

Soucieuse de soutenir le développement de la clinique infirmière, *Santé Mentale* vous propose chaque trimestre une rubrique intitulée « *Chercheurs de savoirs* » afin de diffuser des articles intéressants la clinique et la recherche. Certains feront débat et susciteront des critiques que nous espérons nombreuses et argumentées pour alimenter une clinique infirmière plurielle et vivante.

EXCLUSIVITÉ DE PUBLICATION

Les manuscrits soumis à la revue ne doivent pas avoir fait l'objet d'une publication antérieure. Ils ne doivent pas non plus avoir été proposés ou acceptés pour publication dans une autre revue ou ailleurs. Cependant, exceptionnellement, *Santé mentale* acceptera de publier un texte déjà publié dans une autre revue ; par exemple : si cette revue est peu accessible et que le sujet est très pertinent pour les sciences infirmières. Dans cette situation, l'auteur devra avoir les autorisations requises de publier à nouveau le texte par le titulaire du droit d'auteur.

ARBITRAGE DES TEXTES

Lorsqu'un manuscrit est confié à *Santé Mentale* aux fins de publication, il est soumis à l'approbation du Comité de lecture mis en place spécifiquement pour la rubrique « *Chercheurs de savoirs* » et qui accueille des infirmiers cliniciens et chercheurs :

- **Philippe Delmas**, inf., Ph. D, Professeur d'université associé à l'UQAR (Québec), cadre expert Mission Recherche et Développement, Hôtel-Dieu (AP-HP), Paris.
- **Dominique Friard**, infirmier de secteur psychiatrique, Centre de santé mentale Hélène-Chaigneau, Gap (05) ;
- **Dave Holmes**, inf., Ph. D, Professeur titulaire, école des sciences infirmières, Université d'Ottawa, Canada ;
- **Sylvie Noiseux**, inf., Ph. D, Professeur adjoint, faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec ;
- **Nicole Ouellet**, inf., Ph. D, Professeur agrégé, campus de Rimouski, Québec, directrice de publication de la revue en ligne « *L'infirmière clinicienne* » ;
- **Anne-Marie Pronost**, inf., Ph. D, Professeur d'université associé, présidente de l'UFRSI, DSI-DRH, clinique pasteur, Toulouse (31). Les membres du comité de lecture doivent fournir leur compte rendu et recommandations (acceptation, acceptation avec certaines conditions ou rejet du manuscrit) dans un délai de quatre semaines. La rédactrice en chef de *Santé Mentale* informe l'auteur des évaluations. Ce processus peut nécessiter plusieurs semaines. Si la décision est favorable, le comité peut proposer des corrections que l'auteur effectuera dans des délais raisonnables. Au moment de l'envoi de la dernière version du manuscrit, l'auteur doit inclure une déclaration de propriété et de cession de droits d'auteur.

CINQ TYPES DE MANUSCRITS PEUVENT ÊTRE PRÉSENTÉS À SANTÉ MENTALE

1. L'article de recherche

Ce type d'article fait état des résultats d'une recherche en sciences infirmières. L'article n'a pas fait l'objet d'une publication dans une autre revue. Il doit présenter une réflexion suffisamment poussée et appuyée par une problématique clairement définie ainsi que par une argumentation solide. Il doit présenter la méthodologie utilisée, les résultats obtenus ainsi qu'une discussion de ceux-ci. Il doit mettre en évidence l'incidence des résultats sur la pratique et la recherche.

2. La revue critique des écrits

La revue critique des écrits fait état des connaissances dans un domaine particulier en sciences infirmières. Elle apporte des éléments nouveaux ou traite d'un sujet sous un nouveau jour ou réalise une critique sur l'état des connaissances et donne des pistes d'orientation sur le développement de ces connaissances.

3. L'article clinique

L'article clinique est un texte de fond traitant de la pratique et des nouveautés cliniques en sciences infirmières. Cet article est issu de la pratique et doit mettre en évidence des projets, interventions infirmières, technologies récentes ou autre en tenant compte des développements scientifiques et technologiques.

4. L'article de réflexion

Ce type d'article présente une réflexion de fond sur une situation, un problème, une idée ou un concept ou une théorie. Il peut traiter aussi d'une question d'ordre philosophique ou épistémologique en lien avec la discipline infirmière.

