de là naquirent la controverse et les critiques virulentes. Broussais n’en sera pas moins nommé Professeur de pathologie et de thérapeutique générale à la Faculté de médecine de Paris (1831) et deviendra membre de l’Académie de médecine. Malgré les critiques, Foucault souligne que Broussais permit une avancée considérable dans le domaine médical (cf. sa conception des fièvres et des inflammations, et son intérêt exclusif pour les altérations physiologiques). Parmi ses ouvrages les plus controversés, on peut en citer trois : *Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques* (1808) ; *Examen des doctrines médicales* (1816) ; *Traité de physiologie appliquée à la pathologie* (1822-1823). [Cf. « La crise des fièvres », in *Naissance de la clinique*, pp. 177-198.]

⁶³ Jusqu’à Broussais, la classe des troubles sans lésion comportait les fièvres et les maladies nerveuses (anciennes « névroses »). En outre, Foucault précise que, avec Pinel, les maladies de l’esprit et des nerfs furent maintenues en dehors du débat sur l’organicité des maladies – ceci dura jusqu’à Bayle et sa découverte de la paralysie générale (1821-1824).

les anatomo-cliniciens du début XIX^e siècle admettaient l'invisibilité du trouble. Ceci eut pour conséquence l'arrêt de l'examen (la suspension de l'investigation) et le maintien corrélatif de zones d'ombre et d'erreurs dans la conception même des troubles sans lésion. Ainsi, Bichat pensait, explique Foucault, que les maladies sans lésion (qu'il appelle « vitales ») ne laissaient pas de trace dans l'organisme. Cette distinction nosologique première entre troubles avec et troubles sans lésion fut remise en question par Broussais. Celui-ci pensait, au contraire, que toute affection pathologique implique « une modification particulière au phénomène qui restitue nos corps aux lois de la matière inorganique [... par conséquent,] si les cadavres nous ont quelquefois paru muets, c'est que nous ignorions l'art de les interroger »⁶⁴. Les erreurs de conception provenaient du fait que ces traces, ces altérations peuvent être à peine perceptibles (c'est le cas pour les attaques physiologiques) ou disparaître avec la mort. Broussais souligna la nécessité d'en finir avec ce cloisonnement nosologique qui sépare radicalement troubles fonctionnels (vitaux) et troubles organiques (avec lésion), et de prendre distance avec le principe premier de la visibilité (qui donnait sa raison d'être à la classification essentialiste des pathologies). Broussais posa le principe plus fondamental et général de la localisation première des troubles (tant anatomiques que physiologiques) ; ce principe devait permettre ensuite de penser les sympathies, influences et généralisations des troubles dans l'ensemble de l'organisme – à travers le principe de l'irritabilité tissulaire (provoquée par un agent pathogène).

Comme l'explique Foucault, c'est à partir de 1816 (parution de l'*Examen des doctrines médicales*) que les fondements d'une révolution médicale ont été lancés, lorsque Broussais posa la nécessité d'une médecine physiologique (future physiopathologie). Avec Broussais, la perception anatomo-clinique fut « enfin conquise dans sa totalité et capable de se contrôler elle-même »⁶⁵, et une nouvelle conception de la maladie vit le jour :

*Un organisme n'est malade qu'en rapport avec des sollicitations du monde extérieur, ou des altérations de son fonctionnement ou de son anatomie.*⁶⁶

⁶⁴ BROUSSAIS, *Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques*, I, préface, p. V. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 192.)

⁶⁵ *Naissance de la clinique*, p. 197.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 193.

Foucault explique que cette nouvelle conception du fait pathologique⁶⁷ (soit comme agent externe soit comme modification intérieure) lancée par Broussais permit d'affronter un problème auquel la médecine, jusque-là, avait renoncé : le problème de la cause des maladies.

*La nosologie de Sauvages à Pinel avait été, de ce point de vue, comme une figure emboîtée à l'intérieur de ce renoncement à l'assignation causale : la maladie se redoublait et se fondait elle-même dans son affirmation essentielle, et les séries causales n'étaient que des éléments à l'intérieur de ce schéma où la nature du pathologique lui servait de cause efficace. Avec Broussais – chose qui n'était pas encore acquise avec Bichat – la localisation appelle un schéma causal enveloppant : le siège de la maladie n'est que le point d'accrochage de la cause irritante, point qui est déterminé à la fois par l'irritabilité du tissu et la force d'irritation de l'agent. L'espace local de la maladie est en même temps, et immédiatement, un espace causal.*⁶⁸

A partir de là, ajoute Foucault, la médecine pourra en finir avec sa conception essentialiste de la maladie (reliquat de la médecine classificatrice). Conçue désormais comme *réaction à une attaque* (réaction organique à un agent irritant ; un certain mouvement tissulaire complexe réagissant à une cause irritante), il n'y a plus ni de maladies essentielles, ni d'essences pathologiques. Désormais, « [le fait pathologique] est pris dans une trame organique où les structures sont spatiales, les déterminations causales, les phénomènes anatomiques ou physiologiques. »⁶⁹ Pour Foucault, Broussais à donner au regard médical le dernier élément qui lui manquait pour une observation enfin libérée de toute zone d'ombre

2. L'anatomie pathologique et la connaissance des maladies mentales :

Après ce long détour historique sur le développement de la médecine au XVIII^e siècle (plus exactement, le développement du regard clinique depuis le milieu du XVIII^e jusqu'au début du XIX^e siècle), la question que nous devons nous poser est : *quid* de la psychiatrie, pour Foucault ? Dans la conclusion de *Naissance de la clinique*, Foucault résume ainsi son propos :

⁶⁷ Et la constitution corrélatrice d'une nouvelle méthode d'analyse (méthode, dit Foucault, de la « médecine des organes souffrants »), à la fois anatomique et physiologique. Cette méthode comporte trois phases : d'abord, la détermination de l'organe attaqué à partir des symptômes manifestés ; ensuite, la recherche de la cause (soit un agent extérieur, soit une altération/irritation tissulaire) ; enfin, la suppression de la cause pathogène et de ses effets morbides par une prescription thérapeutique. [*Ibid.*, pp. 195-196.]

⁶⁸ *Ibid.*, p. 193.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 194.

*Mais il ne s'agit ici que du domaine de la médecine et de la manière dont s'est structurée en quelques années la connaissance singulière de l'individu malade.*⁷⁰

Cette citation articule deux idées fondamentales pour notre propos : premièrement, le fait que Foucault ne traite, dans *Naissance de la clinique*, « que du domaine de la médecine ». En effet, il est intéressant de souligner que Foucault ne dit absolument rien, dans son ouvrage, de la [proto-]psychiatrie – née pourtant à la même époque que l'anatomo-clinique et, *a fortiori*, née sous l'impulsion de Pinel. Or, lorsqu'il parle de Pinel, Foucault n'aborde que sa position en médecine clinique (et son rapport distant à l'anatomie pathologique) alors même que le clinicien est connu pour – ou du moins, c'est à lui qu'on attribue – la libération (le désenchaînement) des fous, et la pathologisation et médicalisation de la folie dans les dernières années du XVIII^e siècle. Dès lors, on peut d'emblée supposer, en suivant le raisonnement de Foucault en 1963, la position « à part » de la psychiatrie dans le domaine médical. Par extension – et en anticipant la lecture du *Pouvoir Psychiatrique* –, on peut se demander : dans quelle mesure Foucault considère-t-il la psychiatrie comme une discipline médicale ? La deuxième idée fondamentale pour notre propos qui ressort de la citation est l'ouverture à « la connaissance singulière de l'individu malade » qu'a rendue possible le développement de la clinique et du regard médical. En effet, il est également intéressant de constater que Foucault ne traite, dans son ouvrage, que des maladies « physiques » (organiques, anatomiques, physiologiques), et absolument pas des maladies « mentales ». L'unique « référence » que fait Foucault à ce sujet se trouve à la page 182, lorsqu'il note que, par le fait de Pinel, « les maladies de l'esprit et des nerfs » ont été exclues des discours sur l'organicité des maladies – du moins, jusqu'à Bayle et sa découverte de la paralysie générale (1822-1826). On peut supposer, à ce stade, que le statut *a priori* « à part » de la psychiatrie dans le domaine médical est corrélatif du statut lui-même « à part » des maladies mentales (en ce compris la folie et les maladies de l'esprit) dans le domaine des pathologies de l'individu. La grande thèse de Foucault dans *Naissance de la clinique* est que, grâce au développement de l'anatomie pathologique (et à l'émergence de la méthode anatomo-clinique), « ce qui était fondamentalement invisible [c'est-à-dire l'intérieur du corps et ses altérations] s'offre soudain à la clarté du regard »⁷¹. Autrement dit, c'est l'anatomie pathologique (et l'ouverture corrélatrice des cadavres et leur autopsie) qui a fondamentalement permis « la connaissance singulière de l'individu malade ». Dès lors – et au vu du silence de Foucault sur les maladies de type mentale –, la question qui se pose – et qui constitue l'enjeu

⁷⁰ *Ibid.*, p. 199. (Nous soulignons.)

⁷¹ *Ibidem.*

même de toute notre digression sur *Naissance de la clinique* – est celle-ci : l’anatomie pathologique a-t-elle permis la connaissance des maladies *mentales* de l’individu ?

*

D’emblée, il faut souligner une grande confusion, un grand flou dans la conception même de la folie et des maladies mentales au [début du] XIX^e siècle – c’est-à-dire que cette catégorie des maladies mentales (à laquelle appartient la folie) regroupe un ensemble de troubles si variés et divers que la conception, la connaissance et le traitement mêmes des maladies mentales furent l’objet de débats tout au long du XIX^e siècle dans le domaine médical. Le point de départ de la psychiatrie est le consensus du domaine médical dans les dernières années du XVIII^e siècle autour de l’idée que la folie est une maladie, et une maladie non pas du corps mais de l’esprit (pour Pinel) ou une maladie mentale (pour Bichat). Or, à partir du moment où on pose la maladie, la médicalisation et l’examen médical s’imposent.

Bichat, en nosographe et anatomo-pathologiste, a cherché ce qu’était la folie (son essence pathologique) et a cherché à l’intégrer au tableau nosologique à partir de l’examen anatomo-pathologique des aliénés. Notons que Bichat est sans doute le premier à avoir cherché un corrélat organique aux signes d’aliénation mentale. Après examen, il a classé la folie (qu’il appelle aussi « aliénation ») parmi les maladies du système nerveux⁷², aux côtés de l’apoplexie, des fongus, des affections symptomatiques du cerveau, et des maladies des nerfs. Bichat a divisé les maladies du système nerveux en deux catégories : celles qui appartiennent aux nerfs et celles qui appartiennent au cerveau. Parmi les affections du cerveau, Bichat distingue les affections symptomatiques (qui résultent d’une autre maladie ou d’une lésion) et les affections essentielles. Ces dernières sont, aux dires de Bichat lui-même, « trop peu connues »⁷³ parce que ni l’examen de leurs symptômes ni l’anatomie pathologique ne permettent de les identifier avec certitude (elles sont souvent confondues entre elles), ni de leur assigner un siège précis et une cause. D’une façon générale, ce qui ressort à la lecture du chapitre XV de l’*Anatomie pathologique*, « Les maladies du système nerveux », c’est qu’il y en a qui, à l’autopsie, révèlent une altération organique ; et d’autres, non. D’autre part, Bichat explique qu’une altération organique (visible sur les nerfs ou dans le cerveau) n’implique pas nécessairement qu’elle soit siège ou symptomatique d’une maladie du système nerveux. D’une façon générale donc, une zone d’ombre semble demeurer sous les pathologies que Bichat a regroupé dans la classe des

⁷² BÉCLARD, P.-A., *Anatomie pathologique. Dernier cours de Xavier Bichat*, chap. XV : « Maladies du système nerveux », art. III : « De la folie », pp. 283-284.

⁷³ *Ibid.*, p. 274.

« maladies du système nerveux » – et ce, malgré l'examen anatomo-pathologique – parce que tout ne se voit pas à l'autopsie. Or, comme nous l'avons expliqué antérieurement, l'examen anatomo-pathologique ne porte que sur les altérations visibles de l'organisme⁷⁴. On peut donc d'emblée donner une première réponse à la question de savoir si l'anatomie pathologique permet la connaissance des maladies mentales : elle le pourrait *si* les maladies mentales possédaient un corrélat organique (et si les techniques de l'examen permettent de le révéler).

Or, Bichat définit l'aliénation mentale comme « une maladie du cerveau qui, la plupart du temps, ne laisse point d'affections organiques. »⁷⁵ Bichat distingue deux classes d'aliénations mentales : les aliénations de naissance (les seules à laisser un corrélat organique) et les aliénations accidentelles (qui sont les plus communes, mais les moins connues). Bichat établit une corrélation – après observation des animaux – entre le volume du crâne et du cerveau, et le degré d'intelligence. Aussi, il est probable, dit-il, que la disposition du cerveau chez les enfants détermine l'évolution de leurs facultés intellectuelles. De même, les folies de naissance seraient déterminées par une conformation particulière du crâne. Ainsi, Bichat explique :

*Chez les Crétins où l'idiotisme est de naissance, il y a dans le crâne une conformation particulière, qui fait que la tête est aplatie transversalement et allongée supérieurement. Les vices de conformation organique se rapportent donc ou à la boîte osseuse qui l'enveloppe ou au cerveau lui-même. Souvent d'un côté il y a épaisseur plus grande des os, de l'autre il n'est pas rare de trouver disparité des hémisphères, ce qui altérerait manifestement les fonctions de l'organe cérébral, si l'on admet qu'il agisse comme les autres organes symétriques. Toutes ces conformations diverses ne peuvent que déterminer !a folie de naissance.*⁷⁶

A l'inverse, les aliénations accidentelles ne présentent pas pareilles particularités anatomiques. En fait, les aliénations accidentelles (les « folies spontanées ») ne laissent, à l'autopsie, aucune trace, aucune altération, aucune affection organique, explique Bichat, ce qui empêche d'en déterminer la cause. De même, il est impossible d'expliquer anatomiquement les manifestations soudaines de la folie et les longs intervalles (les périodes d'équilibre mental) qui séparent les accès. D'autre part, étant donné que les aliénés ne périssent jamais de leur seule folie, on ne peut expliquer non plus (déterminer anatomiquement) la folie comme processus morbide. En outre, et en ce qui concerne les autres maladies du cerveau (telle que l'épilepsie), elles

⁷⁴ Ainsi, par exemple, Bichat explique, à propos des maladies des nerfs : *Malgré que les maladies des nerfs offrent un champ vaste à la pathologie, cependant elles laissent peu à dire sous le rapport de l'anatomie pathologique, puisqu'elles ne sont marquées par aucune lésion organique.* [*Ibid.*, art. V : « Des maladies des nerfs », p. 286.]

⁷⁵ *Ibid.*, art. III : « De la folie », p. 283.

⁷⁶ *Ibid.*, pp. 283-284.

apparaissent également, à l'autopsie, comme absolument dépourvues de toute lésion anatomique. L'anatomie pathologique de Bichat laisse ainsi une zone d'ombre sur toutes les pathologies sans lésion, en particulier les pathologies mentales, qu'elles soient de type aliénation ou de type affection « essentielle » du cerveau.

*

Or, comme le rappelle Foucault dans son cours sur *Le Pouvoir psychiatrique*, l'apparition de l'anatomie pathologique a constitué une véritable révolution dans le domaine médical puisqu'elle a permis la connaissance des maladies [organiques]. Plus précisément, elle a permis non seulement la localisation de la maladie dans le corps (avec l'assignation organique de la lésion), mais en plus, l'« individualisation » corrélative des pathologies (avec la possibilité nouvelle de formuler un diagnostic différentiel des maladies)⁷⁷.

Dans le domaine de la connaissance des maladies mentales au XIX^e siècle, les choses semblent toutes autres. En effet, comme l'a statué Bichat, il n'y a pas de corrélat organique aux maladies mentales – du moins, à la plupart d'entre elles. Ceci empêche donc, déduit Foucault, à la fois la mise au jour de la réalité des maladies mentales dans le corps des malades par l'anatomie pathologique (la preuve empirique [observable] que les maladies mentales sont bien des maladies, des troubles ou des altérations dans le corps) ; et à la fois la possibilité de les individualiser et d'établir leur diagnostic différentiel. *A fortiori*, si l'on reprend la conception de la maladie au XIX^e siècle – dont parle Foucault dans le dernier chapitre de *Naissance de la clinique* –, on peut s'interroger sur la conception même de la maladie mentale (en particulier la folie) comme maladie. En effet, rappelons que Broussais avait statué, quelques années après Bichat, sur le fait qu'il n'y a pas de maladie qui ne laisse une trace organique dans le corps du malade, et qu'une maladie constitue toujours une réaction organique à un agent irritant (qu'il soit externe au corps ou bien interne [altération, « usure » organique]). A partir de là, Foucault s'interroge : peut-on vraiment considérer les maladies mentales ne possédant pas de corrélat organique (lésion ou affection) [la folie] comme des « vraies » maladies ?

Pour Bichat, au tout début du XIX^e siècle, – qui ne pouvait les expliquer autrement que par un raisonnement tautologique – la réponse est oui : les maladies sans corrélat organique

⁷⁷ L'apparition de l'anatomie pathologique [...] donnait la possibilité de mettre au jour, dans une lésion localisée à l'intérieur de l'organisme et repérable dans le corps, la réalité même de la maladie. Et puis, d'autre part, cette même anatomie pathologique donnait la possibilité de constituer, à partir même de ces différentes lésions qui individualisaient les maladies, des faisceaux de signes à partir desquels l'on pouvait établir le diagnostic différentiel des maladies. [*Le Pouvoir psychiatrique*, p. 267.]

sont des maladies, mais des maladies qui ne laissent pas de trace dans l'organisme. Pourtant, et malgré Broussais et sa conception nouvelle de la maladie (moins de deux décennies après Bichat), Foucault explique que ce débat sur l'organicité (les causes organiques et la localisation anatomique) de la folie et des maladies mentales occupa les discours médicaux et psychiatriques tout au long du XIX^e siècle – de Bayle⁷⁸, Voisin et Falret⁷⁹ (autour des années 1820), de Georget en 1830⁸⁰, de l'émergence du corps neurologique (dans les années 1850-1870), jusqu'à Charcot (autour des années 1880).

Notons encore une chose sur la conception de Bichat de ce qu'il appelle les « aliénations accidentelles » (les folies qui ne sont pas de naissance, les « folies spontanées »). A la lecture de l'analyse anatomo-pathologique de ces troubles, un flou demeure. En effet, Bichat explique que ces aliénations accidentelles sont des maladies, qui ne présentent aucun corrélat organique (ni affection, ni lésion), et qui apparaissent soudainement et de façon discontinue – c'est-à-dire qu'elles ne constituent généralement pas un état pathologique général, mais se présentent sous forme d'accès avec des intervalles où rien ne se manifeste. C'est tout. Ni exemple d'aliénation accidentelle, ni description de symptômes qui attesteraient de la présence de l'aliénation chez un individu. C'est-à-dire que, ce qui est étonnant après lecture de l'analyse de Bichat, c'est que finalement, l'on ne sait [toujours] pas vraiment ce que c'est que la folie (« l'aliénation accidentelle »)⁸¹. Bichat nous parle « des aliénés », mais son analyse anatomo-pathologique ne

⁷⁸ A.L.J. Bayle détermina en 1822-1826 une folie présentant un corrélatif organique : ce fut la définition de la paralysie générale – à partir de laquelle, explique Foucault, « on a cru pouvoir assigner les rapports entre la maladie mentale et l'organisme ». [*Le Pouvoir psychiatrique*, p. 269.] En effet, Bayle détermina trois grands types de syndromes à la paralysie générale : le syndrome moteur de la paralysie progressive ; le syndrome psychiatrique de la folie ; et le syndrome de la démence (syndrome de l'état terminal de la maladie). Notons, comme Foucault, que quarante ans après, Baillarger (1861) revint sur la théorie de Bayle et affirma que son erreur fondamentale fut d'y avoir mêlé la folie. Pour Baillarger, la folie (même paralytique) et la paralysie générale (ou la démence paralytique) sont deux maladies totalement distinctes. [*Ibid.*, p. 291, note 3.]

⁷⁹ Dans une note de la leçon du 12 décembre 1973, Foucault explique que dans les années 1820, un groupe de jeunes médecins (dont F. Voisin et J.-P. Falret) se sont tournés vers l'anatomie pathologique pour tenter de donner un socle solide à la clinique psychiatrique. Ainsi, Falret prononça en 1823 une conférence intitulée « Inductions tirées de l'ouverture des corps des aliénés pour servir de diagnostic et au traitement des maladies mentales » (Paris, Bibliothèque Médicale, 1824) ; et Voisin publia en 1826 *Des causes morales et physiques des maladies mentales, et de quelques autres affections telles que l'hystérie, la nymphomanie et le satyriasis* (Paris, J.-B. Baillière). [*Ibid.*, p. 140, note 18.]

⁸⁰ Après la parution du mémoire d'E. Georget en 1819, intitulé « Des ouvertures du corps des aliénés », s'ouvrit en 1830, sous l'impulsion du médecin, un grand débat sur les causes organiques de la folie lors duquel, explique Foucault, il fut reproché à Pinel et Esquirol de « se contenter d'observer les phénomènes de la folie sans chercher à les rattacher à une cause productrice. » [*Ibidem.*]

⁸¹ A la différence de l'aliénation de naissance, ou des autres troubles analysés dans le chapitre sur les « Maladies du système nerveux », où Bichat donne des exemples, décrit les altérations organiques ou les manifestations symptomatiques, ou encore assigne une cause (cf., pour l'exemple, art. I « De l'apoplexie »).

nous apprend rien de leur aliénation. Par un raisonnement somme toute tautologique, Bichat nous dit seulement que ce sont des malades.⁸²

3. Discours médical sur la folie et pratique psychiatrique :

Il est tout à fait significatif de constater que dans la toute première leçon de son cours de 1973 sur *Le Pouvoir psychiatrique* (leçon du 7 novembre 1973, consacrée à la pratique [opération thérapeutique et guérison] et l'espace asilaire de la protopsychiatrie⁸³ [Pinel, Fodéré, Esquirol, Haslam]), et dès la deuxième page de la leçon, Foucault détermine que la condition *sine qua non* du savoir psychiatrique et de son opération thérapeutique est un certain *ordre disciplinaire*.⁸⁴ L'asile idéal, aux origines de la psychiatrie, est un espace où règne un ordre disciplinaire. Sans encore expliquer en quoi consiste cette discipline asilaire pour Foucault⁸⁵, disons seulement que l'objectif des aliénistes de la protopsychiatrie, à travers l'instauration d'un tel ordre, est double : d'une part, constituer un savoir médical sur l'aliénation – puisque cet ordre disciplinaire doit favoriser l'observation exacte des malades ; il doit rendre possible le rapport d'objectivité (le rapport du regard médical à son objet).

*La condition du regard médical, sa neutralité, la possibilité pour lui d'accéder à l'objet, bref, le rapport même d'objectivité, constitutif du savoir médical et critère de sa validité, a pour condition effective de possibilité un certain rapport d'ordre, une certaine distribution du temps, de l'espace, [...] des corps, des gestes, des comportements, des discours.*⁸⁶

D'autre part, cet ordre disciplinaire doit permettre également la guérison des aliénés ; il est condition nécessaire de l'opération thérapeutique elle-même. Foucault cite ainsi Pinel :

On doit peu s'étonner de l'importance extrême que je mets au maintien du calme et de l'ordre dans un hospice d'aliénés, et aux qualités physiques et morales qu'exige une pareille surveillance, puisque c'est là une des bases fondamentales du traitement de la manie, et que

⁸² Le cas Bichat (son discours médical sur la folie, ou – plus exactement – cette tentative d'une saisie théorique de la folie) constitue un exemple significatif à partir duquel penser et comprendre le regard méfiant de Foucault à l'égard des discours « savants » [du XIX^e siècle] et leur prétention à révéler la vérité de la folie.

⁸³ Origines, fondements de la psychiatrie qui s'étendent, explique Foucault, sur le premier tiers du XIX^e siècle.

⁸⁴ *Le Pouvoir psychiatrique*, pp. 4-5.

⁸⁵ Disons simplement ici que Foucault précise d'emblée qu'il s'agit d'un ordre « au sens [...] d'une régulation perpétuelle, permanente, des temps, des activités, des gestes ; un ordre qui entoure les corps, qui les pénètre, les travaille, qui s'applique à leur surface, mais qui également s'imprime jusque dans les nerfs et dans ce qu'un autre appelait les « fibres molles du cerveau » [SERVAN, J.M.A., *Discours sur l'administration de la justice criminelle*, Genève, 1767, p. 35 : « Sur les molles fibres du cerveau est fondée la base inébranlable des plus fermes empires ». (Rééd. in C. Beccaria, *Traité des délits et des peines*, Paris, Dulibon, 1821.)]. » [*Le Pouvoir psychiatrique*, p. 4.]

⁸⁶ *Ibidem*.

*sans elle on n'obtient ni observations exactes, ni une guérison permanente, de quelque manière qu'on insiste d'ailleurs sur les médicaments les plus vantés.*⁸⁷

Ce que montre Foucault dès la première leçon de son cours de 1973, c'est que la médecine psychiatrique, la médecine des aliénés a, dès l'origine, fondé son savoir (plus exactement, nous verrons, son discours) et sa thérapeutique, sur une *pratique disciplinaire* – et donc non pas fondamentalement médicale (examen anatomo-clinique et diagnostic différentiel) ou médicamenteuse. Dans l'asile de la protopsychiatrie – espace d'enfermement à visée médicale, et non plus carcérale ou punitive (comme à l'âge classique)⁸⁸ –, celui qui est opérateur à la fois de savoir et de guérison, est simultanément opérateur d'ordre et de discipline. C'est-à-dire que, pour Foucault, le médecin d'asile est fondamentalement ce qu'on peut appeler un directeur, un opérateur disciplinaire ; il est au sommet de la hiérarchie, et sous sa direction (son autorité) gravite une série de relais du pouvoir (surveillants, gardiens, servants, etc.). De là la conception foucauldienne première et fondamentale de l'asile psychiatrique (de sa structure et son fonctionnement) en termes de « dispositif de *pouvoir* », et non pas de dispositif médical (hospitalier ou thérapeutique) – et, corrélativement, de là, sa conception de l'opération thérapeutique (la guérison de l'aliéné) en termes de « victoire » et de « *soumission* ».

Mais, victoire sur quoi, et quelle victoire ? Victoire médicale des soins thérapeutiques sur une maladie (en tant que processus morbide) ? Pas du tout. Il s'agit bien plutôt, pose Foucault, d'une victoire de type guerrière d'une volonté (celle du médecin d'asile) sur une autre (celle du fou interné). Car, qu'est-ce que la folie pour la protopsychiatrie (pour les aliénistes du début du XIX^e siècle) ?

On l'a vu, pour Bichat, la folie constitue une maladie mentale ; mais Bichat, soulignons-le, n'était pas aliéniste, mais bien médecin-chirurgien-*anatomopathologiste*. Pinel, lui – qui était médecin *clinicien*⁸⁹ et aliéniste –, considérait la folie comme une maladie de l'esprit. Il l'analysa essentiellement à partir de ses manifestations extérieures (le comportement et le discours des aliénés) ; la détermina comme danger et comme force (force non maîtrisée, déchaînement des passions, des idées, d'un délire), que rien d'autre ne peut calmer que la

⁸⁷ PINEL, Ph., *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la Manie*, section II : « Traitement moral des aliénés », § XXIII : « Nécessité d'entretenir un ordre constant dans les hospices des aliénés », Paris, Richard, Caille et Ravier, an IX/1800, pp. 95-96. (Cité par Foucault, *op. cit.*)

⁸⁸ *Supra*, « L'expérience de la folie à l'âge classique ».

⁸⁹ Nous avons vu antérieurement la différence entre clinique et anatomie pathologique. [*Supra*, « La révolution de la clinique : la réactualisation de l'anatomie pathologique et le développement de l'anatomo-clinique ».]

soumission (soumission forcée, par une force antagonique, celle de l'aliéniste) ; et il institua, à cette fin, un traitement spécifique : le « traitement moral »⁹⁰ de la folie (1800). Ce traitement, Pinel le définit comme :

*L'art de subjuguier et de dompter, pour ainsi dire, l'aliéné, en le mettant dans l'étroite dépendance d'un homme qui, par ses qualités physiques et morales, soit propre à exercer sur lui un empire irrésistible et changer la chaîne vicieuse de ses idées*⁹¹.

Ce qui est tout à fait significatif dans cette définition – et c'est là la première grande thèse du *Pouvoir psychiatrique* –, c'est que ce n'est fondamentalement pas sur un quelconque savoir médical (un savoir sur la folie médicalement établi), que se fonde la thérapeutique du fou [à l'asile]. La thérapeutique de la folie instituée par Pinel s'établit fondamentalement sur la posture et la prestance d'un homme, le médecin – plus précisément, explique Foucault, sur la dépendance du malade à l'égard du pouvoir qu'incarne et exerce le médecin, non pas fondamentalement en fonction et à partir d'un savoir qu'il détiendrait, mais fondamentalement à partir de « ses qualités physiques et morales » qui lui permettent d'exercer sur le fou un « empire irrésistible ». Autrement dit, à l'origine de la guérison – à l'origine de la thérapeutique psychiatrique, de cette « orthopédie morale », dit Foucault – non pas du tout un savoir médical sur la folie, mais une force disciplinaire incarnée dans un corps présentant des qualités physiques et morales certaines. En outre, précise Foucault, ce traitement moral n'a pas du tout pour fonction première et terminale de révéler la vérité de la folie, la diagnostiquer et lui définir une thérapeutique médicale particulière. Ce traitement, Foucault l'analyse comme une scène d'affrontement dont l'unique finalité est la soumission du fou – étape inaugurale de sa guérison. Ce qu'il faut souligner dans cette opération thérapeutique telle qu'elle se déroule à l'asile d'aliénés au début du XIX^e siècle, c'est que cette thérapeutique n'est pas du tout le résultat d'un examen médical et d'un travail diagnostique ou nosographique. Il n'y a pas un travail de reconnaissance et de différenciation du trouble en amont de la prescription d'une thérapie. Il y a un traitement particulier qui est d'emblée mis en œuvre pour guérir (c'est-à-dire soumettre)

⁹⁰ Comme l'indique une note dans le texte de Foucault, le traitement moral, qui fut défini à l'origine par des aliénistes anglais (en particulier J. Haslam) à la fin du XVIII^e siècle et qui fut très vite repris par Pinel en France, « rassemble tous les moyens d'intervention sur le psychisme des malades, par opposition au « traitement physique » qui agit sur le corps à travers remèdes, moyens de contention. [...] Pinel en reprend le principe dans ses « Observations sur le régime moral qui est le plus propre à rétablir, dans certains cas, la raison égarée des maniaques », *Gazette de santé*, 1789, n°4, pp. 13-15 ; et dans son Mémoire : « Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés », *Mémoires de la Société médicale d'émulation. Section Médecine*, 1798, n°2, pp. 215-255 ; repris avec des variantes dans le *Traité médico-philosophique*, *op. cit.*, section II, pp. 46-105. » [*Le Pouvoir psychiatrique*, p. 19, note 13.]

⁹¹ PINEL, *op. cit.*, § VI : « Avantages de l'art de diriger les aliénés pour seconder les effets des médicaments », p. 58. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 10.)

la folie, le traitement moral ; et il est mis en œuvre, analyse Foucault, en dehors de tout discours de vérité, en dehors de toute théorie médicale et travail diagnostique. L'opération thérapeutique de la folie telle qu'elle est mise en œuvre à l'asile (la pratique thérapeutique même de la psychiatrie) n'engage en rien, postule Foucault, la question de la vérité de la maladie. Autrement dit – et c'est là la première étape de la déconstruction foucauldienne de la psychiatrie en tant que discipline médicale savante –, la question de la vérité de la folie n'est pas mise en jeu dans la cure psychiatrique.

*

On y arrive : qu'est-ce que toute notre digression sur *Naissance de la clinique* (ainsi que notre présentation antérieure de *Maladie mentale et personnalité* et d'*Histoire de la folie à l'âge classique*) et notre lecture de Bichat nous permettent de dire quant au point de départ conceptuel de Foucault dans *Le Pouvoir psychiatrique* ? Sur quoi se base-t-il pour poser d'emblée la nécessité d'une analyse de la psychiatrie en termes de « dispositif de *pouvoir* » ? Le point de départ de toute sa réflexion de 1973-1974, on le voit, est un constat : dans les premières années du XIX^e siècle – moment de l'émergence simultanée de la méthode anatomo-clinique en médecine (grâce à Bichat) et de la psychiatrie (grâce à Pinel) – deux rapports particuliers à la folie se sont établis : d'un côté, un rapport théorique (ou scientifique) par lequel les médecins ont tenté de découvrir la vérité pathologique de la folie ; et de l'autre, un rapport pratique par lequel d'autres médecins ont tenté de la guérir. Foucault n'associe pas strictement la dimension théorique à la médecine anatomo-clinique et la dimension pratique à la psychiatrie – il serait faux de penser que les anatomo-cliniciens n'ont pas cherché à soigner les fous, et que les aliénistes d'asile n'ont pas cherché à constituer un discours scientifique sur la folie. Pourtant Foucault constate que, dès les premières années du XIX^e siècle, dès le consensus de tout le domaine médical autour de l'idée que la folie est une maladie et qu'elle doit donc – médicalement et humainement parlant – être désenchaînée et soignée, la pratique médicale qui s'est développée autour de la folie était différente de celle de la médecine organique.

En fait, ce qui détermina, selon Foucault, ces deux rapports particuliers à la folie, c'est une conception double de ce trouble : en effet, non seulement la folie était considérée comme une maladie, mais en plus, elle était considérée comme dangereuse.

En tant que maladie, la folie nécessitait logiquement et légitimement une prise en charge par la médecine. Elle fut ainsi à la fois l'objet d'un discours clinique et nosologique (basé sur l'analyse symptomatologique et la recherche des essences pathologiques) ; et à la fois d'un

discours anatomo-pathologique (basé sur la recherche d'un substrat ou d'un corrélatif organique à l'aliénation). Il s'agissait donc pour la médecine de chercher la vérité pathologique de la folie – et, notons-le, seuls des médecins pouvaient s'en charger.

En tant que danger (maladie dangereuse), par contre, la folie nécessitait [logiquement et légitimement] l'enfermement – plus précisément, elle devait *rester* enfermée (comme à l'âge classique), mais cet enfermement n'avait plus pour motif d'être punitif (carcéral), mais médical. Pour diriger cette opération (l'enfermement médical, l'internement asilaire), de « simples » médecins ne suffisaient pas ; il fallait que les médecins soient en plus – et c'est là l'une des thèses majeures du *Pouvoir psychiatrique* – des agents, des opérateurs disciplinaires, des directeurs d'asile (reliquat de l'époque de l'enfermement punitif de la folie). La thérapeutique qui fut développée à l'asile (dès les premières années du XIX^e siècle) devait donc traiter ce double mal qu'est la folie (la maladie) et le danger qu'elle constitue. Les aliénistes (Pinel le premier) instaurèrent ainsi à l'asile le traitement moral des fous en vue de la soumission de leur force furieuse, déchaînée, non-maîtrisée. Ce traitement, on l'a vu, Foucault l'analyse dans les termes d'un affrontement opposant le médecin au malade. Et nous dirons à ce stade que, pour Foucault, cette pratique thérapeutique asilaire n'a pas eu besoin d'un quelconque savoir sur la folie pour se former (pour construire son traitement) étant donné qu'elle possédait déjà l'unique vérité de la folie nécessaire à son intervention. En effet, ce qui légitimait l'intervention des aliénistes (plus précisément, l'internement asilaire et le traitement, la thérapeutique disciplinaire) était cette vérité que la folie est un danger, que le fou est un malade dangereux. Ajoutons encore – mais nous reviendrons sur cette idée par la suite – que cette pratique psychiatrique asilaire ne devait pas s'inquiéter d'être remise en cause sur un plan scientifique, précise Foucault, puisque – et c'est là, selon lui, le coup de génie des psychiatres – elle disposait des théories médicales nosologiques et anatomo-pathologiques pour se légitimer. Ces théories médicales, postule Foucault, lui servaient de garanties scientifiques. Ainsi explique-t-il :

C'était à l'abri de ces deux discours que la pratique psychiatrique se développait, mais elle ne s'en servait jamais, ou elle ne s'en servait que par référence, par un système de renvois et, en quelque sorte, d'épinglage. Jamais la pratique psychiatrique, telle qu'elle a eu cours au XIX^e siècle, n'a effectivement mis en œuvre le savoir ou le quasi-savoir qui était en train de s'accumuler, soit dans la grande nosologie psychiatrique, soit encore dans les recherches anatomo-pathologiques. Les distributions asilaires, la manière dont on classait les malades, dont on les répartissait dans l'asile, dont on leur donnait un régime, dont on leur imposait des tâches, dont on déclarait qu'ils étaient guéris ou malades, curables ou incurables, au fond, ne tenaient pas compte de ces deux discours.

Ces deux discours étaient simplement des sortes de garants de vérité d'une pratique psychiatrique qui voulait que la vérité lui soit donnée une fois pour toutes et ne soit jamais remise en question. Derrière elle, les deux grandes ombres de la nosologie et de l'étiologie, de la nosographie médicale et de l'anatomie pathologique étaient là pour constituer, avant toute pratique psychiatrique, le garant définitif d'une vérité qui, elle, ne serait jamais mise en jeu dans la pratique de la cure.⁹²

4. Médecine et psychiatrie, la thèse de l'absolue hétérogénéité de ces deux disciplines :

On le voit, ce que montre Foucault dès l'ouverture de son cours de 1973, c'est l'étrangeté d'une pratique prétendument médicale qui ne s'établit pas du tout sur un quelconque savoir médical. D'emblée, on le pressent, Foucault semble refuser de reconnaître la pratique [proto]psychiatrique comme une pratique effectivement médicale. Un autre constat qu'il fait au cours de sa première leçon, c'est que Pinel a fondé, ou plutôt institué (d'abord à Bicêtre, puis à la Salpêtrière), la thérapeutique de la folie (le traitement moral) à partir de techniques mises en œuvre par un homme qui n'était même pas un médecin. Cet homme, qui n'était pas non plus un directeur d'asile, mais bien seulement un surveillant, c'est le citoyen Pussin⁹³ – véritable instigateur du désenchaînement des fous à Bicêtre. C'est donc à partir de cet homme – qui était donc un agent de la discipline auprès des aliénés – que Pinel élaborait sa thérapeutique.

⁹² *Le Pouvoir psychiatrique*, p. 133.

⁹³ Jean-Baptiste PUSSIN (1745-1811), ancien malade hospitalisé à Bicêtre pour une pathologie de type tuberculeuse (1771), fut – comme d'autres anciens patients guéris – employé à l'hôpital, d'abord comme chef de la division des « garçons enfermés » (1780), puis comme surveillant aux « loges des aliénés agités » (1784). C'est là, dans cette section réservée aux aliénés agités, que Pinel le rencontra en 1793, lors de sa nomination comme médecin. C'est à Pussin – et non à Pinel – que les aliénés doivent le célèbre épisode du désenchaînement ; c'est Pussin le véritable instigateur des réformes humanitaires qui vont avoir lieu dans les asiles d'aliénés dans les dernières années du XVIII^e siècle ; c'est lui qui, le premier, supprima l'usage des chaînes dans le traitement des fous. Pinel fut d'emblée plein d'admiration devant l'élan « humaniste » de cet homme et travailla de concert avec lui à « l'amélioration » du sort des aliénés internés. Ensemble, ils mirent en place à Bicêtre le traitement moral (inauguré antérieurement par Haslam, en Angleterre) et élaborèrent un système de punitions/récompenses, bons/mauvais malades, devant permettre leur conditionnement moral. Après sa nomination comme médecin en chef à la Salpêtrière (1795), Pinel obtint la mutation de Pussin (1802) avec lequel il travailla dans la section des folles. Dans son Mémoire, « Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés » (publié dans les *Mémoires de la Société médicale d'émulation. Section Médecine*, 1798, n° 2, pp. 215-255 ; et repris avec des variantes dans le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la Manie*, section II : « Traitement moral des aliénés », Paris, Richard, Caille et Ravier, 1800, pp. 46-105), Pinel fit l'éloge du savoir de Pussin et le reconnut comme le véritable instigateur des traitements moraux. Il déclara ainsi que, « plein de confiance dans la droiture et l'habileté du chef de la police intérieure, [il] lui laiss[a] le libre exercice du pouvoir qu'il avait à déployer » (*Ibid.*, éd. de 1809, p. 226). [*Le Pouvoir psychiatrique*, p. 194 note 25.]

Pour illustrer ce constat, Foucault présente une scène de guérison psychiatrique racontée par Pinel lui-même. Il s'agit de la guérison d'un jeune homme en proie à un délire : il était « dominé par des préjugés religieux » et, pour son salut, refusait tout plaisir de la chair ainsi que toute alimentation. Dans cette scène racontée par Pinel, c'est le citoyen Pussin qui opère le traitement. A travers la présentation de cette scène, ce que veut montrer Foucault, c'est précisément que l'opération thérapeutique ici, le geste médical, n'est pas du tout réalisé par un médecin ; un simple surveillant, un agent disciplinaire, est tout à fait apte à réaliser la manœuvre. Mais, du coup, en quoi consiste cette opération thérapeutique ? L'objectif ici pour Pinel, explique Foucault, est de produire dans l'esprit même du malade un état d'angoisse, un état pénible de fluctuation, en le mettant sous pression, en le confrontant au mécanisme de l'ordre et de la menace de la punition en cas de désobéissance. Selon un protocole bien établi, Pussin intime l'ordre au malade de se nourrir et le menace simultanément des plus cruels traitements s'il n'obéit pas ; ensuite, le fou est laissé seul « dans l'état le plus pénible de fluctuation, entre l'idée de la punition qui le menace et la perspective effrayante des tourments de l'autre vie. »⁹⁴ Comme le statue Pinel, c'est la menace et la peur corrélative de la punition, entretenues par la sensation de faim, qui doivent *in fine* avoir raison du délire. Et c'est bien ce qui se produit puisque le malade « abandonne » ses idées religieuses et obéit (il se nourrit).

Comment Foucault analyse cette scène ? Premièrement, il souligne que l'opération thérapeutique n'est aucunement passée par un quelconque discours de vérité (ni étiologie, ni nosographie, pas même la formulation d'un diagnostic). Deuxièmement, il souligne que l'opération en elle-même n'a pas du tout consisté en l'application d'une recette médicale (ni médicamenteuse, ni geste de soins), mais bien en l'instauration d'un rapport de force, la confrontation de deux volontés (celle du représentant de l'autorité contre celle du malade) et la menace que ce rapport véhicule. Troisièmement, l'opération thérapeutique n'a pas eu pour effet de générer chez le patient une sorte de retour à l'homéostasie – il ne s'agissait pas du tout de soulager chez lui un mal –, au contraire ! L'opération a généré un conflit intérieur, un état de déséquilibre émotionnel, une pénible fluctuation de l'esprit, devant mener à la renonciation du fou, à la capitulation du délire et de la volonté. Quatrièmement, alors que jamais un quelconque rapport à la vérité de la folie du malade n'a été engagé pour entamer l'opération thérapeutique, il se produit pourtant bien un moment où la vérité éclate : au moment où le fou capitule, au moment où il abandonne – et reconnaît par là-même – son délire. La vérité de la folie éclate

⁹⁴ PINEL, Ph., *Traité médico-philosophique*, section II, § VIII : « Avantage d'ébranler fortement l'imagination d'un aliéné dans certains cas », pp. 60-61. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 12.)

donc au moment où le fou reconnaît qu'il délirait – autrement dit, la vérité de la folie éclate au moment où le fou avoue être fou.⁹⁵ Enfin, cinquième point de l'analyse de cette scène, c'est que cette opération thérapeutique – par laquelle le fou est amené à reconnaître qu'il délirait – effectuée, accomplie et scellée, dit Foucault, le processus de la guérison. Autrement dit, il a fallu que le fou obéisse, il a fallu qu'il avoue, c'est-à-dire qu'il *parle* pour qu'il *guérisse*.

C'est à partir de l'analyse de cette scène de guérison – scène qui est, selon lui, tout à fait représentative de ce qui se faisait à l'époque dans la pratique asilaire de la protopsychiatrie – que Foucault formule et pose la thèse élémentaire de son cours. Cette thèse en constitue le point de départ et le fil conducteur ; c'est elle qui va déterminer, et sur laquelle va reposer, toute l'analyse critique qu'opère Foucault : la déconstruction de la psychiatrie sur le plan des savoirs médicaux et sur le plan scientifique, et la mise au jour du dispositif de pouvoir qu'elle constitue et des rapports de force qu'elle met en place. Cette thèse dit ceci : au moment même où la psychiatrie naît et s'institue comme discipline médicale, comme une branche de la médecine spécialisée dans le traitement de cette maladie qu'est la folie (grâce, entre-autre à un homme, Pinel, qui était effectivement bien un médecin), la psychiatrie donc met en place une pratique thérapeutique qui n'a, dans sa substance même, absolument rien à voir avec ce qui se pratiquait à la même époque en médecine. Ce que Foucault veut déconstruire, c'est l'idée selon laquelle la psychiatrie est une pratique scientifique. Ce qu'il veut mettre au jour (et que notre analyse antérieure de *Naissance de la clinique* nous permet de comprendre), c'est l'hétérogénéité de ces deux disciplines que sont la médecine et la psychiatrie. Foucault formule ainsi sa thèse :

Vous avez donc là toute une certaine distribution de la force, du pouvoir, de l'événement, de la vérité, qui n'est aucunement ce qu'on peut retrouver dans un modèle que l'on pourrait appeler médical, et qui était en train de se constituer à la même époque dans la médecine clinique. Dans la médecine clinique de l'époque, on peut dire que se constituait un certain modèle épistémologique de la vérité médicale, de l'observation, de l'objectivité, qui allait permettre à la médecine de s'inscrire effectivement à l'intérieur d'un domaine de discours scientifique où elle allait rejoindre, avec ses modalités propres, la physiologie, la biologie, etc. Ce qui se passe dans cette période 1800-1830, c'est, je crois, quelque chose d'assez différent de ce que l'on a l'habitude de croire. Il me semble que, d'ordinaire, on interprète ce qui s'est passé dans ces trente années-là comme le moment où la psychiatrie vient enfin s'inscrire à l'intérieur d'une pratique et d'un savoir médicaux auxquels elle avait été jusqu'à présent relativement étrangère.

⁹⁵ *Infra*, « Le problème de la vérité en psychiatrie ».

On a l'habitude de penser que la psychiatrie apparaît à ce moment-là, pour la première fois, comme une spécialité à l'intérieur du domaine médical.

Il me semble [...] que, parmi ceux que l'on peut considérer comme les fondateurs de la psychiatrie, l'opération médicale qu'ils accomplissent lorsqu'ils guérissent n'a, dans sa morphologie, dans sa disposition générale, pratiquement rien à voir avec ce qui est en train de devenir l'expérience, l'observation, l'activité diagnostique, le processus thérapeutique de la médecine. Cet événement, cette scène, cette procédure sont, je crois, à ce niveau-là, dès ce moment-là, absolument irréductibles à ce qui se passe à la même époque en médecine.⁹⁶

Et Foucault ajoute d'emblée que toute la pratique [proto]psychiatrique, ses scènes de guérison, l'organisation même de l'espace asilaire, le système disciplinaire qu'elle met en place, « ne sont possibles, ne sont acceptés et ne sont institutionnalisés qu'à l'intérieur d'établissements qui reçoivent à cette époque-là le statut médical, et de la part de gens qui ont la qualification médicale. »⁹⁷ Il semble donc, pour Foucault, que toute la pratique psychiatrique du [début du] XIX^e siècle ne trouve sa légitimité comme pratique médicale *qu'en tant qu'elle est accomplie par un médecin* – c'est par là qu'elle est rattachée à la médecine.