5. L'article méthodologique

Ce type d'article traite de problématiques d'ordre méthodologique rencontrées dans la recherche en sciences infirmières. Elle apporte un regard nouveau sur une méthode, un devis de recherche, une analyse statistique...

Les articles ne doivent pas excéder 25 000 caractères (espaces et bibliographie compris).

Ces recommandations sont empruntées à l'Infirmière clinicienne ; en savoir plus sur : <http://revue-inf.uqar.ca>



De par sa mission de diffusion des savoirs et le partage des pratiques infirmières en français, le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone est fier de parrainer la rubrique *Chercheurs de savoirs* ; www.sidiief.org

La citoyenneté des malades mentaux

La citoyenneté des malades mentaux recèle des particularités liées à l'histoire de la maladie mentale et de sa prise en compte par la société. L'occasion de revisiter ce concept en compagnie des penseurs qui l'ont porté et de relativiser cette promesse émancipatoire.

Le concept de citoyenneté suscite un regain d'intérêt depuis les années 1990. À la base de cet engouement se situent les efforts de démocratisation qui caractérisent le monde actuel, illustrés notamment par la *Déclaration universelle des droits de l'homme* de 1948. Le présent article vise à examiner ce concept et à dégager la portée de l'expérience citoyenne des personnes atteintes de troubles mentaux.

DE LA FOLIE À LA MALADIE MENTALE

Dans son ouvrage *Histoire de la folie à l'âge classique*, Foucault (1972) retrace les débuts de l'exclusion sociale des fous depuis la fin du Moyen Âge. Il utilise l'histoire des lépreux pour débiter son analyse et évoque les pratiques qui ont institué la mise à l'écart systématique des indésirables sociaux, par peur de la contagion, de la perversion, de la souffrance et de la mort. Les « fous » représentaient également une figure redoutable qu'il convenait d'écarter, notamment en les embarquant de force à bord de navires, afin de les abandonner sur des terres éloignées (Foucault, 2002). La folie fait naître dans l'imaginaire des figures angoissantes, telles que la dépravation, la

Amélie PERRON*
Dave HOLMES**

*Inf., PhD, professeure adjointe
École des sciences infirmières

Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

** Inf., PhD, professeur titulaire
École des sciences infirmières

Faculté des sciences de la santé,
Université d'Ottawa Canada



Stocklib © Andrejs Pildjass

violence et Satan (Foucault, 2002). La folie est le vide de la raison. Elle ne se définit qu'à travers cette dernière qui lui sert de contrepartie. Foucault (1972) exprime ainsi la relation qui unit ces deux concepts : « *La folie devient une forme relative à la raison, ou plutôt folie et raison entrent dans une relation perpétuellement réversible qui fait que toute folie a sa raison qui la juge et la maîtrise, toute raison sa folie en laquelle elle trouve sa vérité dérisoire (p. 41).* » C'est à l'âge classique que l'institution remplace l'embarcation errante des fous. L'hôpital constitue la nouvelle terre d'accueil de ces expatriés, avec, en 1656, la fondation de l'hôpital général de Paris.

cal (Foucault, 1972). La folie sort d'un cadre de référence religieux puis social (anthropologique) pour s'inscrire finalement dans un cadre médical (Foucault, 1972). Le médecin devient la seule autorité légitime capable de reconnaître, de diagnostiquer et de traiter la folie, un spécialiste sur l'expertise duquel se fonde une prise en charge objective institutionnelle et, de façon plus large, sociale. La médicalisation de l'asile a fait de celui-ci « *un lieu éminemment politique* » (Gauchet et Swain, 1980, p. 127). La ségrégation des malades mentaux constitue encore un mode d'intervention commun en psychiatrie. L'enfermement au sein d'institutions spécialisées permet d'opérer

illustrent clairement la portée du regard psychiatrique dans toutes les dimensions de la personne et montrent dans quelle mesure la visibilité de cette dernière s'en trouve amplifiée au profit des divers régimes (médicaux, sociaux, bureaucratiques) qui régissent les circonstances de son internement, de son traitement et de son intégration dans la communauté.