*

Donc, on le voit, l'hétérogénéité de ces deux disciplines se marque à un double niveau. Premièrement, au niveau de la pratique et des techniques thérapeutiques – corrélativement, on l'a vu, à leur rapport différent au savoir et aux théories – : la [proto]psychiatrie établit sa pratique non pas sur un savoir médical sur la folie (sur les discours étiologiques, nosographiques ou anatomo-pathologiques qui étaient en train de s'établir au même moment), mais bien sur des méthodes disciplinaires, en vue de la soumission du fou. Deuxièmement, l'hétérogénéité de ces deux disciplines se marque également au niveau de l'espace de médicalisation : l'hôpital pour la médecine, l'asile pour la psychiatrie. L'asile psychiatrique, Foucault l'analyse d'abord et avant tout comme un espace disciplinaire – au même titre que l'école, la caserne, l'atelier, etc.⁹⁸ –, mais qui a cette particularité d'être marqué médicalement.

⁹⁶ *Ibid.*, p. 13. (Nous soulignons.)

⁹⁷ *Ibidem.*

⁹⁸ Nous ne présenterons pas ici l'archéologie de la conception foucauldienne du pouvoir disciplinaire car cela nécessiterait, de par sa complexité et sa subtilité, tout un travail de recherche pour une analyse juste et complète. Sur le pouvoir disciplinaire, nous nous limiterons à ce que Foucault en dit dans le domaine psychiatrique. Pour une vue d'ensemble de la conception de Foucault, lire : *Le Pouvoir psychiatrique*, « Leçon du 21 novembre 1973 » et « Leçon du 28 novembre 1973 » ; *Surveiller et punir*, chap. III : « Discipline » ; ainsi que l'ouvrage de S. Legrand, *Les normes chez Foucault*, chap. 2 : « Normation ».

5. L'asile, un espace disciplinaire marqué médicalement :

Avant de traiter ce « marquage médical » de l'asile dont parle Foucault, disons d'abord que, en tant qu'espace disciplinaire et dans la mesure où le traitement et la guérison de la folie passent fondamentalement par des opérations disciplinaires, l'asile psychiatrique constitue déjà en lui-même un dispositif de guérison, une « machine à guérir ». Ainsi, explique-t-il que :

*Ce qui guérit à l'hôpital, c'est l'hôpital. C'est-à-dire que c'est la disposition architecturale elle-même, l'organisation de l'espace, la manière dont les individus sont distribués dans cet espace, la manière dont on y circule, la manière dont on y regarde ou dont on y est regardé, c'est tout cela qui a en soi valeur thérapeutique.*⁹⁹

Autrement dit, pour Foucault, ce qui guérit à l'hôpital psychiatrique, c'est d'abord sa disposition même, le système disciplinaire qu'il constitue, le régime qu'il met en place. L'asile psychiatrique est une « machine à guérir » en tant qu'il est un appareil panoptique (inspiré du *Panopticon* de Bentham)¹⁰⁰ ; il met en place une série d'éléments (de principes) censés avoir fonction opératoire dans la guérison : la *visibilité permanente* (principe selon lequel on se sait toujours susceptible d'être observé – pression qui doit générer chez le fou, une forme d'autorégulation, ou du moins de discrétion : ne pas montrer son délire)¹⁰¹ ; la *surveillance centrale* (ou le principe de la surveillance pyramidale des regards devant permettre de tout voir effectivement, que rien n'échappe à l'œil du pouvoir)¹⁰² ; l'*isolement* (principe à double effet : à la fois, la perception et la réflexion sur sa propre folie à partir de la perception de la folie des autres, espèce de conscience médicale ; et à la fois, l'individualisation et la dissociation de tous

⁹⁹ *Ibid.*, p. 103.

¹⁰⁰ Écrit en 1787 sous forme de lettres adressées à un correspondant anonyme, puis édité en ouvrage en 1971 : BENTHAM, J., *Panopticon, or the Inspection-House, Containing the idea of a new principle of construction applicable to any sort of establishment in which persons of any description are to be kept under inspection, and in particular to penitentiary-houses, prisons, houses of industry [...] and schools, with a Plan of Management adapted to the principle*, in *Words*, Edimbourg, ed. Bowring, 1791. (Cf. l'analyse qu'en fait Foucault : *Le Pouvoir psychiatrique*, « Leçon du 28 novembre 1973 » ; *Surveiller et punir*, chap. III : « Discipline », III : « Le panoptisme ».)

¹⁰¹ *Le fou doit être quelqu'un qui, non seulement, est surveillé ; mais le fait de savoir que l'on est toujours surveillé, mieux encore, le fait de savoir qu'on peut être toujours surveillé, qu'on est toujours sous le pouvoir virtuel d'un regard permanent, c'est cela qui a en soi valeur thérapeutique, puisque c'est précisément lorsque l'on se sait regardé, et regardé comme fou, que l'on ne montrera pas sa folie, et que le principe de la distraction, de la dissociation va jouer à plein.* [*Le Pouvoir psychiatrique*, pp. 103-104.]

¹⁰² *C'est-à-dire que l'on a une hiérarchie constituée de gardiens, infirmiers, surveillants, médecins, qui tous se font des rapports selon la voie hiérarchique, et qui culmine au médecin-chef, seul responsable de l'asile, car le pouvoir administratif et le pouvoir médical ne doivent pas être dissociés – tous les psychiatres de l'époque y insistent – ; et c'est vers cette espèce de savoir-pouvoir unitaire et absolu constitué par le médecin-chef que tous ces relais de surveillance doivent finalement converger.* [*Ibid.*, p. 104.]

les effets de groupe et de contagion)¹⁰³ ; enfin, le jeu de l'*incessante punition* (assuré soit par le personnel présent en permanence à côté de l'aliéné ; soit par une série d'instruments physiques de contrainte)¹⁰⁴. C'est la combinaison et la mise en œuvre de ces quatre principes qui forment l'asile psychiatrique du XIX^e siècle et qui l'établissent comme « espace disciplinaire de guérison ». L'asile, pour Foucault, c'est cette espèce de grande machinerie qui est opérante précisément en tant que tout ce qui la compose : « les murs, les salles, les instruments, les infirmiers, les surveillants et le médecin sont des éléments qui ont, bien sûr, des fonctions différentes à jouer, mais qui ont essentiellement pour fonction de jouer un effet d'ensemble »¹⁰⁵ : former un système général de surveillance et d'assujettissement permanents des malades, devant permettre donc leur guérison.

Etonnante cette conception de l'asile comme « espace disciplinaire de guérison ». Etonnante et problématique... Car qu'est-ce que Foucault est en train de dire ? D'abord, en définissant l'asile comme espace disciplinaire – au même titre donc que d'autres¹⁰⁶, et en particulier la prison –, Foucault identifie en quelque sorte le fou à tous ces autres individus à discipliner, en particulier le délinquant et le criminel. L'asile, comme la prison, est un espace d'enfermement – et, nous verrons, de « récupération »¹⁰⁷ –, à régime disciplinaire et s'établissant sur le modèle du panoptique, mettant en place des stratégies de surveillance, de

¹⁰³ Isolement du fou dans une cellule possédant une double ouverture et un contre-jour le rendant visible des autres fous et lui permettant réciproquement de les voir. Ainsi, Foucault explique que, d'après les psychiatres : *[...] il est très bon de voir la folie des autres, à condition que chaque malade puisse prendre sur les autres fous qui sont à côté de lui la perception que le médecin a de ces autres malades. Autrement dit, on ne peut demander tout de suite à un fou de prendre sur lui-même un point de vue qui sera celui du médecin, car il est trop attaché à sa propre folie ; en revanche, il n'est pas attaché à la folie des autres. Par conséquent, si le médecin montre à chaque malade en quoi tous ceux qui l'entourent sont effectivement des malades et des fous, du coup, le malade en question, percevant triangulairement la folie des autres, va finir par comprendre ce que c'est que d'être fou, de délirer, d'être maniaque ou mélancolique, d'être monomaniaque. Quand il verra en face de lui, lui qui se croit Louis XVI, qu'il y a quelqu'un d'autre qui se croit également Louis XVI, et qu'il verra de quelle manière le médecin juge cet autre qui se croit Louis XVI, à ce moment-là, il pourra prendre indirectement sur lui-même et de sa propre folie une conscience qui sera analogue à la conscience médicale. [Ibid., p. 105.]*

¹⁰⁴ Dans toute cette « technologie du corps », Foucault distingue quatre types d'appareils corporels utilisés à l'asile : les « appareils de garantie et d'épreuve » (empêchant un certain type d'action, la réalisation d'un certain type de désir – par exemple, la ceinture de chasteté) ; les « appareils de vérité » (qui arrachent la vérité, obéissant à une loi de l'intensification graduelle, de l'accroissement quantitatif de la contrainte et de la douleur – exemples : le supplice de l'eau ; l'estrapade ; etc.) ; les « appareils de marquage » (manifestant et marquant la force du pouvoir, c'est « la manifestation, sur le corps-même, torturé et assujetti, du pouvoir qui se déchaîne » [Ibid., p. 107] – exemple, le marquage au fer rouge) ; enfin, les « appareils orthopédiques » (devant forcer le redressement et le dressage du corps). Sur ces appareils orthopédiques, Foucault précise que ce sont des appareils à action continue ; dont l'effet progressif doit être de les rendre inutiles (lorsqu'on l'enlève, il faut que l'effet obtenu par lui soit définitivement inscrit dans le corps) ; et ce sont également des appareils qui doivent autant que possible être homéostatiques (c'est-à-dire que moins on leur résiste, moins on les sent, mais plus on essaie d'y échapper, plus ils font souffrir – exemples : le collier à pointes de fer ; la camisole ; etc.).

¹⁰⁵ Ibid., p. 163.

¹⁰⁶ Nous laissons de côté les analyses de Foucault de l'école, de l'atelier ou de la caserne.

¹⁰⁷ *Infra*, « Les fonctions-Psy comme instance disciplinaire ».

discipline et de soumission. L'objectif de l'asile, nous l'avons vu, est de faire obéir (faire faire et faire dire), rendre obéissant en vue d'une *possible* sortie de l'asile.¹⁰⁸ Asile comme espace d'enfermement, Foucault penserait-il l'asile comme une « prison des fous » ? Cette idée engage, soulignons-le, la question des conditions d'enfermement de la folie. *Quelle est, fondamentalement, la réalité et l'expérience de l'internement psychiatrique pour les fous ?* Ceci nous semble être l'enjeu même du cours de Foucault en 1973.¹⁰⁹ En outre, si l'asile est un espace disciplinaire de guérison, que serait la guérison de la folie ? On l'a vu, la folie au XIX^e siècle est une maladie, mais une maladie dangereuse – et en cela, elle se rapproche de la délinquance et de la criminalité.¹¹⁰ Il semble dès lors que la sortie de la folie du « monde de la Déraison » dans lequel l'âge classique l'avait enfermée soit un leurre – sortie d'un enfermement indifférencié pour une isolation dans un enfermement médical. Pourtant, le caractère moral de cet internement persiste. Que serait donc la guérison de la folie ? On peut dire que Foucault statue sur la question lorsque, dans la septième leçon de son cours, il donne cette définition :

*Cesser d'être fou, c'est accepter d'être obéissant [...]*¹¹¹

Si l'asile semble donc être, après analyse, davantage « prison des fous » que « hôpital des fous », il ne peut pas être confondu avec une prison. En effet, bien qu'il s'agit là de deux espaces d'enfermement fonctionnant selon les mêmes principes disciplinaires (la visibilité permanente ; la surveillance centrale ; l'isolement ; le jeu de l'incessante punition) – principes du *Panopticon* de Bentham penser pour maximiser la surveillance des « pensionnaires » –, un élément essentiel les différencie : l'asile est un espace *marqué médicalement* (et nous revenons ainsi à ce que nous avons souligné plus haut). Cela veut dire que les mêmes opérations disciplinaires de redressement et de dressage visant à soumettre ont, à l'asile, ce sur-pouvoir de

¹⁰⁸ Notons que la différence fondamentale entre l'internement asilaire et l'enfermement carcéral, c'est que la [date de] sortie de l'asile n'est jamais garantie ou établie (déterminée) à l'avance – à la différence donc de l'enfermement carcéral qui, lorsqu'il n'est pas « à perpétuité », est prévu, par condamnation pénale, pour une durée déterminée. La sortie d'asile est corrélative de la guérison du fou ; et seul le médecin psychiatre peut en statuer.

¹⁰⁹ Nous postulons que le projet de Foucault en 1973 s'inscrit en continuité avec le projet du G.I.P. : éclairer la réalité de l'enfermement, non pas à partir de ce qu'en dit l'autorité, mais à partir de l'expérience de ceux qui sont enfermés. [*Supra*, « Chapitre V : Faire événement au moyen du G.I.P. »]

¹¹⁰ C'est l'idée émergente au XIX^e siècle que tout fou est un criminel en puissance.

¹¹¹ *Le Pouvoir psychiatrique*, pp. 164-165.

guérir les fous¹¹² (ces malades indisciplinés et dangereux) ; cet effet supplémentaire « thérapeutique », « curatif », « orthopédique » qu'elles n'ont pas [à avoir] en prison.

Mais alors, une nouvelle question se pose : à partir du moment où ni sa structure, ni son régime général, ni l'opération thérapeutique qui s'y joue n'ont quelque chose à voir avec ce qui se passe en médecine, pourquoi faut-il que l'asile psychiatrique soit marqué médicalement ? En quoi ce qui se joue à l'asile du XIX^e siècle concerne-t-il la médecine ? Pourquoi faut-il que son directeur (chef et opérateur de discipline) soit médecin ?

Antérieurement, nous avons déjà exposé une première réponse à cette question : parce que la folie est fondamentalement considérée (depuis la fin du XVIII^e siècle) comme une maladie. A ce titre, elle relève donc de la médecine – puisque, depuis le XVIII^e siècle, seul un médecin est reconnu compétent pour soigner (diagnostiquer, prescrire un traitement et/ou une médication et poser des gestes médicaux).¹¹³ Dans la huitième leçon de son cours (leçon du 9 janvier 1974), Foucault nous donne une autre réponse à cette question – étape fondamentale de son analyse puisqu'elle appuie davantage encore sa conception critique de la psychiatrie comme dispositif de pouvoir – : l'asile est marqué médicalement et celui qui dirige l'asile doit être un médecin en raison de l'*effet de pouvoir* supplémentaire que donne le seul *statut* médical.

Je crois que ce qui est considéré comme nécessaire au bon fonctionnement de l'asile, ce qui fait que l'asile doit être nécessairement marqué médicalement, c'est l'effet de pouvoir

¹¹² Soulignons que – et on le voit –, être « guéri » ou en « bonne santé » ne renvoie pas exclusivement, du point de vue médical ou biologique, à la bonne santé de l'organisme ou du psychisme ; être en « bonne santé », c'est aussi – et d'abord – être en conformité avec (ou modelé à quelque chose comme) une norme [de discipline et d'hygiène] : la droiture du corps, sa posture, sa position, sa bonne marche, sa conduite, ses routines, son obéissance, etc.

¹¹³ Cf. à ce propos : *Naissance de la clinique*, chap. II : « Une conscience politique » et chap. III : « Le champ libre », point 2 : « Le droit d'exercice et l'enseignement médical ». Dès les premières années du XVIII^e siècle (et avec l'émergence de la médecine des épidémies), une conscience médicale généralisée vit le jour en France – conscience qui traversa tout le siècle – et avec elle, le souci de contrôler la pratique de la médecine et les connaissances médicales. En mars 1707, les décrets de Marly réglementèrent la pratique de la médecine et la formation des médecins. L'objectif de ces décrets était de lutter contre les charlatans, les guérisseurs, les religieux et toutes les personnes qui exerçaient la médecine sans titre ni capacité. D'autre part, ces décrets réorganisèrent également l'enseignement de la médecine – enseignement qui se faisait désormais uniquement dans les universités disposant d'une faculté de médecine – et l'obtention du diplôme de médecin. Ainsi, l'article 26 du décret pose ce principe que : « nul ne pourra exercer la médecine, ni donner aucun remède même gratuitement s'il n'a obtenu le degré de licencié ». [art. 26 – Le texte complet des décrets de Marly est cité par GILBERT, J. E., *L'anarchie médicale*, t. II, Neuchâtel, 1772, pp. 58-118. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 44.)] En 1776, une nouvelle série de décrets instituèrent de nouveaux contrôles : le contrôle des instances politiques sur l'exercice de la médecine et le contrôle d'un corps médical privilégié sur l'ensemble des praticiens. Ainsi vit le jour la Société royale de Médecine qui devint un point de centralisation du savoir, une instance d'enregistrement et de jugement de toute l'activité médicale.

*supplémentaire que donne, non pas le contenu d'un savoir, mais, statutairement, la marque du savoir.*¹¹⁴

Et Foucault précise que ce sur-pouvoir donné à l'instance médicale par la seule marque du savoir (par le statut de « médecin », de « savant », ou de « scientifique ») fonctionne – est opérant – *quel que soit le contenu effectif de ce savoir*. Autrement dit, celui qui détient le titre de médecin, de savant a déjà fait preuve de son savoir, et, lorsqu'il est nommé directeur d'asile, n'a plus rien à prouver, pas même un savoir sur la folie. Il accède statutairement à une position dominante qui légitime sa pratique, quelle qu'elle soit. Et l'on peut déjà ajouter à cela que [anatomo-]clinicien et psychiatre peuvent bien posséder le même titre de médecin, la différence entre les deux, c'est que seul l'un d'eux ne peut fonctionner sans un certain rapport effectif au savoir puisque, pour lui, le point de départ de son intervention thérapeutique auprès du malade, c'est bien la formulation du diagnostic différentiel. Seul donc le pouvoir de celui-là peut trouver, pour Foucault, sa légitimité en tant que pouvoir savant.

C'est ainsi que Foucault en vient à se demander explicitement si l'hôpital psychiatrique est, d'une quelconque façon que ce soit, un lieu où se met en œuvre un savoir médical.

*Est-ce que la direction des fous doit être ordonnée à un savoir sur la maladie mentale ; une analyse de la maladie mentale ; une nosographie ; une étiologie de la maladie mentale ?*¹¹⁵

La réponse de Foucault, on l'a déjà comprise, est clairement : non.¹¹⁶ Foucault souligne et insiste encore une fois sur l'écart, la distorsion qui sépare, dans le domaine psychiatrique, la théorie médicale et la pratique effective de la direction. Et pour preuve de cette distorsion, Foucault cite encore quelques exemples : d'abord, le fait que dans un hôpital psychiatrique, le médecin ne peut consacrer qu'un très court laps de temps à ses malades internés (trente-sept minutes par an pour chaque malade, parfois moins, dit Foucault)¹¹⁷ ; le fait que la répartition (la distribution) des malades à l'asile n'a absolument rien à voir avec le découpage (classement)

¹¹⁴ *Le Pouvoir psychiatrique*, p. 181.

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 177.

¹¹⁶ *Je crois qu'il faut absolument insister sur le fait que vous avez eu au XIX^e siècle, d'une part, tout un développement des nosographies, des étiologies des maladies mentales, des recherches anatomo-pathologiques sur les corrélations organiques possibles de la maladie mentale, et puis l'ensemble de ces phénomènes tactiques de la direction. [Ibidem.]*

¹¹⁷ Et il cite à ce propos Leuret : « Dans un établissement d'aliénés que je pourrais désigner, le nombre des malades est tel que, dans le cours de toute une année, le médecin en chef ne peut donner à chaque malade que trente-sept minutes et dans un autre, où le nombre des malades est encore plus considérable [...], chaque malade n'a droit, dans un an, qu'à dix-huit minutes du temps du médecin en chef. » [*Du traitement moral de la folie*, Paris, J.-B. Baillière, 1840, p. 185. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 192 note 11.)]

nosographique des maladies mentales¹¹⁸ ; ou encore le fait que tout ce qui a été défini par la théorie médicale (symptomatologique ou anatomo-pathologique) comme médication possible à la maladie mentale est réutilisé, non plus dans un but thérapeutique, dit Foucault, mais à l'intérieur de techniques de direction, à titre de punition¹¹⁹. Ainsi conclut-il :

Donc, je ne crois pas que l'on puisse dire que le médecin fonctionnait à l'intérieur de l'asile à partir de son savoir psychiatrique. A chaque instant, ce qui était donné comme savoir psychiatrique, ce qui était formulé dans les textes théoriques de la psychiatrie, tout ceci était reconverti autrement dans la pratique réelle, et l'on ne peut dire que ce savoir théorique ait jamais effectivement mordu sur la vie asilaire proprement dite. Ceci, encore une fois, est vrai pour les premières années de cette protopsychiatrie, vrai, sans doute, dans une très grande mesure, pour toute l'histoire de la psychiatrie jusqu'à nos jours.¹²⁰

Après tout, Pinel reconnaissait lui-même que Pussin en savait tout autant que lui sur les aliénés et que c'est bien en s'appuyant sur son expérience de surveillant qu'il a appris ce qu'il a appris et qu'il a institué le traitement moral.¹²¹ Autrement dit, ce n'est donc pas son savoir « effectif » de médecin que l'aliéniste met en œuvre à l'asile dans son traitement des aliénés. Ce qu'il met en œuvre, explique Foucault, ce sont seulement les *marques de savoir* avec lesquelles il joue pour « en imposer » au malade, pour se faire « maître de la vérité » du fou et de sa folie.

Qu'est-ce que ces marques de savoir dont parle Foucault ? Eh bien c'est, par exemple, le fait, pour le psychiatre, d'avoir toujours une longueur d'avance sur le fou lors de son interrogatoire ou de son anamnèse en ayant déjà, antérieurement, réalisé une enquête biographique à son sujet – rendant ainsi l'interrogatoire superflu (purement protocolaire) dans sa quête d'informations. Et cette longueur d'avance, ce champ de savoirs déjà constitué – qu'il

¹¹⁸ *Les partages que vous voyez s'établir concrètement dans les hôpitaux sont des partages tout différents : c'est la différence entre curables et incurables, malades calmes et malades agités, malades obéissants et malades insoumis, malades capables de travailler et malades incapables de travailler, malades punis et malades non punis, malades à surveiller continument et à surveiller de temps en temps ou pas du tout. C'est cette répartition-là qui a effectivement scandé l'espace intra-asilaire, et pas du tout les cadres nosographiques qui étaient en train de se bâtir dans les traités théoriques. [Ibid., pp. 177-178.]*

¹¹⁹ *Je veux dire ceci : quelque chose comme la douche ou encore la cautérisation, les moxas, etc., tous ces médicaments ont bien d'abord été prescrits en fonction d'une certaine conception de l'étiologie de la maladie mentale ou de ses corrélations organiques : nécessité, par exemple, de faciliter la circulation sanguine, de décongestionner telle partie du corps, etc., mais, très rapidement, des méthodes comme celles-là, dans la mesure où elles étaient des méthodes d'intervention désagréables pour le malade, ont été réutilisées dans un système proprement directif, c'est-à-dire à titre de punition. Vous savez que ceci continue, et que la manière dont l'on a utilisé l'électrochoc est exactement de ce type.*

D'une façon même plus précise, l'utilisation des médicaments eux-mêmes a été, en général, le prolongement de la discipline asilaire à la surface du ou dans le corps. [Ibid., p. 178.]

¹²⁰ *Ibid.*, pp. 178-179.

¹²¹ PINEL, *op. cit.*

soit effectif ou non –, il faut de toute façon que le fou le ressente ; c'est-à-dire que, pendant l'interrogatoire, il faut que le fou sente que le psychiatre sait déjà, qu'il ne lui apprend rien. Et si le psychiatre n'a pas pu se constituer antérieurement ce champ de savoirs, il faut dans tous les cas ne jamais laisser apparaître au fou que l'on dépend de lui pour obtenir des informations – et ceci, afin de lutter contre ce sentiment de toute-puissance qui accompagne toute folie. Un autre exemple de ces marques de savoir, c'est le fait d'assurer une surveillance permanente à l'asile et l'enregistrement (la notation) systématique de tout ce qui s'y passe, avec les fous. Autre exemple encore, c'est aussi le fait, pour le psychiatre, d'instaurer le double jeu de la médication-punition, c'est-à-dire qu'il faut que derrière toute prescription du psychiatre, il y ait dans la tête du fou le soupçon d'une pure et simple manœuvre punitive de soumission, d'humiliation. Le dernier exemple que donne Foucault de marque de savoir mise en scène par le psychiatre, c'est tout le jeu de la clinique qui avait cours à l'asile (la présentation clinique des malades dans l'instruction des étudiants). C'est à travers toutes ces mises en scène de savoir, toutes ces feintes, que le psychiatre va pouvoir s'établir comme « maître de la vérité ».

Ce sont ces marques de savoir, et non pas le contenu d'une science, qui vont permettre à l'aliéniste de fonctionner comme médecin à l'intérieur de l'asile. Ce sont ces marques de savoir qui vont lui permettre d'exercer à l'intérieur de l'asile un sur-pouvoir absolu [...] Ce sont ces marques de savoir qui vont lui permettre de constituer l'asile comme une sorte de corps médical qui guérit par ses yeux, ses oreilles, ses paroles, ses gestes.¹²²

6. Le problème de la vérité en psychiatrie :

Le projet de Foucault dans *Le Pouvoir psychiatrique* est de lever le voile sur une imposture : celle de la psychiatrie qui se prétend être une discipline scientifique. Selon lui, on l'a vu, la psychiatrie n'a pas du tout établi sa pratique thérapeutique sur un savoir positif sur la folie, c'est-à-dire un savoir qui serait scientifiquement fondé. Fondamentalement, dès son origine, la psychiatrie a fondé sa pratique et sa thérapeutique en demeurant sourde à ce qui était en train de s'établir scientifiquement, à la même époque, en médecine. Alors même qu'elle prétendit libérer la folie de ses chaînes et la guérir (et par-là même l'innocenter, la déculpabiliser – car après tout, le fou n'est pas responsable de sa maladie), la psychiatrie a instauré, dès son origine, un système disciplinaire au sein même de son espace d'intervention (l'asile) – système par lequel elle enferma (et pour longtemps, précise Foucault) la folie dans une nouvelle

¹²² *Le Pouvoir psychiatrique*, p. 185.

« prison ». Mais cet enfermement est bien plus pervers que le précédent car il s'établit sur une illusion : il passa pour une libération ; il se fit sous le voile de la médicalisation.¹²³ Ce n'est donc fondamentalement pas, pour Foucault, à partir de méthodes médicales que la psychiatrie a soigné la folie, mais à partir de méthodes disciplinaires *présentées* comme médicales.

Nous avons vu que Foucault a, dès la première leçon de son cours de 1973-1974, cherché à montrer que la question de la vérité de la folie n'est fondamentalement pas mise en jeu dans la cure psychiatrique puisque cette dernière se réalise en dehors de tout examen du malade et de toute théorie médicale, c'est-à-dire sans la formulation préalable d'un diagnostic différentiel. Le psychiatre, pour Foucault, se trouve à un niveau inférieur du savoir : son rôle n'est pas d'identifier à quelle folie il a affaire – ce n'est pas du tout fondamental pour lui puisque, au fond, l'essentiel à savoir est que la folie est une maladie dangereuse ; quelle qu'elle soit. Le psychiatre, c'est celui qui statue sur l'existence de la folie (l'existence d'un danger). Il a à poser un diagnostic absolu – fou ou non fou ; danger ou pas danger –, diagnostic qui légitime et rend absolument nécessaires l'internement asilaire et l'opération thérapeutique qui s'y déroule (l'objectif étant la guérison du fou, c'est-à-dire qu'il cesse d'être un danger pour la société).

*

Donc, ce que fait Foucault, c'est mettre au jour l'étrangeté d'une pratique prétendument scientifique qui ne pose pas la question de la vérité de l'objet (la folie) qu'elle prétend soigner. Pourtant – et c'est là une subtilité de l'analyse de Foucault –, il ne faut pas en conclure que la psychiatrie élude complètement le problème de la vérité : le psychiatre pose bien la question de la vérité, mais il ne la pose pas au corps malade (interrogation de ses maux et de ses symptômes, examen anatomo-clinique) pour découvrir sa maladie et prescrire une thérapeutique particulière, adaptée. Le psychiatre au XIX^e siècle pose (et règle simultanément) la question de la vérité à l'intérieur de lui-même lorsqu'il statue en médecin, détenteur d'un savoir dans l'art qui guérit. Pour Foucault, le psychiatre ne met jamais en jeu son savoir au cœur de la relation thérapeutique avec le malade pour découvrir ce que serait la vérité de sa folie. Le psychiatre du XIX^e siècle, c'est celui qui détient une fois pour toutes la vérité au nom de son statut de médecin – vérité qu'il va imposer et assigner au fou et à laquelle ce dernier va devoir se conformer s'il

¹²³ Ce que dit Foucault, c'est que l'horizon thérapeutique de l'internement asilaire (la promesse de la cure, puis de la guérison) fonctionna comme un édulcorant – car après tout, c'est « pour le bien des fous » qu'on les interne et qu'on les soigne –, un trompe-l'œil pour masquer ce qui était effectivement en train de se réaliser à l'asile à travers le « traitement moral » : des pratiques et des opérations disciplinaires qui, on l'a vu, n'ont absolument rien de médicales ou de scientifiques. Les opérations thérapeutiques de la psychiatrie n'ont absolument rien à voir avec celles qui se réalisaient au même moment en médecine.

veut guérir. Cette conception du rapport de la psychiatrie au problème de la vérité amena Foucault à définir au cours de sa sixième leçon (leçon du 12 décembre 1973) que :

*Le pouvoir psychiatrique, c'est ce supplément de pouvoir par lequel le réel est imposé à la folie au nom d'une vérité détenue une fois pour toutes par ce pouvoir sous le nom de science médicale, de psychiatrie.*¹²⁴

Le problème de la vérité se pose en psychiatrie dans le processus de la guérison. La vérité, explique Foucault, c'est la vérité du psychiatre, c'est ce qu'il énonce, ce sur quoi il statue ; et c'est ce que le fou doit intégrer, ce à quoi il doit arriver, ce qu'il doit atteindre s'il veut guérir. Autrement dit, la vérité, c'est le point d'arrivée de la thérapeutique, ce à quoi le fou doit s'être conformé pour que le psychiatre statue sur sa guérison. La guérison en psychiatrie, c'est donc la conformité du fou (le façonnage du malade) à la vérité que le psychiatre veut lui assigner. Autrement dit encore, ce processus de guérison, tel que l'analyse Foucault, s'opère au XIX^e siècle par une manœuvre de manipulation du fou par laquelle le psychiatre lui impose et lui assigne *la* vérité (à la fois la vérité de sa folie ; et à la fois la vérité du réel auquel il doit se conformer) – il s'agit d'une opération « d'orthopédie mentale », dit Foucault.

Cette manœuvre de manipulation, Foucault explique qu'elle a évolué au cours du XIX^e siècle :

*Du psychiatre en « maître ambigu » de la réalité et de la vérité dans les pratiques proto-psychiatriques [on est passé] au psychiatre comme « agent d'intensification » du réel.*¹²⁵

Quelles formes prit cette manœuvre psychiatrique de manipulation/guérison au cours du XIX^e siècle ? Dans les premières années du siècle, soigner le fou et son délire passait, pour les aliénistes de la protopsychiatrie, par une manœuvre de manipulation de la réalité pour qu'elle vérifie et satisfasse le délire du fou. L'opération de guérison de la protopsychiatrie est une manœuvre par laquelle l'aliéniste feint : il satisfait, éblouit et trompe simultanément le fou en feignant de croire et d'adhérer à son délire et en manipulant la réalité et la vérité pour qu'elles continuent et authentifient le délire. L'objectif de l'aliéniste à travers cette feinte est de supprimer le délire en réglant, de l'intérieur, c'est-à-dire au cœur même du délire, ce qui fonctionne comme cause. « Au fond, dit Foucault, il s'est agi de développer, à partir même de l'idée délirante, une sorte de labyrinthe absolument conforme au délire lui-même, homogène à

¹²⁴ *Ibid.*, p. 132.

¹²⁵ *Ibid.*, p. 123.

l'idée erronée, dans lequel on promènerait le malade. »¹²⁶ Donc, manœuvre de feinte : continuation, authentification, satisfaction du délire pour mieux le supprimer.

Pour illustrer son analyse, Foucault reprend et présente différentes scènes de guérison (essentiellement racontées par Pinel et Mason Cox) au cours de sa deuxième et sixième leçon (leçons du 14 novembre et du 12 décembre 1973). Il cite, par exemple, une scène chez Pinel¹²⁷ : un malade souffrant d'une mélancolie profonde se croyait poursuivi par des révolutionnaires, en instance d'être traduit en justice et menacé de peine de mort. Pour guérir ce malade, Pinel organisa autour de celui-ci un pseudo-procès, avec des pseudo-juges – authentifiant ainsi le délire – ; procès au cours duquel le malade fut acquitté – acquittement qui permit d'enclencher la guérison. Ce que fit Pinel, c'est donc bien, explique Foucault, l'organisation d'un « labyrinthe » homogène à l'idée délirante, au bout duquel il plaça un évènement – l'issue salvatrice du délire (ici, l'acquittement du malade) – par lequel à la fois la cause dans le délire et la cause du délire furent supprimées. La manœuvre de guérison protopsychiatrique (la suppression du délire) passa donc bien par la suppression de l'objet qui, à l'intérieur même du délire, fonctionna comme cause et l'entretint.

A partir du moment où l'on effectue le délire, où on lui donne la réalité, où on l'authentifie et où, en même temps, on supprime ce qui est cause dans le délire, à partir de ce moment-là on a les conditions pour que le délire lui-même se liquide. [On supprime réellement, mais dans une forme virtuellement acceptable pour le délire, ce qui dans le délire fonctionne comme cause.] Et si ces conditions pour que le délire se liquide sont en même temps la suppression de ce qui a causé le délire lui-même, du coup, la guérison est assurée. Donc, si vous voulez, suppression de la cause du délire, suppression de la cause dans le délire. Et c'est cette espèce de fourche obtenue par le labyrinthe de la vérification fictive qui assure le principe même de la guérison.

Car [...] à partir du moment où le malade a vraiment cru que son délire était la vérité, à partir du moment où il a cru que ce qui, dans son délire, était la cause de sa maladie était supprimé, du coup, il se trouve dans la possibilité d'accepter une intervention médicale.¹²⁸

On le voit, c'est une double manœuvre de manipulation qui est engagée dans la cure protopsychiatrique – manipulation du fou et de son délire au moyen d'une manipulation de la

¹²⁶ *Ibid.*, p. 35.

¹²⁷ PINEL, *op. cit.*, section VI, § IV : « Essai tenté pour guérir une mélancolie profonde produite par une cause morale », pp. 233-237. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 129.)

¹²⁸ *Le Pouvoir psychiatrique*, p. 36.

réalité –, et c'est par cette double manœuvre que l'aliéniste va mener le fou à la vérité : la vérité de sa folie, la vérité qu'il est malade et qu'il a besoin du psychiatre pour guérir. Et ce passage par la manipulation (la mise en scène, la feinte, le mensonge) est nécessaire pour l'aliéniste, précise Foucault, car qu'est-ce qui fait qu'une erreur, une illusion, une idée fausse est symptomatique d'un délire ? Qu'est-ce qui fait, pour la protopsychiatrie, la folie d'une idée ? Qu'est-ce qui fait le délire du fou ? Ou encore, qu'est-ce qui fait que le délire d'un fou est bien le délire d'un fou ? A cette question, Foucault répond ceci :

Le fou, c'est celui dont l'erreur [ou le délire] ne peut être réduite par une démonstration ; c'est quelqu'un pour lequel la démonstration ne produit pas la vérité. Par conséquent, il va falloir trouver un autre moyen de réduire l'erreur – puisque la folie, c'est bien, en effet, l'erreur –, sans passer par la démonstration.¹²⁹

Autrement dit, montrer la réalité est inopérant pour sortir le fou de son délire ; démontrer l'erreur de son discours ne suffit pas à lui faire dire (reconnaître et intégrer) la vérité ; l'erreur ou le délire du fou ne se corrigent (ne se suppriment) pas au moyen de la rationalisation. En revanche, explique Foucault, c'est en jouant avec la réalité et la vérité – en les travestissant, en faisant passer pour vrai ce qui est faux et en transformant la réalité pour qu'elle s'ajuste au délire – que l'aliéniste de la protopsychiatrie se fait non seulement maître de la manipulation, mais aussi maître de la folie puisqu'il parvient à diriger le délire et *in fine* à le supprimer. Le psychiatre du début du XIX^e siècle n'est donc ni un professeur ni un démonstrateur de vérité, explique Foucault ; il est plus qu'un maître de vérités, le savant qui manipule la pensée pour la mener au jugement vrai ; il est celui qui maîtrise tellement *la* vérité qu'il peut la manipuler, irréaliser le réel, pour ainsi opérer au cœur même du délire du fou et assurer sa guérison.

A partir des années 1820, la posture du psychiatre vis-à-vis du fou et de la vérité va changer : il ne sera plus du tout question pour lui de « jouer » avec la vérité pour satisfaire le délire du fou ; plus question de tenir cette posture de « maître ambigu » de la réalité et de la vérité.¹³⁰ Désormais, le psychiatre ne joue plus du tout le jeu du délire ; ce n'est plus à lui à

¹²⁹ *Ibid.*, p. 130.

¹³⁰ Notamment avec E. J. Georget (1795-1828), élève de Pinel et d'Esquirol, qui le premier (prenant ainsi distance avec ses maîtres) statua sur la nécessité de « ne jamais exercer l'esprit des aliénés dans le sens de leur délire ». [*De la folie. Considérations sur cette maladie : son siège et ses symptômes, la nature et le mode d'action de ses causes ; sa marche et ses terminaisons ; les différences qui la distinguent du délire aigu ; les moyens du traitement qui lui conviennent ; suivies de recherches cadavériques*, chapitre v : « Traitement de la folie », Paris, Crevot, 1820, p. 280. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 263 note 42.)] Georget présenta le grand problème de la psychiatrie comme celui de savoir : comment dissuader le fou (celui qui « se croit roi »),

s'adapter au fou, mais c'est au fou à s'adapter et se soumettre à la réalité et à la vérité que le psychiatre lui impose. Le psychiatre devient ainsi maître absolu, gardien de la réalité et de la vérité qu'il va armer d'une force contraignante. Le psychiatre, dit Foucault, se fait « agent d'intensification » du réel.

Le psychiatre, c'est celui qui doit donner au réel cette force contraignante par laquelle le réel va pouvoir s'emparer de la folie, la traverser tout entière et la faire disparaître comme folie. Le psychiatre, c'est celui qui – et c'est là que se définit sa tâche – doit assurer au réel le supplément de pouvoir nécessaire pour qu'il s'impose à la folie, et, inversement, le psychiatre va être celui qui doit ôter à la folie le pouvoir de se soustraire au réel.¹³¹

C'est ainsi que Foucault définit la fonction du pouvoir psychiatrique : être un opérateur, un intensificateur de réalité auprès de la folie ; il s'agit de donner au réel ce « sur-pouvoir » nécessaire pour mater le fou, pour s'imposer à lui et le lui faire intégrer. Le représentant de ce pouvoir psychiatrique – celui qui incarne le mieux, selon Foucault, cette dimension d'intensification du réel et ce projet d'y soumettre strictement le fou – c'est Leuret¹³², « l'homme du traitement morale », dit Foucault.¹³³

Ce qui est remarquable avec ce psychiatre, souligne Foucault, c'est que c'est celui qui a défini de la façon la plus précise et méticuleuse la cure psychiatrique (il est celui qui a laissé le plus de documents et de notes à propos de ses cures) et les mécanismes fins qui la composent. Leuret est, affirme Foucault, « celui qui a élaboré ces pratiques, ces stratégies de cure, les a poussées à un point de perfection qui permet à la fois de comprendre les mécanismes généraux

comment le faire sortir de son délire, comment mater l'orgueil et l'affirmation de toute-puissance qui se trouve au fond de toute folie ? « Rien au monde ne peut les dissuader. Dites [...] à un prétendu roi qu'il ne l'est pas, il vous répondra par des invectives ». [*Ibid.*, p. 282. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 38 note 12.)] Pour atteindre et mater cette toute-puissance de la folie, Georget conseillait aux médecins : « Au lieu [...] de refuser à un aliéné la qualité de roi qu'il prétend avoir, prouvez-lui qu'il est sans puissance ; que vous, qui n'êtes rien moins que cela, pouvez tout sur lui ; il réfléchira peut-être qu'en effet, il pourrait bien se faire qu'il fût dans l'erreur. » [*Ibid.*, p. 284. (Cité par Foucault, *op. cit.*, pp. 147-148.)]

¹³¹ *Ibid.*, pp. 131-132.

¹³² François LEURET (1797-1851) est un médecin aliéniste français, héritier des méthodes de Pinel et d'Esquirol. En 1836, il devint médecin-chef à Bicêtre. Au cours de sa carrière, il fut entre-autre successeur d'Etienne Georget à la maison de santé Esquirol (1828), ainsi que rédacteur-en-chef de la revue *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Leuret est célèbre pour sa radicalisation du traitement moral établi par Pinel. Se focalisant sur la relation thérapeutique médecin-malade, il prôna une soumission stricte et rigoureuse du malade par des méthodes d'intimidation et des traitements rudes – motivé par une obstination inflexible à guérir (autre héritage de Pinel). Ses méthodes thérapeutiques lui valurent de virulentes critiques qui les condamnaient comme « rétrogrades » et « dangereuses ». Soulignons qu'il compta, parmi ses élèves, Paul Broca. [*Ibid.*, pp. 144 ; 168 note 8.]

¹³³ Cf. à ce propos la cure de M. Dupré, relatée dans le dernier chapitre de l'ouvrage de Leuret, *Du traitement moral de la folie*, observation xxii : « Porteurs de titres et de dignités imaginaires » (Paris, J.B. Baillière, 1840, pp. 418-462).

qui étaient mis en œuvre par tous les psychiatres, ses contemporains, et de les voir en quelque sorte au ralenti, en détail, selon leurs mécanismes fins. »¹³⁴ Et en même temps, souligne Foucault, Leuret n'a jamais théorisé ses dispositifs et ses manœuvres ; il n'a jamais donné aucune explication qui serait fondée sur une étiologie de la maladie mentale, ni sur aucune théorie médicale (ni anatomie, ni physiologie, pas même une psychologie) sur la folie. Ce qu'a fait Leuret dans ses textes, c'est décortiquer tous les mécanismes, toutes les subtilités des manœuvres et dispositifs de pouvoir qu'il a mis en place pour soumettre le fou au régime de la réalité. Foucault distingue quatre manœuvres dans la cure établie par Leuret¹³⁵ : la déséquilibration du pouvoir (inscription du fou dans un rapport de force absolument déséquilibré, où celui qui domine absolument, c'est le médecin)¹³⁶ ; la réutilisation du langage (apprentissage des noms, des fonctions, des injonctions – l'objectif étant l'intégration des mécanismes de l'ordre et de l'obéissance, l'apprentissage de la discipline par le langage)¹³⁷ ; l'aménagement ou l'organisation des besoins (création de carences pour recréer chez le fou la nécessité de se nourrir, de s'habiller, de travailler, de gagner de l'argent, etc.)¹³⁸ ; et enfin,

¹³⁴ *Le Pouvoir psychiatrique*, p. 144.

¹³⁵ *Ibid.*, « Leçon du 19 décembre 1973 », pp. 144-163.

¹³⁶ Foucault associe cette manœuvre au « principe de la volonté étrangère » de J.-P. Falret qui consiste à substituer une « volonté étrangère », celle du médecin, à la volonté délirante-perversedangereuse du fou. Cette volonté toute-puissante du médecin est celle dans laquelle va être concentrée toute la réalité que l'on veut imposer au fou. Comme le précise Foucault,

Je ne veux pas dire par là que toute autre réalité est supprimée au profit de cette seule volonté du médecin, mais que l'élément porteur de toute la réalité que l'on va imposer au malade et qui aura pour tâche d'avoir prise sur la maladie, le support de cette réalité doit être la volonté du médecin comme volonté étrangère à celle du malade et comme volonté statutairement supérieure, inaccessible par conséquent à tout rapport d'échange, de réciprocité, d'égalité. [Ibid., pp. 146-147.]

Ce principe a deux objectifs essentiels : d'une part, établir une sorte d'état de docilité indispensable à la bonne marche du traitement ; et d'autre part – et surtout, précise Foucault –, mater l'affirmation de toute-puissance qu'il y a, au fond, dans toute folie. Que l'on se croit roi ou pas, et même lorsque l'on croit être persécuté, il y a toujours une certaine affirmation de toute-puissance au cœur du délire, quel que soit son contenu. Le seul fait, explique Foucault, « d'exercer son délire, c'est-à-dire de refuser tout ce qui est discussion, raisonnement, preuve, ceci est, en soi-même, une certaine affirmation de toute-puissance, et cela se trouve absolument coextensif à toute folie. » [*Ibid.*, p. 147.] Aussi, cette manœuvre première de l'affirmation d'une volonté étrangère et absolument supérieure doit permettre de mater cet orgueil caractéristique de toute folie.

¹³⁷ *Vous voyez, [dit Foucault,] il me semble que dans cette série d'opérations qui portent essentiellement sur le langage, il s'agit d'abord de corriger le délire des nominations polymorphes, et de contraindre le malade à restituer à chacun le nom par lequel il a son individualité à l'intérieur de la pyramide disciplinaire de l'asile. D'une façon très caractéristique, on ne demande pas à Dupré d'apprendre le nom des malades, on lui demande d'apprendre le nom du médecin, de ses élèves, des surveillants et des infirmiers : l'apprentissage de la nomination sera en même temps celui de la hiérarchie. La nomination et la manifestation du respect, la distribution des noms et de la manière dont les individus se hiérarchisent dans l'espace disciplinaire, tout cela ne fait qu'une seule et même chose. [Ibid., pp. 149-150.]*

¹³⁸ Jeu des carences par lequel la réalité va s'imposer au fou et faire naître en lui des besoins à combler, dont le besoin fondamental de liberté : s'il veut guérir et sortir de l'asile, il doit se soumettre à la réalité et l'intégrer, la faire sienne. Ainsi, il pourra lui-même réintégrer la société.

l'énoncé de vérité (phase finale de la cure, « il faut obtenir que le malade dise la vérité »)¹³⁹. C'est au moyen de ces quatre manœuvres, explique Foucault, que le psychiatre fait pénétrer la réalité au sein même de l'asile et l'impose au malade. C'est au moyen de ces quatre manœuvres, « espèces de nervures de réalité »¹⁴⁰, dit-il, que le psychiatre impose la réalité à laquelle il entend soumettre le fou. Et, on le voit, cette réalité qu'impose le psychiatre, c'est quelque chose de l'ordre des rapports de force (l'apprentissage de l'obéissance), c'est la réalité des dispositifs disciplinaires, c'est la discipline (hiérarchie, ordre, places, noms, fonctions, identité, travail, etc.). Et c'est dans la figure du médecin d'asile que se cristallise cette réalité – réalité qu'il va légitimement pouvoir imposer au fou précisément en tant qu'il est le médecin (il est celui qui sait) et le directeur d'asile (il est celui qui dirige l'opération disciplinaire). « Et le pouvoir asilaire, statue Foucault, c'est bien le pouvoir qui s'exerce pour faire valoir ces réalités-là comme [la] réalité. »¹⁴¹

Donc, ici encore on le voit, ce que Foucault veut nous montrer c'est que l'opération thérapeutique telle qu'elle se réalise à l'asile au XIX^e siècle – opération thérapeutique qui passe par le « sur-pouvoir » que le psychiatre donne à la réalité en l'incarnant lui-même, en se faisant « agent d'intensification » du réel – n'engage en rien quelque chose comme la vérité de la folie ou la vérité d'un discours médical sur la folie. Ce n'est pas la vérité qui se joue et qui est interrogée dans la relation thérapeutique (ni la vérité de la folie qui serait énoncée par le psychiatre, ni la vérité de la folie parlant en son propre nom et qui constituerait l'objet même de la cure, de l'échange, de la relation thérapeutique entre le médecin et le malade). La vérité, c'est le point de départ et l'arrivée de la cure : c'est, du point de vue du psychiatre, le moment inaugural où il statue sur l'existence de la folie et la nécessité du traitement ; et du point de vue du malade, le moment terminal où il se fait sienne cette vérité que lui impose le psychiatre. La vérité n'est donc jamais mise en jeu ; elle ne constitue jamais un « problème » pour le

¹³⁹ [*Ibid.* p. 156.] Énoncé de vérité qui passe fondamentalement par l'anamnèse et le récit autobiographique du fou : il faut que le malade fasse l'aveu d'identité, qu'il se reconnaisse dans une identité déjà constituée. Comme l'explique Foucault,

*[...] cette vérité biographique qu'on lui demande, et dont l'aveu est si opératoire dans la thérapeutique, n'est pas tellement la vérité qu'il pourrait dire sur lui-même, au niveau de son vécu, c'est une certaine vérité qu'on lui impose sous une forme canonique : interrogatoire d'identité, rappel d'un certain nombre d'épisodes connus d'ailleurs du médecin [...] Il se constitue un certain corpus biographique établi de l'extérieur par tout le système de la famille, de l'emploi, de l'état civil, de l'observation médicale. C'est tout ce corpus de l'identité que le malade doit finalement avouer. [*Ibid.*, pp. 158-159.]*

Et, ajoute Foucault, c'est à partir du moment où l'on n'est plus capable de se raconter et de se reconnaître dans cette identité statutaire, alors on est définitivement bon pour l'asile.

¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 174.

¹⁴¹ *Ibidem.*

psychiatre. La vérité est là, d'emblée détenue par le psychiatre.¹⁴² De même que ce n'est pas la vérité d'une quelconque théorie médicale qui serait mise en jeu dans la cure et qui ferait l'objet d'une vérification puisque, fondamentalement pour Foucault, ce n'est pas sur cela, ce n'est pas sur un quelconque savoir médical thérapeutique sur la folie que la cure est établie. Si la cure est efficace, si le psychiatre parvient à guérir le fou, ce n'est pas grâce aux discours et aux théories médicales, ce n'est pas grâce aux savoirs institués par la médecine – la cure n'est pas efficace parce qu'elle serait médicalement et scientifiquement établie. Ce qui fait l'efficacité de la cure, ce sur quoi elle s'établit, ce sont des mécanismes (des techniques et des manœuvres) disciplinaires : un encadrement et une surveillance ininterrompus ; une dissymétrie de pouvoir (une hiérarchie et des rapports de force) ; un jeu des besoins et des carences (servant à faire intégrer, à inculquer des valeurs comme le travail et l'argent) ; et enfin, un épinglage statutaire à une identité administrative (dans laquelle le fou doit se reconnaître en faisant un aveu de vérité). Et cette vérité que le fou doit avouer, Foucault rappelle encore que « ce n'est pas celle de la folie parlant en son propre nom, c'est l'énoncé de vérité d'une folie qui accepte de se reconnaître en première personne dans une certaine réalité administrative et médicale, constituée par le pouvoir asilaire ; et c'est au moment où le malade se sera reconnu dans cette identité que l'opération de vérité sera accomplie. »¹⁴³

Ajoutons encore que finalement, d'après ce que dit Foucault, le seul moment où se pose la question de la vérité dans la cure psychiatrique, c'est au moment où le psychiatre demande au fou de faire cet aveu de vérité (de la reconnaître comme vraie, de l'intégrer comme sa propre vérité). Mais cette question apparaît immédiatement être une fausse question – une question biaisée, jouée d'avance, un piège, un coup de maître dans l'art de la manipulation – puisque la réponse que va donner le fou va directement déterminer la réussite (ou l'échec) de la thérapie ; c'est-à-dire qu'elle va inaugurer (ou inhiber) la guérison du fou (et sa possible sortie de l'asile). Le fou n'a pas le choix que de répondre favorablement à la question de vérité que lui pose le psychiatre s'il veut pouvoir sortir de l'asile ; il doit faire sienne la vérité que lui impose et lui

¹⁴² *En gros, [dit Foucault,] le pouvoir psychiatrique dit ceci : la question de la vérité ne sera jamais posée entre moi et la folie, pour une raison très simple, c'est que moi, psychiatrie, je suis déjà une science. Et si j'ai le droit, en tant que science, de m'interroger moi-même sur ce que je dis, s'il est vrai que je peux commettre des erreurs, de toute façon, c'est à moi et à moi seul, en tant que science, de décider si ce que je dis est vrai ou de corriger l'erreur commise. Je suis détenteur, sinon de la vérité dans son contenu, du moins de tous les critères de la vérité. Et c'est d'ailleurs en cela, c'est parce que, en tant que savoir scientifique, je détiens ainsi les critères de vérification et de vérité, que je peux m'adjoindre à la réalité et à son pouvoir et imposer à tous ces corps déments et agités le sur-pouvoir que je vais donner à la réalité. Je suis le sur-pouvoir de la réalité dans la mesure où je détiens par moi-même et d'une façon définitive quelque chose qui est la vérité par rapport à la folie. [Ibid., pp. 133-134]*

¹⁴³ *Ibid.*, p. 160.

assigne le psychiatre. Cette vérité, on l'a dit, n'est donc jamais remise en cause, au contraire. En l'établissant comme le moment terminal de la cure, en l'instituant comme condition de la guérison, le psychiatre assure sa vérité, il la rend indubitable, intouchable. Et pour ce faire, il va mobiliser et instrumentaliser le fou : c'est le fou qui va être garant à la fois du savoir et du pouvoir du psychiatre. En effet, en faisant cet aveu de vérité – aveu, soulignons-le, non contraint, non sous la torture, mais enjeu d'un compromis tacite – le fou conforte et renforce doublement cette vérité psychiatrique : non seulement, il conforte le discours du psychiatre puisqu'il le reconnaît comme vrai ; mais en plus, il conforte sa pratique (sa thérapeutique disciplinaire) puisqu'en avouant, il inaugure sa propre guérison (et prouve ainsi l'efficacité de la cure asilaire).

7. Résistance et contre-manœuvre, la réponse du fou :

On pressent ici – en suivant l'analyse de Foucault – ce qui va être le grand problème de l'histoire de la psychiatrie au XIX^e siècle : face à cette vérité que veut lui imposer le psychiatre, face à cette vérité toujours déjà acquise par le psychiatre, face à ce piège de la vérité par lequel le psychiatre instrumentalise le fou pour mieux exercer son pouvoir (parvenir à une totale soumission du fou) et simultanément le légitimer (puisque'il est opérateur de guérison), que va répondre le fou ? Comment le fou va-t-il répondre à cette manœuvre d'assujettissement ? Le grand problème de l'histoire de la psychiatrie au XIX^e siècle, pour Foucault, c'est la manière dont le fou va répondre au psychiatre ; c'est la contre-manœuvre de résistance qu'il va lui opposer ; c'est la manière dont le fou va esquiver ce piège de la vérité « toute faite » que le psychiatre veut lui assigner en [im]posant lui-même la question de la vérité. La contre-manœuvre d'esquive et de résistance que le fou va opposer à la manœuvre aliénante, asservissante, assujettissante du psychiatre – contre-manœuvre par laquelle le fou va prendre le psychiatre à revers et l'ébranler dans sa toute-puissance – va être de lui imposer la question de la vérité de sa folie. Et comment le fou va-t-il imposer au psychiatre la question de la vérité ? Par la manœuvre, le stratagème, dit Foucault, de la *simulation*.

Par simulation, je n'entends pas la manière dont un non-fou pourrait se faire passer pour fou, car ceci ne met jamais réellement en question le pouvoir psychiatrique. Ce n'est pas vrai que se faire passer pour fou quand on n'est pas fou soit pour la pratique psychiatrique, pour le pouvoir psychiatrique, quelque chose comme une limite, une borne ou l'échec essentiel, car, après tout, ceci arrive dans tous les ordres de savoir et, en particulier, dans la médecine. On peut toujours tromper un médecin en lui faisant croire qu'on a telle ou telle maladie ou tel ou

tel symptôme – toute personne qui a fait son service militaire le sait –, et la pratique médicale n'en est pas pour autant mise en question. En revanche, et c'est de cette simulation-là que je veux vous parler, la simulation qui a été le problème historique de la psychiatrie au XIX^e siècle, c'est la simulation interne à la folie, c'est-à-dire : c'est cette simulation qu'exerce la folie à l'égard d'elle-même, la manière dont la folie simule la folie, la manière dont l'hystérie simule l'hystérie, la manière dont un vrai symptôme est une certaine manière de mentir, la manière dont un faux symptôme est une manière d'être vraiment malade. C'est tout cela qui a constitué pour la psychiatrie du XIX^e siècle le problème insoluble, la limite et, finalement, l'échec à partir duquel allait se produire un certain nombre de rebondissements.¹⁴⁴

Foucault explique que cette contre-manœuvre de la simulation surgit dans le milieu psychiatrique [asilaire] en 1821, à la Salpêtrière, parmi les malades de Georget. Deux d'entre elles, Pétronille et Manoury (veuve Brouillard, dite « Braguette »), deux hystériques, devinrent les deux sujets d'expérience somnambulique¹⁴⁵. Dans les années 1820-1825, la pratique du magnétisme fut introduite à l'intérieur des asiles psychiatriques, au sein de la thérapeutique, avec pour objectif, explique Foucault, de renforcer l'effet de pouvoir sur le malade. Le magnétisme en psychiatrie, qu'est-ce que c'est ? C'est une technique de manipulation dans laquelle le médecin plonge le malade dans un état de somnambulisme devant permettre la prise ou la maîtrise totale et absolue du premier sur le second. Il s'agit, dans l'expérience somnambulique, de plonger le malade dans un état de lucidité tel – lui donner une « lucidité » supplémentaire – qu'il puisse avoir la connaissance de son corps et de sa maladie (comme une révélation, un éclairage intérieur sur son état).¹⁴⁶ Dans l'expérience somnambulique, le malade

¹⁴⁴ *Ibid.*, pp. 134-135. (Nous soulignons.)

¹⁴⁵ Foucault explique que Georget, séduit par des expériences de magnétisme animal menées à l'Hôtel-Dieu, dans le service de H. M. Husson, par le baron Jules Dupotet de Sennevoy en octobre 1820, convertit – en collaboration avec L. Rostan – quelques-unes des patientes de la Salpêtrière en sujets d'expérience (expériences qu'il relate dans son traité, *De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau. Recherches sur les maladies nerveuses en général, et en particulier sur le siège, la nature et le traitement de l'hystérie, de l'hypocondrie, de l'épilepsie et de l'asthme convulsif*, t. I, Paris, J.-B. Baillière, 1821, p. 404). [*Le Pouvoir psychiatrique*, p. 141 note 21.]

¹⁴⁶ Foucault cite, pour l'explication, dans une note de la leçon du 30 janvier 1974, P. Foissac, *Mémoire sur le magnétisme animal, adressé à messieurs les membres de l'Académie des sciences et de l'Académie royale de médecine* (Paris, Didot Jeune, 1825, p. 6) : « Une fois tombé dans un sommeil profond, le magnétisé montre le phénomène d'une nouvelle vie... La sphère de la conscience s'agrandit, et, déjà se manifeste cette faculté si précieuse que les premiers magnétiseurs appelèrent "intuitive" ou "lucidité"... Par elle, les somnambules [...] reconnaissent les maladies dont ils sont affectés, les causes prochaines ou éloignées de ces maladies, leur siège, leur pronostic et le traitement qui leur convient... [...] ils indiquent en outre si la cure est possible, facile ou difficile, prochaine ou éloignée, et quels moyens doivent être employés pour atteindre le résultat. » [*Le Pouvoir psychiatrique*, p. 296 note 44. (Nous soulignons.)]

est plongé dans un état tel qu'il peut « effectivement connaître la nature, le processus et l'échéance de sa maladie. »¹⁴⁷

Ainsi, par exemple, Georget, après magnétisation de sa patiente, Pétronille, l'interrogea sur la vérité de sa maladie et reçut, de sa part, la réponse suivante : « Ce qui m'a rendue malade, c'est que je suis tombée dans l'eau, et si vous voulez me guérir, il faut que, à votre tour, vous me jetiez dans l'eau. »¹⁴⁸ Ce qui est merveilleux donc, on le voit, dans cette expérience somnambulique, dans cette fabuleuse cure magnétique, c'est que le médecin a le pouvoir d'endormir sa patiente, de faire naître en elle la vérité de son état et de la lui faire dire. Autrement dit, le médecin a ce [super] pouvoir de plonger sa patiente dans un état de sommeil révélateur – sorte d'état d'illumination – dans lequel elle peut répondre à ses questions de vérité, faire l'aveu de la nature de sa folie et indiquer au médecin une ligne de conduite thérapeutique à suivre. La guérison dans la cure magnétique est donc toute tracée. Ainsi, Georget, suivant les indications de Pétronille, posa le geste guérisseur : il la jeta dans de l'eau. Malheureusement [*étonnamment ?*] la guérison n'a pas suivi. Pourquoi ? Pourquoi le traitement n'a-t-il pas fonctionné ? Et bien en fait, explique Foucault – non sans ironie –, le geste de Georget n'a pas été opérant parce que « la malade avait bien précisé qu'elle était tombée dans l'eau dans le canal de l'Ourcq, et Georget l'avait simplement fait tomber dans un bassin. »¹⁴⁹

Après cet épisode – qu'on peut bien imaginer, à la lecture de Foucault, assez humiliant pour le médecin –, la malade fut finalement qualifiée de simulatrice (et corrélativement Georget fut considéré comme « la victime innocente et naïve »¹⁵⁰ du stratagème pervers de Pétronille). Cet échec de la cure magnétique est loin d'être un cas isolé, tant et si bien que le magnétisme, explique Foucault, fut assez rapidement abandonné par les psychiatres (vers les années 1830). Et, ajoute encore Foucault, s'il a été abandonné, « c'est précisément que, naïvement, les magnétiseurs voulaient confier aux malades et à la « lucidité » des malades le pouvoir médical

¹⁴⁷ *Ibid.*, p. 286.

¹⁴⁸ *Ibid.*, pp. 286-287. (Cf. à ce propos, Cl. Burdin et F. Dubois, *Histoire académique du magnétisme animal*, Paris, J.-B. Baillière, 1841, p. 262.)

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 287. Et Foucault complète l'explication par une citation [p. 297 note 50] : « Les prescriptions de Pétronille n'avaient pas été ponctuellement suivies ; Pétronille avait dit que c'était dans le canal de l'Ourcq qu'il fallait la plonger, puisque c'était dans ce même canal qu'elle était tombée et qu'elle avait contracté sa maladie : *similia similibus* ; telle devait être en effet la fin de l'histoire. » [BURDIN, Cl., DUBOIS, F., *op. cit.*, pp. 262-263.]

¹⁵⁰ *Le Pouvoir psychiatrique*, p. 287.

et le savoir médical qui ne pouvaient, dans le fonctionnement même de l'institution, revenir qu'au médecin »¹⁵¹.

Finalement, cet exemple du magnétisme (de cure magnétique) est symptomatique – et on anticipe ici sur les chapitres suivants – de l'autre problème fondamental, souligné par Foucault, de la psychiatrie au XIX^e siècle (problème finalement corrélatif de celui de la simulation) : celui de la fondamentale *dépendance* du psychiatre à l'égard de la volonté du fou. La psychiatrie, le psychiatre au XIX^e siècle est fondamentalement dépendant – pour exister comme médecin, pour faire passer son pouvoir et son savoir pour médicaux – du fou (en tant que malade) ; du fou, de son discours et de ses réponses. Ce que le problème de la vérité et celui de la simulation révèlent finalement, c'est le problème plus fondamental encore pour la psychiatrie du *sur-pouvoir du malade* (problème qui émerge donc dans les années 1820). En quoi consiste ce sur-pouvoir de la folie ? Ce que dit Foucault, c'est que le discours et les réponses [favorables] du fou à la vérité (et la réalité) que lui impose le psychiatre vont introniser d'une double façon la psychiatrie comme médecine : par ses réponses, le fou s'intronise lui-même comme malade, et intronise simultanément le psychiatre comme médecin.¹⁵² Autrement dit, sans le fou comme garant de sa discipline (de son discours et de sa thérapeutique), la psychiatrie ne peut exister comme médecine ; c'est-à-dire encore – et l'on revient à la thèse première de Foucault – que la psychiatrie ne s'institue pas comme médecine (comme discipline médicale) à partir de recherches et de théories scientifiques sur la folie ni à partir d'un savoir médical scientifiquement établi. Ce que postule Foucault, c'est que la psychiatrie ne peut se prétendre science de la folie *que* parce que les fous sont là pour garantir son discours et sa pratique.

¹⁵¹ *Ibidem*. Notons que le magnétisme fut abandonné au profit du braidisme, technique d'hypnose dans laquelle tous les effets thérapeutiques, tous les effets de pouvoir-savoir sont placés dans la seule volonté du médecin ;

C'est-à-dire que seule l'affirmation du médecin, seul son prestige, seul le pouvoir qu'il exercera sur le malade sans aucun intermédiaire, sans aucun support matériel, sans le passage d'aucun fluide, ce pouvoir, à lui tout seul, arrivera à produire les effets propres à l'hypnose. [En outre] le braidisme dépouille le malade de la faculté de produire cette vérité médicale qu'on lui demandait encore en 1825 ou 1830. [...] Ce qui a séduit les médecins et ce qui a fait qu'ils ont accepté ce qu'ils refusaient en 1830, c'est que, grâce à la technique [du braidisme], l'on pouvait en quelque sorte neutraliser entièrement la volonté du malade et laisser le champ absolument ouvert à la pure volonté du médecin. [Ibid., pp. 287-288. (Nous soulignons.)]

¹⁵² C'est là finalement ce que nous voulions atteindre antérieurement, lorsque nous parlions de l'établissement de la vérité (de la question de la vérité) comme moment terminal de la cure et condition de la guérison. Nous avons montré que, pour assurer sa vérité (la vérité du diagnostic et de la cure), le psychiatre instrumentalise le fou, le rendant simultanément garant du savoir et du pouvoir du psychiatre. En effet, en faisant cet aveu de vérité qui lui est demandé, le fou conforte non seulement le discours psychiatrique (puisqu'il le reconnaît comme vrai) ; mais en plus, la pratique psychiatrique (la thérapeutique disciplinaire) puisqu'en avouant, il inaugure sa propre guérison et prouve ainsi l'efficacité de la cure.

Et on le voit, cette dépendance de la psychiatrie à l'égard du fou place le fou dans une position complexe, ambivalente : d'abord, cette dépendance l'aliène puisqu'elle va expliquer toute la pratique asilaire ; mais elle lui offre également l'opportunité de la riposte. On comprend ainsi la conception, l'analyse subtile que fait Foucault du fou : pour lui, le fou du XIX^e siècle, c'est cette figure ambivalente : à la fois un aliéné et un résistant ; à la fois la victime du pouvoir psychiatrique et son combattant ; à la fois marionnette et marionnettiste. Et cette ambivalence, ce double visage de la folie, c'est la psychiatrie elle-même qui l'a généré en instaurant avec la folie un rapport de dépendance pour mieux esquiver, inhiber la question de sa vérité et pouvoir s'établir comme médecine et comme science. C'est ainsi qu'au sein même du traitement disciplinaire par lequel il a été malmené par le psychiatre, le fou a pu engager une riposte, dans la brèche introduite par la question de vérité formulée par le psychiatre. En effet, en demandant au fou de parler, en lui posant la question de sa vérité, en lui demandant d'avouer, c'est-à-dire donc en ouvrant la voie au discours du fou – et parce qu'il devait bien le faire, parce que ce discours du fou devait être son billet d'accès à la scientificité – celui-ci a pu parler et *choisir* les réponses qu'il allait fournir au psychiatre. C'est parce que la cure magnétique devait permettre à Georget d'obtenir la vérité de la maladie de Pétronille et la solution thérapeutique qui devait permettre de la soigner qu'il lui demanda de parler et que celle-ci parla effectivement.

Avant d'être étiquetée de simulatrice, Pétronille a bien été entendue par Georget ; et elle a été entendue précisément parce qu'elle parla à l'intérieur même de la cure, c'est-à-dire à l'intérieur d'un espace ouvert par le médecin et dans lequel le discours de la malade pouvait être audible. C'est parce que Pétronille *accepta* elle-même le jeu de la cure, parce qu'elle *joua* le jeu et parla au *bon* moment, c'est-à-dire précisément au moment où Georget lui demanda de parler, qu'elle pouvait être entendue. Georget lui demanda de parler, alors elle parla. On peut bien supposer que hors de la thérapie, en dehors du traitement magnétique, hors de l'état somnambulique, la malade (enfermée à l'asile, dans cet espace disciplinaire) ne se serait jamais confiée au médecin – et puis, sans doute que celui-ci ne l'aurait même pas écoutée. Par contre, c'est au sein de la cure – au sein donc du traitement imposé par le psychiatre lui-même – que la malade devient audible pour lui. Et c'est donc dans cet espace de parole ouvert pour la malade que celle-ci va prendre la parole et parler. C'est là, dans cet espace ouvert, dans cette petite brèche de liberté, que la volonté du fou va s'insinuer et exercer sa liberté au moyen de la parole. C'est là que le fou va manœuvrer, c'est là qu'il va ruser et répondre au psychiatre par le mensonge et la simulation. Ce que dit Foucault, on le voit, c'est que c'est donc bien la

psychiatrie qui a organisé – malgré elle – cet espace de liberté pour la folie, pour la volonté du fou, cette occasion pour lui de mentir et de simuler.

Chapitre II : La sortie du psychiatre de l'asile

Vers la généralisation du pouvoir psychiatrique

1. Les fonctions-Psy comme instance disciplinaire :

A la fin de sa huitième leçon (leçon du 9 janvier 1974, consacrée, on l'a vu, à l'étude du marquage médical de l'asile et des marques de savoir de la pratique psychiatrique), Foucault annonce en quelque sorte la voie par laquelle la psychiatrie a assuré sa postérité – voie par laquelle elle s'est rendue (elle, son discours et son pouvoir) toute-puissante au sein de la société, à la fois incontournable et indubitable. Pourtant, on l'a vu, ce que Foucault met au jour dans son cours, c'est l'imposture scientifique que constitue la psychiatrie du XIX^e siècle : d'emblée, Foucault a démontré [et démonté] que l'asile psychiatrique se présente comme un dispositif, un espace disciplinaire qui diffère de tous les autres espaces disciplinaires en tant qu'il est marqué médicalement ; mais qui, paradoxalement, ne fonctionne aucunement d'après la mise en œuvre d'un quelconque savoir sur la folie – ce qui fait, on l'a vu, que l'internement asilaire, la réalité de ce qui se passe à l'intérieur de l'asile tient davantage de l'enfermement disciplinaire et moral que d'une hospitalisation dans un lieu où trouver asile. Et l'imposture ne s'arrête pas là, pour Foucault : il explique qu'à partir des années 1820 (mais cela va s'accélérer et se généraliser entre 1840 et 1860), le pouvoir psychiatrique va progressivement se diffuser et s'ingérer dans les affaires d'autres institutions disciplinaires (école, usine, armée, prison, etc.) à travers notamment la constitution de ce qu'il appelle les « fonctions-Psy ».

Les fonctions-Psy, ce sont toutes ces instances, ces cellules « médicales » au sein des institutions disciplinaires, qui jouent ce rôle de renforcement, d'intensification de la discipline auprès des individus.

*C'est-à-dire que cette fonction-Psy a joué le rôle de discipline pour tous les indisciplinables. Chaque fois qu'un individu était incapable de suivre la discipline scolaire ou celle de l'atelier, ou celle de l'armée, à la limite la discipline de la prison, alors la fonction-Psy intervenait.*¹⁵³

Dans sa critique du pouvoir disciplinaire du début des années 1970, Foucault problématise cette fonction-Psy et explique qu'elle a été – depuis son émergence dans la première moitié du XIX^e siècle et jusqu'à aujourd'hui encore – la voie d'« individualisation », de « normalisation » et d'« assujettissement » des individus à l'intérieur des systèmes disciplinaires. Ainsi ont émergées, pour Foucault, la psychopédagogie à l'école, la psychologie du travail à l'atelier, la criminologie en prison, la psychopathologie à l'asile, etc. ; toutes ces « cellules-psy » qui existent encore aujourd'hui et qui n'ont cessé d'évoluer (et de s'établir « scientifiquement »).