L'INVENTION DU RISQUE ET SA PRÉVENTION

Si l'histoire sociale du patient permet d'intensifier l'exercice médical psychiatrique sur la personne toute entière, c'est notamment grâce à un autre processus qui s'opère en parallèle, à savoir l'examen et la catégorisation du risque. Le risque lié à la maladie mentale doit être décrit, analysé et quantifié. Des qualificatifs tels que « à risque », « en situation de précarité », ou « vulnérable » concentrent sur la personne des structures de surveillance sociale, par exemple, sous la forme d'études et d'analyses statistiques. Le sujet dépourvu de « raison » devient une entité reconstruite dans une logique de risque selon un rationalisme de prévention biopolitique (Castel, 1991). Il n'est plus besoin de manifester de dangerosité concrète mais plutôt d'arborer des caractéristiques propres à un « profil » déduit des activités de surveillance. Ces activités suggèrent la possibilité d'un risque par le biais d'une combinaison complexe de facteurs abstraits reconduits comme « facteurs de risque ». Selon Castel (1991), le fait de passer de la prévention du danger à la surveillance des risques permet de multiplier les possibilités d'intervention sociale (et médicale) par une généralisation abstraite d'éléments intangibles : « *Au nom du mythe de l'éradication absolue du risque, [les idéologies modernes] ont construit une masse de nouveaux risques qui constituent autant de nouvelles cibles d'interventions préventives.* » (p. 289, traduction libre.) Ainsi s'est édifié tout un dispositif de contrôle social qui fonctionne selon une logique hyperrationaliste et dont le moteur principal oscille entre la peur et l'insécurité (Castel, 1991). Une telle économie est soutenue par un pragmatisme inflexible trouvant écho dans cette rationalité hypertrophiée. Foucault (2002, 2003) s'est particulièrement intéressé aux effets de pouvoir opérant au sein des institutions dites disciplinaires. Selon lui, l'ère moderne se caractérise par le déploiement de nouveaux régimes de pouvoir/savoir qui se sont distingués des régimes anté-

“ **L'expérience citoyenne est restreinte pour ceux qui n'entrent pas dans le moule du sujet rationnel, pensant, autonome et universel.** ”

L'hôpital offre le substrat idéal à l'étude de la folie en concentrant entre ces murs ceux qui en sont affligés. Les traitements sont grossiers et impliquent couramment la pose d'entraves enchaînant les patients aux murs, car la folie rappelle les aberrations de la bestialité (Foucault, 1972). Ce n'est qu'après la Révolution que sont repensées les structures de prise en charge des insensés, notamment par le biais de la *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* qui énonce les principes de liberté des individus (Russ, 1979). Des maisons d'internement sont créées et cette mise à l'écart sociale doit permettre la reconduction d'une intervention thérapeutique car « *l'aliéné est l'homme à changer* » (Gauchet & Swain, 1980, p. 128). Rapidement, les asiles deviennent des organisations complexes chargées de ramener le fou à la raison, car l'institution asilaire est habilitée à « *se saisir des âmes et à les gouverner* » (Gauchet & Swain, 1980, p. 129). Au sein de l'asile, la raison fait figure de pouvoir et constitue la matière première de l'enfermement.

LA MÉDICALISATION DE LA FOLIE

Pinel réalisera les desseins thérapeutiques des asiles à la fin du XVIII^e siècle, sous la bannière d'un projet d'humanisation des institutions psychiatriques. L'asile se transforme ainsi en un véritable territoire médi-

cal (Foucault, 1972). La folie sort d'un cadre de référence religieux puis social (anthropologique) pour s'inscrire finalement dans un cadre médical (Foucault, 1972). Le médecin devient la seule autorité légitime capable de reconnaître, de diagnostiquer et de traiter la folie, un spécialiste sur l'expertise duquel se fonde une prise en charge objective institutionnelle et, de façon plus large, sociale. La médicalisation de l'asile a fait de celui-ci « *un lieu éminemment politique* » (Gauchet et Swain, 1980, p. 127). La ségrégation des malades mentaux constitue encore un mode d'intervention commun en psychiatrie. L'enfermement au sein d'institutions spécialisées permet d'opérer