*

Pour comprendre l'enjeu de l'analyse de Foucault de ces fonctions-Psy, il convient de faire une petite digression et de présenter en quelques lignes le b.a.-ba de la conception foucauldienne du pouvoir disciplinaire. Pour Foucault, il existe dans notre société une certaine forme « terminale », « capillaire »¹⁵⁴, dit-il, du pouvoir, un dernier relais par lequel le pouvoir politique s'applique sur les corps, conditionne et contrôle leurs gestes, leurs comportements, leurs habitudes, leurs expressions, etc. Cette forme terminale du pouvoir, c'est la manière dont le pouvoir, dirigé vers le bas, touche les corps individuels, les affecte, les travaille, les dirige, les fabrique. Et ce dernier relais du pouvoir, ce sont précisément les disciplines. Foucault parle d'un « contact synaptique » entre le pouvoir politique et le corps individuel ; et ce sont précisément les disciplines qui assurent les liaisons et transmissions entre le pouvoir et les corps. Les disciplines, ce sont en quelque sorte les mains du pouvoir par lesquelles il manipule et module les corps, façonne et fabrique les individus.

Foucault inscrit l'évolution des mécanismes du pouvoir disciplinaire dans l'histoire : selon lui, ceux-ci se sont formés et ont suivi une trajectoire en quelque sorte « diagonale » à travers la société occidentale, depuis leurs balbutiements dans les communautés religieuses du Moyen-Âge jusqu'à leur aboutissement à la fin du XVIII^e siècle avec le *Panopticon* de Bentham (1791). Au XIX^e siècle, le pouvoir disciplinaire deviendra le régime général de toute la société (remplaçant ainsi le pouvoir de souveraineté qui caractérisait l'Ancien Régime).

¹⁵³ *Ibid.*, p. 87.

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 42.

Le pouvoir disciplinaire, pour Foucault, est fondamentalement un pouvoir individualisant qui fabrique des corps assujettis ; et il est individualisant en cela seulement que l'individu qu'il produit n'est pas autre chose qu'un corps assujetti. L'effet majeur du pouvoir disciplinaire, c'est une espèce d'imbrication essentielle entre ces trois notions que sont la singularité somatique, le sujet et l'individu. Un système disciplinaire est un système dans lequel la fonction-sujet s'articule, s'ajuste, se superpose exactement à la singularité somatique. L'individu disciplinaire, c'est un corps qui a intégré, jusque dans le plus petit de ses gestes, la fonction et la discipline qui lui ont été inculquées (intégration de sa place, de ses déplacements, de ses mouvements, de sa conduite, de son temps de vie, de ses discours, etc.).

On peut dire d'un mot que le pouvoir disciplinaire, et c'est là sans doute sa propriété fondamentale, fabrique des corps assujettis, épingle exactement la fonction-sujet sur le corps. Il fabrique, il distribue des corps assujettis ; il est individualisant [en cela seulement que] l'individu [n'est] pas autre chose que le corps assujetti. Et l'on peut résumer toute cette mécanique de la discipline en disant ceci : le pouvoir disciplinaire est individualisant parce qu'il ajuste la fonction-sujet à la singularité somatique par l'intermédiaire d'un système de surveillance-écriture ou par un système de panoptisme pangraphique qui projette derrière la singularité somatique, comme son prolongement ou comme son commencement, un noyau de virtualités, une psyché, et qui établit de plus la norme comme principe de partage et la normalisation comme prescription universelle pour tous ces individus ainsi constitués.¹⁵⁵

Le pouvoir fabrique donc des individus ; cela veut dire, en d'autres termes, que l'individu, c'est l'effet, le produit, le résultat de cet épinglage du pouvoir politique sur la singularité somatique. Et cet épinglage s'opère au moyen des disciplines. L'individu ne préexiste pas, pour Foucault, à sa prise en charge par le pouvoir ou à son inscription dans des mécanismes de pouvoir ; l'individu, ce n'est pas du tout ce sur quoi s'accroche le pouvoir politique. L'individu, ce n'est pas une espèce de forme individuelle première, sorte d'être primitif à l'état de nature, qui préexisterait à toute inscription sociale et sociétale. Au contraire, l'individu est une construction ; et cette construction est corrélative de son inscription dans des mécanismes de pouvoir.

Précisons encore un élément capital de la conception de Foucault : la particularité du pouvoir disciplinaire, c'est qu'il est à la fois « anomisant » et « normalisant ». *Anomisant*, dans la mesure où il fait apparaître de l'anomie, des « résidus ». Le pouvoir disciplinaire est un

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 57.

pouvoir qui génère nécessairement des résidus dans la mesure où la référence à la « norme » s'établit toujours sur le fait qu'il existe des éléments qui n'en font pas partie, qui en sont exclus (les anomalies, les irrégularités). Dans son ouvrage, *Les normes chez Foucault*, Stéphane Legrand insiste sur le fait que ce concept de norme – concept infra-légal qui traverse (de même que ceux de « normal », d'« anormal », etc.) tout le champ social, toutes les institutions disciplinaires et toutes les relations de pouvoir – doit être compris comme un pur signifiant par rapport auquel les individus sont en permanence qualifiés et situés. En fait, Legrand parle de la norme, chez Foucault, comme d'un « signifiant commun de l'écart » circulant entre les institutions, d'une rationalité disciplinaire à une autre, et permettant l'articulation de systèmes qui sont en fait tout à fait hétérogènes (l'école, l'atelier, la prison, etc.). La norme, c'est ce qui va être instrumentalisé par des individus pour agir sur l'action d'autres individus ; et cette norme va fonctionner comme un « spectre inquiétant », hantant chaque individu désormais voué à se reconnaître et à avouer l'« anormal » constitutif de son être. L'« anormal », c'est cette fondamentale et absolue altérité qui se trouve au fond du primitif (qui le constitue) et que celui-ci va devoir repousser au plus loin pour advenir comme sujet. Et le travail de la norme ne consiste pas du tout à produire un effet d'uniformisation sociale, reproduisant à l'infini le même sujet, mais bien à inscrire tous ces individus (sujets de discipline) dans un système de codage différentiel des conduites. A ce titre donc, le pouvoir disciplinaire va marquer, stigmatiser et mettre à l'écart ceux pour qui la discipline aura été inopérante, les « ratés », les « échecs » de la discipline. Pour ses « échecs », le pouvoir disciplinaire va prévoir d'abord les fonctions-Psy comme premières « instances récupératrices », instances de renforcement de la discipline ; et, en cas de persistance de l'échec, ce sont de véritables institutions de récupération qui prendront le relais, des « systèmes disciplinaires supplémentaires »¹⁵⁶, dit Foucault, et ce, à l'infini, pour les irréductibles et les irréductibles irréductibles.

Le pouvoir disciplinaire n'abandonne jamais l'individu ; il ne le perd jamais de vue ; l'individu ne sort jamais du système et de ses mécanismes de contrôle. Plus exactement, lorsque la discipline échoue, lorsque l'individu est qualifié d'« indisciplinable » et est exclu du système, il est toujours nécessairement récupéré par une institution alternative (l'asile, pour les irréductibles de type « pathologique » ; la prison, pour les irréductibles de type « criminel »). C'est en cela que le pouvoir disciplinaire est *normalisant* : il opère le perpétuel travail de la norme, récupérant et situant perpétuellement les individus par rapport à cette norme. Le contrôle

¹⁵⁶ *Ibid.*, p. 56.

ne cesse jamais ; le pouvoir opère incessamment, par ses dispositifs, le travail de l'individu, son modelage, sa qualification et sa position dans un système de normes.

Foucault explique que le pouvoir psychiatrique va progressivement doubler le régime disciplinaire de ces institutions en jouant le rôle d'intensificateur de la réalité [dont on parlait plus haut] auprès d'individus qui ne sont même pas des aliénés, mais n'importe qui qui se retrouve au sein de ces institutions.¹⁵⁷ Plus que cela même, Foucault montre également au cours de son étude que le pouvoir psychiatrique va – et très tôt – jusqu'à infiltrer la cellule familiale¹⁵⁸, recherchant tous ceux qui, par leurs bizarreries, relèveraient de sa pratique. Ainsi, ce que montre Foucault, c'est que le pouvoir psychiatrique va finalement assez vite sortir de sa forteresse asilaire pour progressivement se déployer dans toutes les sphères de la société et se faire pouvoir social – comme une instance de contrôle « hygiénique », « sanitaire » de la santé mentale de toute la population à partir du contrôle des conduites.

2. La psychiatisation de l'enfance et de l'idiotie :

Ici, la thèse de Foucault est que c'est l'enfance, la psychiatisation de l'enfance qui a servi de point de départ et de vecteur à la diffusion du pouvoir psychiatrique à l'ensemble de la

¹⁵⁷ Vous retrouvez ce pouvoir psychiatrique, c'est-à-dire cette fonction d'intensification du réel, partout où il est nécessaire de faire fonctionner la réalité comme pouvoir. Si vous voyez apparaître des psychologues à l'école, à l'usine, dans les prisons, à l'armée, etc., c'est qu'ils sont intervenus exactement au moment où chacune de ces institutions se trouvait dans l'obligation de faire fonctionner la réalité comme pouvoir, ou encore, de faire valoir comme réalité le pouvoir qui s'exerçait à l'intérieur d'elles. [*Ibid.*, pp. 186-187.]

¹⁵⁸ La famille, pour Foucault, c'est un microcosme fonctionnant encore sur le régime de la souveraineté – cellule souveraine au sein de la société disciplinaire – et qui assure une double fonction par rapport aux disciplines : d'une part, celle de fixer ses membres sur la sphère disciplinaire (« la famille est l'instance de contrainte qui va fixer en permanence les individus sur les appareils disciplinaires, qui va les injecter, en quelque sorte, dans les appareils disciplinaires » [*Ibid.*, p. 82] – c'est grâce à la souveraineté familiale que, par exemple, les enfants ont été accrochés au système scolaire et que l'obligation scolaire a pu jouer). D'autre part, la famille assure la fonction d'échangeur, de point de jonction entre les différentes disciplines ; elle assure le passage d'un dispositif disciplinaire à l'autre, d'une institution à l'autre. C'est à la famille, postule Foucault, qu'incombe la tâche d'assurer la permanente prise en charge de ses membres par le pouvoir disciplinaire. Aussi, lorsque l'un de ses membres se voit taxer d'« indisciplinable » et est exclu d'une institution, renvoyé à sa famille, c'est à elle d'assurer la récupération de son membre par une autre institution disciplinaire. A partir de là, la question que pose Foucault est celle de savoir ce que fait le pouvoir disciplinaire quand la famille manque à son rôle. Que fait le pouvoir disciplinaire pour pallier aux manquements de la famille quand elle n'assure pas son double rôle d'épingler les individus sur l'appareil disciplinaire et d'assurer leur perpétuelle prise en charge par l'appareil disciplinaire ? Face aux défaillances et aux manquements de la famille, le pouvoir, explique Foucault, organise des substituts disciplinaires à la famille. C'est là qu'interviennent les fonctions-Psy, tous ces spécialistes que sont les psychologues, les psychothérapeutes, les psychopédagogues, etc., qui ont pour tâche « d'être les agents de l'organisation d'un dispositif disciplinaire qui va se brancher, se précipiter là où se produit une béance dans la souveraineté familiale » [*Ibid.*, p. 86]. Sur le rapport famille-psychiatrie, lire : *Ibid.*, « Leçon du 28 novembre 1973 », pp. 81-88, et « Leçon du 5 décembre 1973 ».

société (à l'institution des fonctions-Psy) – psychiatisation de l'enfance comme condition historique de la généralisation de la psychiatrie.¹⁵⁹ Ce que dit Foucault, c'est que ce qui a été la première nouvelle cible de l'intervention psychiatrique, cela a été l'enfance, mais l'enfance en tant qu'elle serait le foyer originaire des anomalies. Dès lors, le point de départ de toute la dissémination du pouvoir psychiatrique – la première discipline visée (touchée) –, cela a été le branchement de la psychiatrie sur la pédagogie.¹⁶⁰ Cette psychiatisation de l'enfance a été un phénomène relativement précoce au XIX^e siècle, et Foucault insiste sur le fait que ce phénomène n'a pas du tout été la conséquence d'un élargissement de la psychiatrie (la découverte de l'enfant fou a été un événement tardif au XIX^e siècle), mais bien sa condition historique. « C'est en prenant l'enfance comme point de mire de son action, à la fois de son savoir et de son pouvoir, que la psychiatrie est arrivée à se généraliser. »¹⁶¹ Ce qui s'est passé, c'est que la psychiatrie en est venue à prendre l'enfance (ou l'infantilité) comme filtre pour l'analyse des comportements et des conduites. Le nouveau postulat de la psychiatrie est que la conduite de l'enfant peut se fixer, se bloquer, arrêter et conditionner la conduite de l'adulte (comme un arrêt de développement de la conduite de l'enfance, empêchant le développement normal de la conduite de l'adulte). Ainsi, ce sont toutes les conduites de l'enfant qui se sont vues soumises à l'inspection psychiatrique (« puisqu'elles peuvent, dit Foucault, porter avec elles une fixation adulte »¹⁶²), mais aussi toutes les conduites de l'adulte afin d'y déceler toute trace d'infantilité. Parcours, par conséquent, intégral de toutes les *conduites* – on le voit, la psychiatrie a déjà dépassée son objet médical originaire, la *maladie mentale*.

*[...] à partir du moment où l'enfance ou l'infantilité va être le filtre à analyser les comportements, vous comprenez que, pour psychiatiser une conduite, il ne sera plus nécessaire, comme c'était le cas à l'époque de la médecine des maladies mentales, de l'inscrire à l'intérieur d'une maladie, de la replacer à l'intérieur d'une symptomatologie cohérente et reconnue. [...] Pour qu'une conduite relève de la psychiatrie, pour qu'elle soit psychiatisable, il suffira qu'elle soit porteuse d'une trace quelconque d'infantilité.*¹⁶³

¹⁵⁹ C'est autour de cette thèse que Foucault construira son cours suivant, *Les Anormaux* (1974-1975).

¹⁶⁰ Cf. *Le Pouvoir psychiatrique*, « Leçon du 16 janvier 1974 », ainsi que *Les Anormaux*, « Leçons du 5, 12 et 19 mars 1975 ».

¹⁶¹ *Les Anormaux*, « Leçon du 19 mars 1975 », p. 287.

¹⁶² *Ibid.*, p. 288.

¹⁶³ *Ibid.*, p. 287.

Dans sa leçon du 16 janvier 1974, Foucault postule que la toute première cible de cette psychiatrisation de l'enfance, cela a été l'enfant arriéré (imbécile, idiot), c'est-à-dire un enfant – et Foucault insiste là-dessus – dont on précise bien que ce n'est pas un fou. C'est Esquirol¹⁶⁴ (1818) qui, le premier, rompit toute assimilation de l'idiotie à la folie.¹⁶⁵ Dans le prolongement d'Esquirol, Foucault cite également Belhomme¹⁶⁶ qui, quelques années après, avança, à propos de l'idiotie, qu'elle est une « affection [qui] appartient exclusivement à l'enfance, et que toute maladie mentale, offrant, après la puberté, des phénomènes semblables à celle-ci, devra être distinguée avec soin »¹⁶⁷. Historiquement, Foucault situe donc cette psychiatrisation de l'enfant idiot (et donc non fou) comme étape inaugurale à la psychiatrisation globale de l'enfance (de laquelle découlera bien après, à la fin du XIX^e siècle, la découverte de l'enfant fou). Comment s'est élaborée théoriquement cette rupture entre l'idiotie et la folie ?

On l'a dit, jusqu'à Esquirol, les théories médicales sur l'idiotie, l'imbécillité, la stupidité, l'arriérisme, etc., les classaient parmi les folies, comme espèces particulières – types parmi d'autres – de folie. Dans la grande nosographie, on classait généralement les folies en deux grandes catégories : les folies exacerbées, déchaînées, exaltées, « en forme de "plus" »¹⁶⁸, dit Foucault, et qui trouvent leur forme la plus extrême dans la fureur ; et les folies « en forme de "moins" »¹⁶⁹, tendant vers l'inertie ou le végétatif, telles donc que l'idiotie, l'imbécillité, la

¹⁶⁴ Jean Etienne Dominique ESQUIROL (1772-1840) est considéré comme le père fondateur de la psychiatrie moderne. Élève de Corvisart à l'hôpital de la Charité (1799), il travaille ensuite avec Pinel à la Salpêtrière (1801). Il se consacre d'abord au rapport folie-passion et publie, en 1805, *Les Passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. En 1810, succédant à Pinel, il devient médecin-chef à la Salpêtrière. Durant sa carrière, il approfondit entre-autre la nosographie de Pinel, affine les différentes formes de mélancolie, établit la distinction entre hallucination et illusion, et – soulignons-le – invente la catégorie des monomanies. En 1825, il succède à Antoine-Athanase Royer-Collard et devient médecin-chef à Charenton (nommé aujourd'hui Hôpital Esquirol). [<https://www.universalis.fr/encyclopedie/jean-etienne-dominique-esquirol/>] (Site consulté en mai 2020.) Soulignons qu'il est à l'origine de la loi de 1838 sur l'internement des aliénés (loi qui demeurera telle quelle d'application jusqu'en 1990 où sera promulguée la loi sur l'hospitalisation psychiatrique sans consentement [loi du 27 juin 1990]). La loi du 30 juin 1838 légifère sur les établissements d'aliénés (publics et privés), leur organisation, administration et direction ; oblige chaque département à avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et traiter les aliénés ; prévoit deux types de placements dans les établissements d'aliénés : les placements volontaires et les placements ordonnés par l'autorité publique ; organise les responsabilités liées au coût (les dépenses) du placement ; prévoit les conditions de sortie ; etc. [Cf. CASTEL, R., *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, « Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés », Paris, Éd. de Minuit (coll. « Le Sens commun »), 1976, p. 316-324.]

¹⁶⁵ Esquirol rompit ainsi avec la conception de Bichat, lequel avait classé, on l'a vu, l'idiotisme parmi les folies de naissance (avec le crétinisme). [*Supra*, « L'anatomie pathologique et la connaissance des maladies mentales ».]

¹⁶⁶ Jacques Etienne BELHOMME (1800-1880) est un psychiatre français qui fut rattaché notamment à la section des idiots dans le service d'Esquirol à la Salpêtrière. [*Le Pouvoir psychiatrique*, p. 222, note 4.]

¹⁶⁷ BELHOMME, J.E., *Dissertation inaugurale présentée et soutenue à la faculté de Médecine de Paris, le 1^{er} juillet 1824*, Paris, Germer-Baillièrre, 1843, p. 52. (Cité par Foucault, *op. cit.*)

¹⁶⁸ *Le Pouvoir psychiatrique*, p. 201.

¹⁶⁹ *Ibidem*.

stupidité, la démence, etc. Foucault indique que l'on peut bien s'étonner de cette identification de l'idiotie à la folie à une époque où la folie était essentiellement caractérisée par le délire ; mais en fait, explique-t-il, on assimilait alors l'idiotie (et toutes les autres formes de folie « en forme de "moins" ») à une forme aiguë de délire, forme paroxystique, absolument généralisée, qui déboucherait sur l'effondrement de toutes les facultés.¹⁷⁰ L'idiotie était ainsi, pour la nosographie et les théories médicales de la protopsychiatrie, « la forme absolue, dit Foucault, totale, de la folie. »¹⁷¹ A partir d'Esquirol, par contre, la conception médicale (théorique) de l'idiotie (et de l'arriération mentale, l'imbécillité) change radicalement puisqu'elle ne sera d'abord plus considérée comme une maladie, mais bien comme un état : un état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont pas développées.¹⁷² Sans présenter tout le développement de Foucault sur l'évolution de la conception et du traitement de l'idiotie au cours du XIX^e siècle (ni la distinction conceptuelle entre idiotie et démence, ni celle qu'opèrera Seguin¹⁷³ entre idiotie et arriérisme en 1843)¹⁷⁴, soulignons seulement l'enjeu et le problème que pose cette définition esquirolienne de l'idiotie – définition qui, certes, évoluera mais dont l'enjeu demeurera.

Dans le texte d'Esquirol, « De l'idiotie », on peut lire que : « Les idiots sont ce qu'ils doivent être pendant tout le cours de leur vie... *on ne conçoit pas la possibilité de changer cet*

¹⁷⁰ *L'imbécillité, c'est, – dans cette espèce de nosographie du XVIII^e siècle –, c'est l'erreur du délire, mais si généralisée, si totale, qu'elle n'est plus capable de concevoir la moindre vérité, de former la moindre idée ; c'est, en quelque sorte, l'erreur devenue obnubilation, c'est le délire tombé dans sa propre nuit. [Ibid., p. 202.]*

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 203. Pinel lui-même, explique Foucault, classa, dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la Manie* (section IV, pp. 166-176), l'idiotie (ou l'idiotisme) parmi les espèces de l'aliénation mentale : « Division de l'aliénation mentale en espèces distinctes. Cinquième espèce d'aliénation : Idiotisme ou oblitération des facultés intellectuelles et affectives ».

¹⁷² Foucault cite ainsi [*Ibidem*] : « L'idiotie n'est pas une maladie, c'est un état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, ou n'ont pu se développer assez [...] » [ESQUIROL, J.E.D., « De l'idiotie », in *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, t. II, Paris, J.-B. Baillière, 1820, p. 284.] « L'idiotie est [...] un état constitutionnel dans lequel les fonctions intellectuelles ne se sont jamais développées [...] » [BELHOMME, J.E., *Essai sur l'idiotie. Propositions sur l'éducation des idiots mise en rapport avec leur degré d'intelligence*, Paris, Didot Jeune, éd. 1843, p. 51.]

¹⁷³ Edouard SEGUIN (1812-1880) est un pédagogue français qui fut instituteur auxiliaire auprès de Jean Itard, médecin de l'Institution nationale des sourds-muets. En 1831, Itard et Esquirol lui confient l'éducation d'un enfant idiot – expérience que relate Seguin dans son *Essai sur l'éducation d'un enfant idiot* (1839). En 1840, il entre à l'hospice des Incurables où il teste sa méthode éducative sur des enfants arriérés et idiots. Il poursuit son traitement des enfants idiots à Bicêtre lorsqu'en octobre 1842, le Conseil général des Hospices décide de tous les y transférer [*Infra*, « De la nécessité de psychiatiser les idiots »]. Là, il rencontre Leuret, médecin-chef qui opérait alors le « traitement moral » des fous. Seguin s'inspire de Leuret, transpose sa méthode et institue ainsi le « traitement moral des idiots ». Seguin quitte Bicêtre l'année suivante à la suite de différends. En 1846, il publie son *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement*, dans lequel il dresse le bilan de toutes ses expériences. En 1850, il émigre aux Etats-Unis pour y poursuivre sa carrière d'« instituteur des idiots ». [*Ibid.*, p. 225, note 25.]

¹⁷⁴ Cf. à ce sujet : *Le Pouvoir psychiatrique*, « Leçon du 16 janvier », pp. 205-221.

état »¹⁷⁵. Donc, non seulement l'idiotie n'est pas une maladie mais bien un état, et elle est un état congénital qui limite *ad vitam* tout le développement cognitif. Cette conception rend d'emblée vaine et inutile toute tentative de traitement et de guérison. Du coup, la question se pose d'elle-même : pourquoi une intervention psychiatrique ? Pourquoi la psychiatrie – en tant que, jusqu'alors, médecine mentale et « science » de la folie – s'est-elle mêlée des idiots ? Quelles conséquences pour eux ? Dans cette perspective, trente ans après la conception d'Esquirol, Henri Jean Baptiste Davenne, directeur général de l'Assistance Publique, déclarait (dans un rapport adressé au préfet de la Seine et daté du 1^{er} novembre 1852) que « L'idiot n'est autre chose qu'un pauvre infirme à qui le *médecin* ne rendra jamais ce que la nature lui a refusé »¹⁷⁶. Du coup, si la conception de l'idiotie n'est plus celle de la protopsychiatrie qui la considérait comme une maladie mentale (une espèce de folie) et s'il est reconnu que la médecine ne peut rien pour les idiots, pourquoi une intervention psychiatrique ? En quoi consistera-t-elle ? Et plus fondamentalement, en quoi même la psychiatrie serait-elle compétente dans la prise en charge de l'idiotie ?