une autre forme d'exclusion qui veille à retirer de la vie publique ceux dont la participation est jugée déficiente, coûteuse et possiblement risquée. L'asile a fait l'objet de nombreux écrits, mais nous considérons que les travaux de Goffman (1998) demeurent une ressource incontournable à la compréhension des institutions asilaires en tant qu'espace d'exclusion sociale, culturelle, économique et politique. Son étude minutieuse met en lumière les conséquences considérables de la rupture sociale causée par l'enfermement psychiatrique. Le regroupement des malades mentaux à l'asile permet la mise en commun et le traitement plus ciblé de symptômes de même que l'examen de faits cliniques tels que la réponse aux thérapies. Il concrétise également l'examen du patient en tant que cas social. Selon Gerhardt (1989), cela permet de considérer le patient sous des aspects jusque-là délaissés et ainsi de multiplier les sphères tombant sous contrôle médico-clinique : « *Le patient est maintenant devenu (...) une personne qui engage l'entièreté de son identité auparavant négligeable sur le plan clinique. À travers l'incorporation de ces aspects personnels (...) la portée du contrôle médical se trouve considérablement amplifiée (p. 325, traduction libre).* » Les taxonomies telles que l'ICD-10 (International Classification of Diseases) ou le DSM (Diagnostic and Statistical Manual)



Stocklib © Pavel Losevsky

rieurs par des formes inédites de contrainte sociale et politique. L'hôpital psychiatrique s'inscrit dans cette optique de contrôle social en reproduisant des mécanismes (sociaux, médicaux, administratifs) de régulation fondamentalement déterministes (Foucault, 1972). L'interné se voit donc contraint de soumettre sa volonté à celle des soignants, tout particulièrement du médecin (Russ, 1979), au nom d'une nouvelle moralité.

HUMANITÉ OU CONTENTION

La critique foucauldienne de la psychiatrie se heurte à l'analyse de Gauchet et Swain (1980). Ces deux auteurs estiment en effet que l'émergence d'un discours psychiatrique « moderne » a engendré une multitude de pratiques et de traitements visant à arracher la folie à l'inconnu et à lui rendre un visage humain. Bien que l'internement des aliénés en des lieux isolés ait été le fruit d'un désir d'exclusion croissant à l'époque, il n'en demeure pas moins, selon ces auteurs, que cela a permis de théoriser la

folie, de l'investiguer, et de la traiter en concordance avec les principes de la moralité. C'est lorsque le malade mental devient objet d'investigation que s'impose la part inaliénable de sa subjectivité (Swain, 1977). Gauchet et Swain (1980) réfutent les traitements du malade mental en tant qu'entreprise d'exclusion ou de répression, mais estiment plutôt que la psychiatrie a permis de civiliser ces traitements et de ramener l'aliéné dans la sphère de l'humanité, en mettant fin aux pratiques moyenâgeuses telles que la saignée. Selon eux, l'asile est donc devenu un véritable lieu de la démocratie s'inscrivant logiquement dans le projet libéral occidental. Foucault (1972), sans minimiser les intentions de Pinel, estime que l'œuvre du célèbre médecin a plutôt induit des effets pervers, et même violents, au moyen d'une forme de contention plus subtile et plus définitive. Il perçoit dans l'entreprise de la raison un effet de domination qui se traduit par le « grand renfermement ». La souveraineté de la raison n'est donc pas un phénomène objec-

tif et neutre, mais signale plutôt l'avènement d'une forme inédite de violence institutionnelle (Foucault, 1972). Au lieu d'un dialogue véritable entre la raison et la folie, se cristallise l'ascendance irréfutable de la première sur la seconde (Foucault, 1972). Les perspectives de Foucault et de Gauchet et Swain, sans être absolument antithétiques, convergent vers un examen de la politique moderne et de la subjectivité. Chacune s'inscrit dans une critique du projet libéral et permet de concilier les notions de maladie mentale, de raison, et de citoyenneté. Il convient ici de préciser ce que l'on entend par citoyenneté et d'en examiner les implications sociales et politiques notamment dans un contexte de maladie mentale.