Avec la psychiatisation des enfants idiots, ce qui s'est passé, explique Foucault, c'est qu'a émergé une notion, celle de développement, qui va fonctionner comme critère discriminant, comme « une espèce de norme par rapport à laquelle on se situe »¹⁷⁷. Le développement, c'est un processus de la vie organique et psychologique ; un processus donc qui s'inscrit *de facto* dans le temps. Le développement est un processus universel mais dont le degré d'aboutissement et la vitesse d'évolution sont variables. Dès lors, les deux pathologies du développement seraient l'arrêt (le blocage) et la lenteur.¹⁷⁸ Ce qui va se passer au milieu du XIX^e siècle, explique Foucault, c'est que deux critères de référence vont émerger dans l'étude du développement de l'enfant : pour la variable du degré d'aboutissement, la référence sera l'adulte ; pour la variable de la vitesse, ce seront les autres enfants (la moyenne de la vitesse de développement de l'enfance) qui établiront la norme de référence. Ce sont ainsi « deux instances normatives », dit Foucault, qui émergent et par rapport auxquelles chaque enfant (puis chaque adulte) sera situé, et à partir desquels tous les phénomènes de la débilité mentale vont

¹⁷⁵ ESQUIROL, *op. cit.*, p. 284. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 224, note 19. [Nous soulignons.]

¹⁷⁶ DAVENNE, H.J.B., *Rapport du Directeur de l'administration de l'Assistance Publique à M. le Préfet de la Seine sur le service des aliénés du département de la Seine*, chap. IV, Paris, Imprimerie de l'administration de l'Assistance Publique, 1852. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 225, note 21. [Nous soulignons.]

¹⁷⁷ *Le Pouvoir psychiatrie*, p. 206. Pour une analyse critique de la notion de norme, chez Foucault, lire : LEGRAND, S., *Les normes chez Foucault*.

¹⁷⁸ A partir de l'analyse de la conception de Seguin (*Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement*, 1846), Foucault associe la pathologie du blocage à l'idiotie et la pathologie de la lenteur à l'arriérisme.

se discriminer et « s’anormaliser » (s’établir comme anomalies de développement) : « l’adulte comme stade terminal, les enfants comme définissant la moyenne de vitesse de développement. »¹⁷⁹ Ainsi Foucault définit-il toutes les formes de débilité mentale :

*Ce sont des variétés temporelles, des variétés de stades à l’intérieur du développement normatif de l’enfant. L’idiot appartient à l’enfance, comme autrefois il appartenait à la maladie.*¹⁸⁰

L’idiot, depuis Seguin – Seguin qui, rappelons-le, n’était pas médecin, mais bien instituteur, pédagogue –, c’est donc quelqu’un qui est enfoncé à un certain degré à l’intérieur de la temporalité de l’enfance – et donc non pas à l’intérieur du champ de la maladie. La conséquence de cela, on l’a dit, c’est que ce ne seront donc pas du tout des soins médicaux, thérapeutiques, curatifs qu’il conviendra d’apporter aux idiots. Aussi, ce que dit Foucault, c’est que si la psychiatrie [d’Esquirol, puis de Leuret] veut pouvoir légitimement faire de l’idiotie l’objet de son intervention, il faudra qu’elle se renouvelle... Être médecin ne suffit plus. Il faudra désormais que le psychiatre soit également pédagogue. Pour traiter l’idiotie et toutes les formes de débilités mentales, toutes ces intelligences infantiles, il faudra au psychiatre imposer le schéma de l’éducation. Mais tout cela relève encore du théorique, dit Foucault ; car, parallèlement à cela, au moment même où s’élaboraient toutes les théories de l’idiotie, se mit en place toute une annexion institutionnelle de l’idiotie (identique à celle de la folie) par le pouvoir psychiatrique.¹⁸¹ Foucault précise ainsi, dans une note de sa leçon, que :

*Au début du XIX^e siècle, les asiles accueillent, parfois mêlés, des adultes et une population enfantine regroupant « idiots », « imbéciles », « épileptiques », mal distingués médicalement jusqu’en 1840 et même après. Ainsi à Bicêtre, la troisième section du quartier des aliénés comprend en 1852 des épileptiques adultes et enfants, et des idiots.*¹⁸²

¹⁷⁹ *Ibidem.*

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 207.

¹⁸¹ [...] à l’époque même où était en train de se constituer le domaine théorique [...], à l’époque même où cela se passait, non pas en retrait, non pas comme conséquence, mais en même temps et, à dire vrai, comme condition de possibilité effective de cette élaboration, vous aviez un tout autre processus qui est en apparence contradictoire. Puisque si vous allez de Pinel ou de Dubuisson à Seguin, en passant par Esquirol, vous voyez la série de démarches par lesquelles on a spécifié l’idiotie par rapport à la folie, on a déconnecté l’idiotie et la maladie mentale : théoriquement, au niveau de son statut médical, l’idiotie n’est plus une maladie. Or, en même temps, vous aviez un processus inverse qui, lui, n’est pas d’ordre théorique, mais qui est de l’ordre de l’institutionnalisation, et qui était la mise en place de l’idiotie à l’intérieur de l’espace psychiatrique, une colonisation de l’idiotie par celui-là. [*Ibid.*, p. 209.]

¹⁸² *Ibid.*, p. 226, note 30.

Donc, alors même que les théories insistent, depuis Esquirol, sur le fait que les idiots ne sont pas des malades, en pratique, on les enferme, comme les fous et tous les malades mentaux, dans les asiles psychiatriques. Et ce furent parfois les mêmes psychiatres qui, théoriquement, séparèrent radicalement l'idiotie de la folie, et qui, en pratique, enfermèrent indistinctement les idiots et les fous.¹⁸³ Et plus encore que les enfermer avec les fous, Foucault montre qu'on leur fait subir les mêmes traitements (alors même donc qu'on pose théoriquement, au même moment, que l'idiotie n'est ni une maladie ni une folie, et qu'on ne peut la guérir). Ainsi Seguin, alors même qu'il affirme que « Non, l'idiotie n'est pas une maladie »¹⁸⁴ opère à Bicêtre le « traitement moral des idiots », traitement directement inspiré – pour ne pas dire repris, calqué – de celui que Leuret opérait alors pour les fous.¹⁸⁵ C'est donc, concrètement, le même pouvoir qui s'impose aux idiots, le même projet de domination et de soumission. En fait, pas tout à fait le même pouvoir, explique Foucault, puisque celui qui s'impose aux idiots est le pouvoir psychiatrique « à l'état pur »¹⁸⁶ dans la mesure où il n'a d'autre finalité que la pure soumission – mais sous couvert de « l'éducation ». En ce qui concerne les fous, la finalité du pouvoir psychiatrique n'est pas tout à fait la même puisque la soumission doit mener à la guérison. C'est-à-dire que le fou, on lui impose et on le soumet au pouvoir psychiatrique parce qu'il est établi que c'est en cela que constitue la thérapeutique et que ce n'est qu'ainsi qu'on pourra le guérir (à la différence donc de l'idiot, chez qui il n'y a rien à guérir et pour lequel on ne peut pallier le défaut congénital, seulement tenter de favoriser le développement – mais sans garantie ni prétention de résultat). Quoiqu'il en soit, l'éducation psychiatrique des idiots est, dans sa structure même (ses techniques et ses dispositifs), somme toute identique à la thérapeutique psychiatrique de la folie ; c'est le même traitement qui s'opère ; l'une et l'autre sont établies sur le même principe : la soumission de l'interné. Mais pourquoi pareil traitement ? Concrètement, pourquoi les idiots ont-ils été annexés par la psychiatrie, dans le système asilaire, comme et avec les fous ? Pourquoi les soumettre, eux aussi, au pouvoir psychiatrique ?

¹⁸³ Et c'est (...) dans la période 1835-1845, à l'époque même où Seguin définit l'idiotie comme n'étant pas une maladie mentale, que vous voyez s'ouvrir, à l'intérieur des grands asiles qui viennent d'être aménagés ou réaménagés, les quartiers pour les débiles, les idiots, souvent les hystériques et les épileptiques, tous enfants. [Le Pouvoir psychiatrique, pp. 209-210.] Et Foucault précise que l'aboutissement de cela fut la création de quartiers psychiatriques pour enfants débiles à Bicêtre, la Salpêtrière et Villejuif, à la fin du XIX^e siècle.

¹⁸⁴ SEGUIN, E., *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement*, Paris, J.-B. Baillière, 1846, p. 26. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 226, note 29.)

¹⁸⁵ Sur la correspondance du traitement moral des idiots de Seguin au traitement moral des fous de Leuret, lire : *Ibid.*, pp. 213-216.

¹⁸⁶ Or, une fois qu'ils ont été ainsi placés à l'intérieur de l'espace asilaire, le pouvoir qui s'exerce sur les enfants idiots est exactement le pouvoir psychiatrique à l'état pur, et qui va rester tel pratiquement sans aucune élaboration. [...] L'éducation des idiots et des anormaux, c'est le pouvoir psychiatrique à l'état pur. [*Ibid.*, p. 212.]

3. De la nécessité de psychiatriser les idiots :

Avant de répondre à cette question, notons encore que cette annexion institutionnelle de l'idiotie par le pouvoir psychiatrique, Foucault précise qu'elle fut appuyée légalement en 1840 par une décision du ministre de l'Intérieur, lequel stipula explicitement – partant du principe que, finalement, les idiots ne sont jamais qu'une catégorie d'aliénés [Au diable les théories !] – que la loi de 1838 sur l'internement des aliénés valait également pour les idiots. Jusqu'alors, existaient des maisons réservées aux idiots et aux débiles (essentiellement des enfants) – maisons qui n'avaient aucun statut ni aucune prétention médicale. Mais, à partir de cette décision ministérielle de 1840, toute cette population d'idiots et de débiles (enfants et adultes) ne pouvaient plus résider ailleurs que dans un asile psychiatrique qui, lui, a bien vocation médicale. « En conséquence le Conseil général des Hospices fit transférer ceux qui se trouvaient dans d'autres établissements à l'asile de Bicêtre ».¹⁸⁷

Pourquoi donc cette annexion institutionnelle des idiots par le pouvoir psychiatrique ? Foucault donne une première explication au projet d'internement des enfants : interner les enfants idiots, c'est-à-dire les retirer de leur famille, devait permettre aux parents de travailler – afin que, dit Foucault, « l'enfant idiot, avec les soins qu'il appelle, ne soit pas un obstacle puisque les parents travaillent »¹⁸⁸. Donc, l'internement des enfants idiots relevait en quelque sorte d'un projet social, une assistance (on croirait, quasi philanthrope) aux parents : les libérer de la charge de la surveillance et de l'éducation de leur idiot, et leur permettre de travailler. De même que pour l'internement des adultes, c'est un souci socioéconomique d'assistance qui est à l'origine de la généralisation du processus : permettre aux idiots de bénéficier des mêmes mesures d'assistance que celles prévues pour les aliénés avec la loi de 1838. Ainsi, l'article 28 de la section III, consacrée aux « Dépenses du service des aliénés », prévoit que pour les aliénés pauvres, incapables de prendre en charge les dépenses de leur propre internement, c'est la collectivité locale (ou le département) dont ils sont originaires qui est financièrement responsable et qui est chargée de verser une indemnité (proportionnelle au nombre de leurs aliénés internés) à l'asile qui les accueille.¹⁸⁹ Donc, annexion institutionnelle des idiots dans un

¹⁸⁷ DAVENNE, *op. cit.*, p. 62. (Cité par Foucault, *op. cit.*, p. 227, note 40.)

¹⁸⁸ *Le Pouvoir psychiatrique*, p. 211.

¹⁸⁹ Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Titre II. – Des placements faits dans les établissements d'aliénés. Section III. – Dépenses du service des aliénés : « Art. 28. – À défaut, ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il y sera pourvu sur les centimes affectés, par la loi des finances, aux dépenses ordinaires du département auquel l'aliéné appartient, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné,

souci d'assistance publique. Mais – nous insistons – pourquoi la psychiatrie ? Pourquoi interner les idiots dans des asiles de fous ? En quoi les psychiatres (leur pratique et leur pouvoir) sont-ils compétents pour intervenir auprès des idiots ?

En fait, tout le problème est là, pour Foucault : ils ne le sont pas – en tout cas, pas en tant que médecins, à partir du moment où ils établissent en théorie la « non-maladie » qu'est l'idiotie. Foucault insiste sur cette contradiction – et on en revient sur ce que nous avons mis en lumière dans le chapitre précédent – interne à la psychiatrie, cette dichotomie [on dirait] constitutive entre ce qu'elle établit en théorie et ce qu'elle met en œuvre en pratique : au moment même où elle essaie d'établir médicalement son champ d'action (s'établissant ainsi comme théorie médicale, discours scientifique), ce qu'elle met en œuvre semble guider par un pur désir « expansionniste », « colonialiste », « impérialiste » (désir caché, on le voit, sous le voile de la philanthropie) – quitte à contredire ses propres discours.¹⁹⁰ Et plus encore, quitte à falsifier ses propres rapports.

En effet, Foucault explique qu'avec la décision ministérielle de 1840 qui posa légalement que la loi de 1838 valait également pour les idiots, les communes, préfetures et départements rechignèrent à l'idée d'interner leurs idiots parce qu'ils craignirent de devoir assurer financièrement le coût de leur pension (verser des indemnités aux asiles). Pour qu'ils acceptent et soutiennent ces internements, il fallait une bonne raison. Là, explique Foucault, vint, pour les psychiatres, la nécessité de rendre les idiots dangereux. La dangerosité de l'idiotie – comme celle de la folie, on l'a vu – est une construction, pour Foucault, un stratagème, une invention de la psychiatrie. Et cette invention devait servir de double garantie : d'une part, la dangerosité de l'idiot devait garantir l'assistance publique (le financement) de son internement (l'idiot devenant une menace pour la collectivité, il était du devoir de l'administration publique

d'après les bases proposées par le conseil général, sur l'avis du préfet, et approuvées par le gouvernement. – Les hospices seront tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge, et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés. – En cas de contestation, il sera statué par le conseil de préfecture. » (Cité par CASTEL, *op. cit.*, p. 321.)

¹⁹⁰ Ainsi, alors même que les théoriciens recherchaient à formuler la vérité de chaque trouble, distinguant les anomalies de développement des maladies mentales, élaborant toujours plus et corrigeant les tableaux nosographiques, et en finissaient avec la conception « fourre-tout » de l'aliénation mentale élaborée par la protopsychiatrie, la pratique psychiatrique (les internements et les traitements) demeurait sourde et arriérée.

Et maintenant, quelques années après la distinction nette entre folie et idiotie, vous voyez la notion d'aliénation mentale reculer en quelque sorte d'un degré et devenir la catégorie générale qui va embrasser toutes les formes de folie et puis l'idiotie et l'imbécillité. L'« aliénation mentale » va [re]devenir le concept pratique à partir duquel l'on pourra recouvrir la nécessité d'interner, avec les mêmes mécanismes et dans les mêmes lieux d'assistance, les malades mentaux et les débiles. L'annulation pratique de la distinction entre idiotie et maladie mentale a pour sanction la très curieuse et très abstraite notion d'« aliénation mentale » comme couverture générale de l'ensemble. [Ibid., p. 212.]

d'assurer et de supporter son internement)¹⁹¹ ; d'autre part, cela devait servir ses propres intérêts : en envoyant leurs idiots à l'asile, les autorités locales assurèrent et assirent *de facto* l'ingérence de la psychiatrie sur le domaine de l'idiotie (et de la débilité mentale en général). Ceci amena les psychiatres des années 1840-1860 à faire de faux rapports (de faux « certificats de dangerosité »), « de noircir la situation, dit Foucault, de présenter l'idiot ou le débile comme dangereux pour pouvoir obtenir [qu'il soit assisté]. »¹⁹² Et l'ampleur du phénomène est telle qu'elle ne sera pas sans conséquence pour l'idiot : c'est-à-dire que, ce que montre Foucault, c'est qu'à côté de ces faux certificats de dangerosité, va émerger assez rapidement une « vraie » littérature médicale sur la dangerosité de l'idiot, faisant de l'idiot effectivement un individu dangereux.

*Ce problème du coût de l'anomalie va avoir une incidence formidable, parce que, à partir de ces plaintes des médecins qui, en 1840-1850, se plaignent d'être obligés d'accuser les idiots d'être dangereux, vous voyez se développer petit à petit toute une littérature médicale qui va se prendre elle-même de plus en plus au sérieux, qui va, si vous voulez, stigmatiser le débile mental et en faire effectivement quelqu'un de dangereux.*¹⁹³

Et cette littérature médicale « sérieuse » va proliférer dans la seconde moitié du XIX^e siècle jusqu'à ce qu'un certain Bourneville (1840-1909, médecin neurologue à Bicêtre, chargé du service des idiots et des épileptiques) pose que :

*L'anthropologie criminelle a démontré qu'une grande proportion des criminels, des ivrognes invétérés et des prostituées est, en réalité, des imbéciles de naissance qu'on n'a jamais cherché à améliorer ou à discipliner.*¹⁹⁴

Comment la psychiatrie a-t-elle justifié – expliqué et appuyé théoriquement – la dangerosité de l'idiotie ? En fait, comme pour les fous, le traitement des idiots, dans les années 1840-1860, s'est établi (institué) autour de l'idée – édiflée en principe – de la perversion de leur volonté. Seguin (le pédagogue des idiots), par exemple, qui travaillait à Bicêtre auprès de Leuret (le médecin des fous), posa – comme Leuret à propos de la folie – qu'au fond de l'idiotie, il y

¹⁹¹ Pour qu'un conseil général, une préfecture, une mairie acceptent et soutiennent l'internement d'un idiot, [...] il fallait [pour les médecins] dire qu'il était dangereux, c'est-à-dire qu'il était capable de commettre incendies, homicides, viols, etc. [*Ibid.*, p. 217.]

¹⁹² *Ibidem.*

¹⁹³ *Ibid.*, p. 218.

¹⁹⁴ BOURNEVILLE, D.M., *Assistance, Traitement et Éducation des enfants idiots et dégénérés. Rapport fait au congrès national d'Assistance publique, Lyon, juin 1894*, Paris, Publications du Progrès médical, 1895, p. 148. (Cité par Foucault, *op. cit.*)

a une volonté mauvaise, perverse et orgueilleuse, qui impose par sa conduite déviante, par sa désobéissance, par ses réponses négatives, sa toute-puissance à l'éducateur. Et, comme pour celle du fou, la seule façon de traiter la volonté mauvaise de l'idiot, c'est de la mater, la soumettre à la volonté droite du maître – on retrouve ici la dimension d'affrontement qu'on avait soulignée antérieurement. La volonté perverse du fou, on l'a vu, s'affirme positivement par le délire et la simulation. Celle de l'idiot, explique Foucault, s'affirme négativement, par un refus systématique d'obéir à la volonté de l'autre. La volonté de l'idiot, pour Seguin, c'est celle de celui qui « *veut ne pas vouloir* »¹⁹⁵. Et c'est en cela qu'elle est dangereuse : parce que congénitalement sauvage (irréductible à l'éducation et à la discipline). Dès lors, la seule chose à faire avec l'idiot (et le danger qu'il constitue), disent les psychiatres, c'est de l'enfermer et de lui appliquer de force un traitement – le traitement moral – qui pourra dompter (tel un animal) sa volonté mauvaise – « éduquer », disent-ils en bons pédagogues.

Donc, finalement, pourquoi la psychiatisation de l'idiotie ? Pourquoi cette annexion institutionnelle de l'idiot par le pouvoir psychiatrique ? Ce que met en lumière Foucault, c'est qu'avec l'idiot – et à plus forte raison, avec l'*enfant* idiot, – la psychiatrie se retrouvait avec un objet sur lequel elle pouvait opérer une ingérence totale, éternelle et absolue. En effet, puisqu'il est établi théoriquement qu'un idiot ne sera jamais autre chose qu'un idiot, qu'il ne sortira jamais de son idiotie, et qu'en plus de cela, il est dangereux (qu'il constitue une perpétuelle menace) et qu'il doit, à ce titre, être enfermé dans une institution – mais pas n'importe quelle institution ; pas une prison, mais une institution spécialisée, qui pourra lui offrir une « éducation spécialisée » –, la psychiatrie s'est assurée un objet sur lequel elle pourra exercer son pouvoir *ad vitam*. Un enfant idiot qui est placé à l'asile y restera toute sa vie. Ceci constitue, on s'en rend compte en suivant le raisonnement de Foucault, un triple confort, un triple avantage pour la psychiatrie. D'abord, avec l'idiot, la psychiatrie n'est pas contrainte d'atteindre des résultats : pas de « pression de la guérison » ; sa pratique (le traitement) ne se doit pas d'être efficace comme dans le traitement du fou. Avec l'idiot, la psychiatrie n'est pas – comme c'est le cas avec le fou – dans cette situation de dépendance : elle n'est pas dépendante de lui, de ses réponses et de son discours pour exister comme médecine, pour légitimer et valider sa pratique

¹⁹⁵ SEGUIN, *op. cit.*, p. 665. (Il souligne.) Foucault précise, à propos de la volonté de l'idiot qu'elle est la conséquence d'un instinct [quasi] animal, à l'état sauvage, noyau anarchique congénital qui va limiter *ad vitam* toute régulation et toute discipline, bref toute la « civilisation » de l'enfant.

C'est une certaine forme anarchique de volonté qui consiste à ne jamais vouloir se plier à la volonté des autres ; c'est une volonté [...] qui refuse par conséquent n'importe quel ordre et n'importe quelle intégration à l'intérieur d'un système. L'instinct, c'est une volonté qui « veut ne pas vouloir », et qui s'obstine à ne pas se constituer comme volonté adulte – la volonté adulte se caractérisant pour Seguin comme une volonté capable d'obéir. L'instinct, c'est une série indéfinie de petits refus qui s'opposent à toute volonté d'autrui. » [Le Pouvoir psychiatrique, p. 213]

(le diagnostic et le traitement) comme médicale. Ensuite – et corrélativement à cela –, avec l'idiot, la psychiatrie peut, on l'a dit, exercer son pouvoir à l'état pur ; et elle peut le faire légitimement puisque cela se fait au sein d'une institution médicale (l'asile, l'hôpital psychiatrique) et que cela fait partie du traitement. Enfin, troisième avantage de cette psychiatisation de l'enfant idiot, de son internement à l'asile, c'est que cela permet à la psychiatrie d'identifier médicalement – légitimement, sous couvert encore une fois de son statut de médecine, sous couvert de sa « science » –, d'identifier donc à partir de l'examen des conduites de l'idiot et de ses réponses, une panoplie de conduites et de comportements anormaux, de l'ordre de l'anomalie de développement et potentiellement dangereux, qu'il faudra désormais surveiller. Et ce que dit Foucault, c'est que c'est à partir de là, que la psychiatrie put légitimement s'établir comme instance de contrôle social de toutes les conduites et, simultanément (corrélativement), instance récupératrice et disciplinaire (au sein de l'asile) de toutes ces anormaux qu'elle aura détectés.

4. Vers l'édification d'une nouvelle science :

Soulignons-le, ce que Foucault met en lumière (particulièrement dans son cours de 1974-1975, *Les Anormaux*), c'est ce véritable coup de maître de la psychiatrie qui est parvenue, tout en se maintenant comme médecine, à étendre au cours du XIX^e siècle son champ d'action, son domaine d'ingérence bien au-delà du pathologique.¹⁹⁶ C'est-à-dire que, à partir des années 1840 (peut-être même un petit peu avant), il ne fallait même plus être malade pour relever de psychiatrie et faire l'objet d'une mesure d'internement. Plus encore : dans la dernière leçon de son cours sur *Les Anormaux* (leçon du 19 mars 1975), Foucault en vient même à dire que non seulement la psychiatrie a pu se généraliser à partir de la psychiatisation des enfants idiots tout en se maintenant comme médecine ; mais plus que cela, elle est parvenue à se faire « plus médecine » que ce qu'elle n'était jusqu'alors. En effet, à partir de l'émergence de la notion de développement dans les théories médicales sur l'idiotie, « il va être possible à la psychiatrie, dit Foucault, d'entrer en corrélation avec, d'une part, la neurologie et, d'autre part, la biologie générale. »¹⁹⁷ Cette notion de développement qui, en psychiatrie, va fonctionner comme critère discriminant, « espèce de norme par rapport à laquelle on se situe »¹⁹⁸ et par rapport à laquelle la psychiatrie va situer l'idiot, puis tous les individus, va lui servir également de notion objective

¹⁹⁶ Lire en particulier : *Les Anormaux*, « Cours du 5 et du 12 février 1975 » et « Cours du 19 mars 1975 ».