L'EXPÉRIENCE CITOYENNE

Les écrits qui traitent de la citoyenneté sont pour la plupart publiés en sociologie (voir par exemple De Munck et al, 2003 ; Marinetto, 2003 ; Turner, 1990, 1993). Cependant, la citoyenneté a également été

examinée dans d'autres disciplines telles que les sciences infirmières (Hazelton, 1995), l'éducation (Crick, 1998), les études politiques (Lister, 2007), le travail social (George et al, 2003), la médecine et la psychiatrie (Mezzina et al, 2006 ; Sayce, 2000). Les auteurs qui s'intéressent à ce concept s'entendent pour affirmer que la citoyenneté renvoie à un ensemble de droits et de devoirs minutieusement articulés de manière à qualifier l'expérience des individus dans les sphères sociale, économique, politique et juridique. Elle implique un engagement actif dans la vie publique, tout particulièrement dans des contextes localisés (ex : la communauté). Selon De Munck et collègues (2003, p. 4) : « *La citoyenneté ne peut se réduire, dans les sociétés modernes, aux droits de vote et de participation publique. Plus ample, elle constitue le régime élargi des droits et des devoirs de tout membre du corps social, la formule de son intégration, la modalité du*

nouveau lien social (...). Elle est la forme que prend l'intégration sociale dans un régime démocratique. »

Dans les écrits courants, citoyenneté et démocratie vont de pair, alors que sont articulées les pratiques et les représentations de la participation publique, l'inclusion dans une collectivité partageant des aspirations communes, les identités dérivées d'une position particulière dans la matrice sociale qui dépasse les questions liées aux limites territoriales et la répartition de certaines ressources publiques qui assurent protection, subsistance et engagement civique par le biais de services, d'institutions et de pouvoirs formalisés. Nous entendons donc « expérience citoyenne » au sens des conditions, des pratiques et des discours qui modulent la manière dont chacun se perçoit et perçoit les autres et qui définissent la relation entre les individus eux-mêmes, et entre les individus et les différentes structures gouvernementales et étatiques.

Communauté sociale

L'expérience citoyenne repose donc sur les divers dispositifs permettant à un individu de s'engager socialement, économiquement et politiquement, ce qui contribue à produire un certain type de subjectivité citoyenne. La citoyenneté qualifie donc l'inscription au cœur de la communauté sociale. Elle réclame l'action individuelle comme action consciente, autonome et volontaire et la capacité de tout un chacun à disposer de soi-même et à s'accomplir de façon signifiante. L'intention et la raison jouent un rôle fondamental dans ce processus rattaché au progrès social dans les sociétés modernes (Cruikshank, 1999).

Le système libéral démocratique produit des subjectivités en vertu de certains traits – ou critères – désirables qui jouent un rôle historique de régulation de soi. Rose (1996) affirme qu'une éthique de soi émerge des sociétés contemporaines : un soi libre et autonome, compétent et réflexif, qui constitue une mesure grâce à laquelle le sujet se comprend, expérimente et évalue ses



Stocklib © Stanislav Perov

actions, ses choix et ses pratiques. Il va sans dire que les valeurs d'individualité, de liberté, d'identité et d'accomplissement sont à la base des discours actuels sur les manières exemplaires de mener sa vie et de se conduire en société. Ce régime de soi constitue le moteur de la production du soi au point d'obnubiler les contingences historiques qui ont mené à son émergence et de créer une illusion de phénomène « naturel », fixe et incontournable (Rose, 1996). Cet idéal régulateur est à la base de production du sujet citoyen, doté de droits, devoirs et responsabilités en regard de son rôle au sein du collectif.

Responsabilité et régulation de soi

Les devoirs inhérents au statut citoyen engagent le sujet à prendre la responsabilité de ses circonstances de manière à réduire les effets néfastes de celles-ci sur lui-même et, par extension, sur le collectif. Il s'agit d'une prise en charge autonome, d'une régulation de soi qui réduit les risques de maladies ou d'accidents et produit une existence qui n'impose pas de contraintes superflues notamment sur les services sociaux et médicaux. Cette régulation (ce gouvernement de soi, dirait Foucault) implique la manipulation et la transformation des pratiques et des aspirations, qui convergent vers un état de santé physique et mentale optimal et qui réduisent ou éliminent les contre-coups de la maladie, de la vieillesse et de la mort. Au lieu d'une influence extérieure de normes sociales ainsi imposées, se déploie maintenant un régime d'intériorisation des normes couplé à une discipline de soi qui supplémente les dispositifs de surveillance et de normalisation courants.

Le sujet citoyen symbolise un élément pivot de la reconfiguration des relations de pouvoir et permet de réfuter les perspectives traditionnelles d'un exercice vertical du pouvoir. Le citoyen exerce un pouvoir sur sa propre personne, une régulation de soi qui crée l'illusion du sujet souverain plutôt qu'assujéti, uniforme plutôt que disparate, stable plutôt que fragmenté. Les individus « libres » sont au cœur de ces circuits de pouvoir qui organisent et structurent l'expérience de la liberté comme étant inévitable, liée à « *un régime de subjectivisation au sein duquel les sujets ne sont pas "libres de choisir" mais bien obligés d'être libres* » (Rose, 1996, p. 17, traduction libre), obligés d'ériger une identité comme produit de relations de pouvoir et qui résulte d'une négociation permanente entre liberté et conformité aux normes.

Le souci lié à une telle performance (normée) suggère la manifestation d'une « moralité citoyenne » impliquant certaines actions ou certaines dispositions (telles que l'imputabilité, le choix, l'initiative et l'engagement) qui demeurent rattachées au corps collectif. Il s'agit ici de maintenir une conscience universelle à travers l'action individuelle qui amène tout un chacun à se constituer comme un élément social productif et utile plutôt qu'une source de dérive et de complication : « *La réalisation de soi n'est plus un objectif personnel ou privé... C'est une obligation envers la société.* » (Cruikshank, 1999, p. 89, traduction libre.)

La relation qui unit l'individu à l'État se veut un processus réciproque de collaboration et de contribution au progrès. Si l'individu se constitue comme acteur utile et productif, dont les pratiques et les activités enrichissent (tant au sens propre que figuré) l'État qui le gouverne, ce dernier veille en retour à créer des conditions d'existence qui se veulent semblables pour tous (selon le principe d'égalité) et à opérationnaliser des normes garantes de liberté et d'ordre public. L'objectif en est un de sécurité, d'assurance et de prévisibilité des événements de la vie plutôt que le risque, la confusion et le désordre (Ewald, 1986). La notion de citoyenneté, et celle de risque qui l'accompagne, est utile pour mesurer l'ampleur et la portée de la maladie mentale. Selon De Munck et ses collègues (2003, p. 5) : « *C'est dans cet horizon normatif [de la citoyenneté] que se construisent les politiques d'appariement de la science et du pouvoir qui (...) structurent une approche de la folie, du trouble et du handicap. On ne peut comprendre la figure aliéniste de la folie sans la référence à la citoyenneté libérale-démocratique.* »

Il convient de se questionner sur ce qu'il en est de la citoyenneté du malade mental et d'extraire des conceptions actuelles les tensions qui érodent ou contrecarrent son expérience citoyenne.

MALADIE MENTALE ET EXPÉRIENCE CITOYENNE

Les conceptions courantes de la citoyenneté demeurent centrées sur la raison et la pleine capacité à user de ses capacités mentales. Elles supposent une dimension morale de l'expression citoyenne par le biais de certaines actions et dispositions. La présence de ces attributs constitue l'élément-clé de l'expérience citoyenne, ce qui sous-entend leur absence comme étant problématique. Or, une telle absence est couramment accor-

dée à certains groupes marginalisés, tels que les malades mentaux. La dimension morale échapperait donc à ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas s'engager, participer, choisir, s'exprimer et se responsabiliser – en bref, se constituer comme acteur citoyen.

Depuis la désinstitutionnalisation, l'accent est clairement mis sur les soins, services et pratiques dans la communauté, qui constitue le nouvel espace de gouvernement des personnes et de la réalisation (concrétisation) du rôle citoyen (Rose, 1996, 2007) : participation communautaire, implication dans des associations locales, engagement des résidents devenu « engagement citoyen » (Marinetti, 2003) – des activités qui évoquent une certaine moralité et une responsabilisation de soi avérée. La « prise en main » réalisée par ces personnes doit en effet mener à une dépendance réduite envers l'État, dont le rôle devient plus marginal car décentralisé.