¹⁹⁷ *Les Anormaux*, p. 289.

¹⁹⁸ *Le Pouvoir psychiatrie*, p. 206.

à partir de laquelle entrer en dialogue avec ces deux « vraies » sciences que sont la neurologie et la biologie – « vraies » sciences en tant qu’elles établissent leurs discours exclusivement à partir de ce qu’elles observent et analysent du et dans le corps. La psychiatrie va ainsi pouvoir faire écho aux discours de la neurologie sur le développement et les arrêts de développement, ainsi qu’à la notion d’« évolution » qui émerge à peu près à la même époque en biologie. Ainsi, à travers ce « dialogue interdisciplinaire » qui devient possible, la psychiatrie va pouvoir exister non plus seulement comme médecine, mais comme science à part entière et être reconnue comme telle face à d’autres sciences (qui, elles, n’avaient plus rien à prouver).¹⁹⁹

Oui mais... la psychiatrie, science de quoi ? Non plus seulement « science de la folie » – trop restreint –, la psychiatrie du milieu du XIX^e siècle va s’élever comme véritable « science de l’individu »²⁰⁰ et de ses conduites ; une science qui, par conséquent, peut parler (dire la vérité) de tout le monde – autrement dit qui peut, à propos de chacun, formuler un discours – et qui peut entamer, pour chacun, une procédure de « normalisation » (tel est le rôle des fonctions-Psy). Et, ce que montre Foucault, c’est que pour exister comme véritable science, science des conduites normales et anormales – et non plus seulement comme médecine mentale (avec son objet et son domaine d’action restreints) –, il va falloir que la psychiatrie fasse l’impasse sur la maladie mentale, c’est-à-dire sur l’objet même qui la légitimait, jusque-là, comme médecine. Ainsi, en psychiatisant l’enfance et les conduites infantiles, et en établissant une théorie du développement, la psychiatrie peut intégrer à son discours et à sa pratique potentiellement tout le monde. Puisque le développement concerne tout le monde, puisque chacun passe par le stade de l’enfance, puisque chacun garde en lui des souvenirs d’enfance et des comportements enfantins (sucrer son pouce, croire aux fantômes, jouer au train électrique, boire du lait, avoir peur de l’orage, etc.), la psychiatrie peut parler de tous et, tous, les situer par rapport à la normativité (le champ des conduites normales et anormales) qu’elle aura établie. La psychiatrie

¹⁹⁹ Là encore, en se référant à la psychiatrie esquirolienne, on pourrait dire qu’elle n’a pu devenir effectivement une médecine qu’au prix de tout un tas de procédés que j’appellerai imitatifs. Il a fallu établir des symptômes comme dans la médecine organique ; il a fallu nommer, classer, organiser, les unes par rapport aux autres, les différentes maladies ; il a fallu faire des étiologies de type médecine organique, en cherchant du côté du corps ou du côté des prédispositions les éléments qui pouvaient expliquer la formation de la maladie. La médecine mentale de type Esquirol est médecine au titre de l’imitation. En revanche, à partir du moment où l’enfance va être considérée comme le point focal autour duquel va s’organiser la psychiatrie des individus et des conduites, vous comprenez comment il est possible de faire fonctionner la psychiatrie non pas sur le mode de l’imitation, mais sur celui de la corrélation, en ce sens que la neurologie du développement et des arrêts de développement, la biologie générale également – avec toute l’analyse qui peut être faite, soit au niveau des individus soit au niveau des espèces, de l’évolution – tout ceci va être en quelque sorte l’écart et le garant à l’intérieur duquel la psychiatrie va pouvoir fonctionner comme savoir scientifique et comme savoir médical. [Les Anormaux, pp. 289-290.]

²⁰⁰ Foucault ne le dit pas comme ça mais c’est ainsi que nous le comprenons.

dépathologise ainsi son objet de discours ; ou plus exactement, elle étend son discours bien au-delà du pathologique pour se faire instance de contrôle du développement et de la conduite des individus. Et ce n'est que secondairement, dans sa pratique, au sein de l'asile, qu'elle va se focaliser sur ceux dont les anomalies de développement ont débouché sur un véritable état pathologique, un état morbide, une véritable pathologie de la volonté, rendant l'individu à la fois dangereux pour lui-même et pour l'ordre social : les fous, les idiots, les débiles, les hystériques, les furieux, les maniaques, etc. Ce n'est donc désormais que secondairement que la psychiatrie est médecine de l'aliénation et des maladies mentales (savoir et technique sur la maladie) ; désormais, il s'agit d'abord pour elle de s'établir comme « science de l'infantilité des conduites et des structures », puis « science des conduites normales et anormales ». Et on se retrouve ainsi, à partir du milieu du XIX^e siècle, avec un double champ d'action pour la psychiatrie, une double pratique où exercer son pouvoir : un champ *extra-asylum* où, doublant les institutions disciplinaires et ne se focalisant plus seulement sur le fou et le malade mental, elle pourra se faire instance de contrôle de toutes les conduites²⁰¹ ; et un champ *intra-asylum* où elle continuera à exercer, en tant, ici, que médecine mentale, un pouvoir absolu sur les aliénés.

Pour ce faire, c'est-à-dire pour pouvoir assoir légitimement son pouvoir médical hors de l'asile (en tant qu'instance hygiénique et scientifique de contrôle des conduites) comme à l'intérieur de l'asile (où elle pratique sa thérapeutique sur la catégorie – toujours plus large – des aliénés), il fallut à la psychiatrie construire de « grands édifices théoriques ». « Ce dont il s'agit, explique Foucault, c'est, à travers ces discours théoriques ou spéculatifs, de maintenir, ou éventuellement de majorer, les effets de pouvoir et les effets de savoir de la psychiatrie. »²⁰² Exigences fonctionnelles et bénéfiques technologiques, ces édifices théoriques devaient lui permettre de légitimer et de justifier toute sa pratique, toute la diffusion de son pouvoir, l'extension de son domaine d'ingérence. Ainsi, Foucault explique que se constitua toute une nouvelle nosographie, nosographie qui introduisit en son sein même le non-pathologique comme élément classifiable, signe en quelque sorte de pathologie. Ainsi, on identifia comme « syndromes d'anomalies » (et donc non pas comme symptômes pathologiques) toute une série de conduites aberrantes, déviantes, toutes les formes d'excentricité, etc. Apparurent alors dans les théories psychiatriques toutes ces notions d'agoraphobie, de claustrophobie, de pyromanie, de cleptomanie, ainsi que l'exhibitionnisme, l'homosexualité, etc. Et Foucault note même – non sans une touche d'ironie – ce fait tout à fait remarquable : « Lorsque, par exemple, une société

²⁰¹ *Dépathologisation de l'objet : cela a été la condition pour que le pouvoir, cependant médical, de la psychiatrie puisse ainsi se généraliser. [Ibid., p. 292.]*

²⁰² *Ibidem.*

protectrice des animaux fera une campagne contre la vivisection, Magnan, qui est un des grands psychiatres de la fin du XIX^e siècle, découvrira un syndrome : c'est le syndrome des antivivisectionnistes. »²⁰³ En outre, s'opéra également une grande réévaluation du problème du délire dans le champ des anomalies : il fallait, explique Foucault, trouver dans et à travers toutes les conduites anormales d'un individu, la trame d'un délire afin de pouvoir réinvoquer, réactualiser l'aliénation (donc diagnostiquer une maladie). Ainsi émergea dans la nouvelle nosographie, la grande classification des délires : délire de persécution, délire de possession, etc. Le troisième élément introduit dans cette nouvelle nosographie dont parle Foucault, c'est la notion d'état que nous avons déjà abordée – notion théorisée par Esquirol (1820) dans sa conception de l'idiotie, et qui se retrouve, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, élevée au rang de cause, de « fond psychique causal » de toutes les anomalies ; l'état comme anomalie fondamentale – et non pas maladie – à partir de laquelle toutes les anomalies de la conduites et de la personnalité, puis, secondairement, toutes les maladies mentales vont se développer.²⁰⁴ L'état, c'est ce qui va générer toute une perturbation dans le jeu des excitations et des inhibitions, libérant de façon discontinue et imprévisible ce qui doit être inhibé, intégré, contrôlé. C'est grâce à ce remaniement théorique de la notion d'état, quelques années après Esquirol, explique Foucault, que la psychiatrie put pathologiser et médicaliser n'importe quelle conduite anormale. « Formidable capacité d'intégration, par conséquent, de cette notion d'état, qui est à la fois en référence à la non-santé, mais qui peut accueillir dans son champ n'importe quelle conduite à partir du moment où elle est physiologiquement, psychologiquement, sociologiquement, moralement, et même juridiquement, déviante. »²⁰⁵ Donc, pathologisation des conduites anormales, et *a fortiori*, inscription de cette déviance dans le corps : l'état, c'est un défaut physiologique congénital ; c'est un noyau structural défaillant qui va entraîner le développement anormal de l'individu. Et cette notion d'état, source physiologique de l'anormalité, de la déviance et de toutes les maladies mentales, c'est précisément, explique Foucault, ce qui permit à la psychiatrie d'avoir enfin un « vrai » objet de médecine, un objet incontestable parce qu'inscrit désormais dans le corps – mettant un terme aux vieux débats (et aux recherches) sur le corrélat organique de l'aliénation, devenus pour le coup caducs.

²⁰³ *Ibid.*, p. 293.

²⁰⁴ Foucault pose ainsi que : « [...] ce n'est que secondairement, par rapport à cette anomalie fondamentale, que les maladies vont apparaître comme une sorte d'épiphénomène par rapport à cet état qui est fondamentalement un état d'anomalie. » [*Ibid.*, p. 290.] Et plus loin, il définit, d'après la conception de la nouvelle psychiatrie : « L'état est une sorte de fond causal permanent, à partir duquel peuvent se développer un certain nombre de processus, à certain nombre d'épisodes, qui, eux, seront précisément la maladie. Autrement dit, l'état est le socle anormal à partir duquel les malades deviennent possibles. » [*Ibid.*, p. 294.]

²⁰⁵ *Ibid.*, p. 295.

A partir de là, s'élabora l'autre grand édifice théorique (par lequel la psychiatrie légitima tout son pouvoir et son ingérence au-delà de la sphère asilaire). Une fois posé l'état comme source physiologique de toutes les anomalies de la conduites et des pathologies mentales, il fallait encore trouver une explication quant à sa provenance : comment se fait-il que certains naissent avec ce défaut constitutif et pas les autres ? La cause de ce défaut congénital, cela va être précisément l'hérédité. L'hérédité, explique Foucault, c'est le corps des parents, des ancêtres, le corps de la famille. Autrement dit, la psychiatrie va inscrire doublement l'anomalie dans le corps : dans le corps de l'anormal ou du malade, mais aussi dans un « arrière-corps », dit Foucault, un « corps fantastique », inscrivant l'anomalie dans toute une lignée – l'anomalie ne naît pas de rien, elle se transmet de corps en corps. C'est au moyen donc de ce que Foucault appelle une « métasomatization » que la psychiatrie va assoir son pouvoir médical. Or, le problème majeur de cette notion d'hérédité en psychiatrie, c'est qu'elle aura pour conséquence un laxisme causal indéfini puisque, désormais, souligne Foucault, tout pourra être cause de tout.

*Dans la théorie de l'hérédité psychiatrique, il est établi que non seulement une maladie d'un certain type peut provoquer chez les descendants une maladie du même type, mais qu'elle peut produire également, avec autant de probabilités, n'importe quelle autre maladie de n'importe quel type. Bien plus, ce n'est pas forcément une maladie qui en provoque une autre, mais quelque chose comme un vice, un défaut.*²⁰⁶

C'est toute une étiologie fantastique qui se formule ; mais cette étiologie, outre le fait d'être cette explication « fourre-tout » – réactualisant le doute quant à la scientificité du savoir psychiatrique –, fut l'occasion d'une récupération morale, dit Foucault, d'une instrumentalisation des discours médicaux dans une perspective moralisatrice. On établit, par exemple, l'ivrognerie ou les pratiques sexuelles non convenables d'untel ascendant comme causes des bizarreries et anomalies d'untel descendant. Or, là est l'imposture, là est l'instrumentalisation, explique Foucault : cette théorie de l'hérédité ne permet pas seulement à la psychiatrie d'expliquer théoriquement l'anomalie, elle lui permet surtout de s'établir comme instance de contrôle des mariages et de la reproduction (tel mélange peut être sain ou malsain, utile ou dangereux, profitable ou nuisible, etc.), s'établissant toujours plus comme pouvoir social.

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 296.

Enfin, on le voit, tous ces grands édifices théoriques par lesquels la psychiatrie a assis à la fois sa pratique et son pouvoir médical, et à la fois s'est établie comme science de l'anomalie, ont eu trois formidables conséquences pour elle. D'abord, ils ont permis à la psychiatrie de légitimer le régime disciplinaire (et non pas médical) auquel elle soumettait les déviants, puisqu'en tant que science de l'anomalie, elle seule sait comment la traiter. Ensuite, ces théories ont permis à la psychiatrie du milieu du XIX^e siècle de lier anomalie infantile et folie adulte. Ce lien s'est établi sur deux concepts : l'instinct, dont on a déjà parlé, qui assure cette continuité, ce passage de l'enfant anormal à l'adulte fou ; et la dégénérescence (Morel, 1857), qui assure la continuité et le passage de l'adulte à l'enfant, la transmission de l'anomalie et de la maladie. Le dégénéré, c'est précisément un enfant qui présente les stigmates ou les marques d'une anomalie ou d'une folie ascendante. Cette notion de dégénérescence permet ainsi d'introduire l'idée d'une prédisposition à l'anomalie et d'antécédents à la folie. Enfin, la troisième conséquence, c'est qu'à travers ce lien théoriquement, médicalement établi entre anomalie infantile et folie adulte, la psychiatrie a pu s'établir comme instance de contrôle et de médicalisation des familles, pénétrant la sphère la plus intime des individus, leur assignant à la fois la cause et la responsabilité de leurs bizarreries, et les contraignant à s'en remettre au psy (se livrer, se raconter, avouer). C'est alors tout un jeu de pouvoir qui va se jouer ici au niveau des discours – l'aliénation s'établissant, du point de vue de l'aliéné, par la contrainte du discours de soi, du récit autobiographique ; et, du point de vue du psy, par le pouvoir du diagnostic, c'est-à-dire le pouvoir d'assigner et d'attester par son discours l'existence de l'aliénation.

CONCLUSION

Quel est le projet de Foucault en 1973, dans son cours sur *Le Pouvoir psychiatrique* ? Cette question a constitué le fil conducteur de tout notre travail. A la lecture du cours de Foucault, un certain nombre de thèses sont formulées et démontrées. Nous nous sommes concentrés essentiellement sur deux d'entre elles : celle du doute quant à la scientificité des discours psychiatriques (quand Foucault ne révèle pas une véritable imposture scientifique) ; et celle de la résistance asilaire opérée par les fous. Nous avons cherché à retracer le cheminement de Foucault depuis ses premiers ouvrages jusqu'à la formulation de ces deux thèses en 1973 ; et de les replacer dans la perspective du G.I.P., du geste et de la posture de Foucault en 1971. En 1971, un événement se fit : celui de la formation d'un groupe d'individus invisibles et inaudibles qui se sont reconnu une histoire commune à partir de l'ouverture d'un champ libre pour le discours. Pouvant désormais, grâce à l'opportunité créée avec le G.I.P., parler et se faire entendre en tant que groupe, c'est-à-dire comme force, les détenus ont pu se constituer en véritable contre-pouvoir et émerger dans les débats en tant qu'interlocuteurs valables.

A partir de là, peut-on dire que Foucault, avec son cours de 1973, fait événement ? Deux réponses nous semblent possibles.

Non, dans la mesure où Foucault raconte une histoire, celle de la psychiatrie au XIX^e siècle, ses discours et théories médicales, ses pratiques et les rapports de pouvoir qu'elles met en place, etc. Foucault n'opère donc pas du tout la même démarche qu'en 1971, il ne peut donner le micro ou la plume aux aliénés du XIX^e siècle. D'autre part, Foucault n'a pas fait partie du G.I.A. qui s'est fondé en 1973 (soit la même année que son cours au Collège de France) sur les traces du G.I.P. En ce qui concerne les aliénés de son temps, Foucault n'a donc pas engagé d'action politique.

Par contre, nous persistons : si Foucault n'a pas fait effectivement événement, nous pensons que, par sa démarche (par laquelle il déconstruit la scientificité des discours et des pratiques psychiatriques du XIX^e siècle, et met au jour les rapports de pouvoir constitutifs de cette discipline), Foucault met en place les conditions pour qu'événement se fasse. En effet, en faisant lumière sur un système autoritaire ambivalent, à la fois médical et disciplinaire, dans lequel une catégorie d'individus se trouve enfermée et réduite au silence, Foucault éclaire d'abord une situation intolérable semblable à celle des détenus en prison. Et il souligne la

perversité du système asilaire du XIX^e siècle qui, tout en se prévalant médical, cache sous le couvert de la thérapeutique, des pratiques disciplinaires rudes. D'autre part, Foucault fait lumière sur un jeu subtil du discours où le psychiatre – qui a confisqué le discours au fou dès son entrée à l'asile – interroge tout de même ce dernier et recourt à son discours parce qu'il le faut bien : il en a besoin pour faire valoir son savoir sur la folie. Et nous posons que, en portant éclairage sur cette situation et en assimilant le comportement de Pétronille et d'autres hystériques après elle à une riposte ou à une contre-manœuvre, Foucault les rend visibles et les fait exister comme actrices et acteurs au sein du rapport de forces qui se jouait à l'asile. L'étape suivante de la démarche de visibilité, d'éclairage, serait de la réactualiser aujourd'hui afin de permettre aux aliénés de faire groupe, d'engager la lutte et d'être reconnus comme interlocuteurs valables eux aussi. *Le Pouvoir psychiatrique* devait pouvoir permettre d'ouvrir le champ pour une lutte, ouvrir un espace pour le discours des aliénés et le rendre audible. Alors il y aura événement.

Oui mais, ce que montre Foucault, c'est que la lutte a déjà été engagée par des fous eux-mêmes, au XIX^e siècle, au moment précisément de la cure où le psychiatre recourut lui-même au discours du fou. C'est parce que le psychiatre a tenté de piéger le fou, de l'aliéner et de lui assigner une certaine réalité (celle de la discipline et des rapports de pouvoir ; l'obligation de se soumettre) et une certaine vérité toute-faite, que la folie a contre-attaqué et elle-même piégé le psychiatre en lui imposant la question de la vérité de la folie. Les simulateurs mettent le psychiatre face à – ils révèlent – son incapacité à établir ce qu'il y a de vrai et de réel dans la folie, sa vérité (et sa réalité) pathologique. La simulation, c'est cette double manœuvre de résistance à la psychiatrie – à la fois à son discours et à son pouvoir – ; c'est cette manœuvre par laquelle le fou met en branle la prétention du psychiatre à détenir la vérité de la folie ; et simultanément, c'est cette provocation par laquelle le fou montre au psychiatre qu'il ne lui est pas totalement aliéné, que le psychiatre n'a pas totalement prise sur lui. Tu peux bien posséder mon corps, tu peux bien maîtriser ma force physique, dit le fou au psychiatre, mais tant que tu auras besoin de moi, tant que tu auras besoin que je parle pour te faire exister comme médecin, tu seras toi-même soumis à ma volonté et ainsi je te résisterai, ainsi je ne te serai pas aliéné, ainsi je continuerai à être moi, un sujet et un opposant à ta volonté. La simulation, et c'est ce sur quoi Foucault fait lumière, c'est un espace de liberté que s'arrogue le fou et par lequel il « fait la nique » au psychiatre, tel l'irréductible gaulois qui résiste encore et toujours à l'envahisseur romain.

C'est ainsi que Foucault en vient à établir la simulation comme l'anti-pouvoir des fous, et l'acte de Pétronille comme l'acte fondateur de la lutte asilaire puisque, après elle, toute une série de folles et de fous ont engagé la lutte. C'est à partir de la ruse de Pétronille, la contre-manceuvre d'une hystérique, que s'est enclenché un immense processus de lutte dans l'histoire de la psychiatrie – processus qui mena, à la fin du XIX^e siècle, à la crise de la psychiatrie (avec la révélation que Charcot produisait lui-même l'hystérie qu'il prétendait soigner), puis à l'émergence des mouvements antipsychiatriques dans la seconde moitié du XX^e siècle.

On peut dire dès lors que, d'une certaine façon, l'événement fut déjà fait en psychiatrie, au XIX^e siècle, grâce aux hystériques puisqu'une lutte a déjà été engagée. Et si le geste de Foucault dans *Le Pouvoir psychiatrique* est bien celui d'éclairer une certaine situation d'enfermement, une pratique et des rapports de pouvoir, et de mettre au jour les résistants, les acteurs de la riposte, réactualisant ainsi la lutte, c'est peut-être que, après l'acte inaugural des hystériques au XIX^e siècle, leur combat a été récupéré par les mouvements de l'antipsychiatrie. Ceux-ci, bien que s'établissant en opposition au système et au pouvoir asilaire et en donnant un nouveau souffle « humaniste », si on veut, à la psychiatrie, n'a pas pour autant libérer le discours des fous – en parlant au nom de, on continue de monopoliser la parole et de la confisquer. Avec les mouvements antipsychiatriques, la lutte a été récupérée et peut-être bien sortie de l'asile alors que les aliénés, eux, y sont restés. *Quid* de leur situation maintenant ? Et c'est ainsi que l'on pose que le geste de Foucault – son cours au Collège de France – est bien un geste politique parce qu'il fait lumière sur une catégorie d'individus que l'on a peut-être bien oubliée.

BIBLIOGRAPHIE

Textes et ouvrages de Michel Foucault :

Maladie mentale et psychologie, Paris, PUF (coll. « Quadrige »), 2010.

« Préface », in *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Librairie Plon, 1964.

Histoire de la folie à l'âge classique, Paris, Gallimard (coll. « Tel »), 2017.

Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical, Paris, PUF (coll. « Galien »), 1972.

L'ordre du discours. Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970, Paris, Gallimard/NRF, 2002.

« Nietzsche, la généalogie, l'histoire », in *Hommage à Jean Hyppolite*, Paris, P.U.F. (coll. « Epiméthée »), 1971, pp. 145-172. [*Dits et écrits. 1954-1988*, I, Paris, Gallimard, 1994, n° 84, pp. 1004-1024.]

Le Pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974, Paris, EHESS/Gallimard/Seuil (coll. « Hautes Etudes »), 2003.

Les Anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975, Paris, EHESS/Gallimard/seuil (coll. « Hautes Etudes »), 1999.

Surveiller et punir. Naissance de la prison, Paris, Gallimard (coll. « Tel »), 2016.

Autres références :

BÉCLARD, P.-A., *Anatomie pathologique. Dernier cours de Xavier Bichat*, Paris, Baillière, 1825. [Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France.]

CASTEL, R., *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les Editions de Minuit (coll. « Le sens commun »), 2016.

ERIBON, D., *Michel Foucault (1926-1984)*, Paris, Flammarion, 1989.

GROS, F., *Michel Foucault*, Paris, PUF (coll. « Que sais-je ? »), 1996.

JANVIER, A., « Le Groupe d'Information sur les Prisons : La philosophie politique à l'épreuve de l'événement », prononcé lors de la journée d'étude « Qu'est-ce qu'un groupe ? », organisée par le Groupe belge d'Etudes Sartriennes, le 23 février 2007, à l'Université de Liège.
https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/211660/1/Antoine_Janvier_GIP.pdf

LEGRAND, S., *Les normes chez Foucault*, Paris, PUF, 2007.