La difficile place de consommateur

Tout sujet se voit investi de certains droits et devoirs qui modulent et structurent sa position et son statut en société. Les devoirs typiquement attribués au malade mental sont très clairs, notamment au regard de sa condition clinique, qui commande une gestion minutieuse de soi. Les patients ont la responsabilité de reconnaître et de gérer les symptômes de décompensation clinique. C'est le rôle de malade chronique qu'ils se voient ainsi attribuer, qui les confine dans cet état et ce statut qui précisément sont source de différence, de discrimination et d'exclusion. Ces rôles sont déterminants dans les questions relatives à l'identité qui sont inhérentes à la citoyenneté. Certains droits restent encore à être assurés, notamment en matière d'emploi, d'hébergement, de procréation et de protection contre la violence et la discrimination (Sayce, 2000). La responsabilité de réclamer les services et ressources auxquelles elle a droit place le fardeau des démarches nécessaires sur la personne atteinte de troubles mentaux, reconduite comme client consommateur de services (Hazelton, 2005). Or, implicites dans le titre de consommateur, se trouvent les notions de choix et de consentement difficiles à réconcilier avec l'histoire de la psychiatrie.

Se vivre comme un risque

Outre le rôle de « client », si les rôles conformes de travailleur ou de parent sont aujourd'hui problématisés, cela a amené les malades mentaux dans une sorte de jeu de réinvention continue : « *Une constante*

(in)définition de soi est donc requise des sujets sociaux appelés à combiner, imaginer et à se singulariser plus qu'à se conformer. » (De Munck, 2004, p. 39). Le malade mental s'insère donc dans un régime de services et de droits qui constitue tant une source d'affranchissement que de contrainte, car il confine le malade dans un jeu bureaucratique complexe (De Munck, 2004). Cette complexité provient notamment de la logique de risque et de dangerosité dans lequel le malade mental est cantonné. S'il a la responsabilité d'exprimer son appartenance citoyenne par le biais d'actes performants (ex : retour au travail), il doit également compter avec le fait que sa présence même au sein de la communauté est typiquement construite par divers agents (sanitaires, bureaucratiques ou médiatiques) comme un risque à la sécurité de ses concitoyens et qui appelle un interventionnisme étatique particulièrement ciblé visant à protéger ces derniers de tout danger. Les services publics ont comme mission première de défendre le collectif contre le trouble (potentiel ou avéré) de l'aliénisme et c'est précisément cet aspect qui est à l'origine de la majorité des internements. La psychiatrie classique définit le risque au moyen de l'imprévisibilité (perçue) du malade mental et du danger supposé de ses actions (Castel, 1991). Le risque traduit une spéculation lorsqu'il traite de la maladie mentale. Néanmoins, la dangerosité attribuée au patient est devenue une pathologie, voire un diagnostic en soi qui justifie l'interventionnisme médical (Castel, 1991). Le risque lié à la maladie mentale revêt donc un caractère individuel qui réclame des interventions particularisées même si les personnes atteintes d'un trouble mental sont plus à même de subir des actes violents (ex : viol, agression physique) que de les perpétrer (Hiday et al, 1999).

L'expérience citoyenne est restreinte pour ceux qui n'entrent pas dans le moule du sujet rationnel, pensant, autonome et universel. Bien que les définitions de la citoyenneté se veulent très inclusives, se contentant de s'étendre à tous les sujets indépendamment de leur sexe, race, caste, eth-

nie, et ainsi de suite, il reste que le sujet autonome et rationnel demeure comme mesure étalon, sans pour autant que ne soient pris en compte d'autres éléments constitutifs de la subjectivité (tels que le corps et sa signification) dans la construction du sujet citoyen (Braidotti, 1994). Le sujet citoyen s'impose donc comme mesure universelle alors même qu'il est ancré dans un modèle exclusionnaire de production du sujet, rendant ainsi son projet d'inclusion problématique et incertain.

POUR CONCLURE

La citoyenneté est souvent évoquée dans les campagnes de défense des droits des personnes souffrant de troubles mentaux comme un idéal d'inclusion et de participation communautaire. Le présent article permet de relativiser la promesse émancipatoire de la citoyenneté. Ce concept est particulièrement complexe lorsque discuté dans un contexte de maladie mentale. Sa promesse d'inclusion y prend un caractère bien différent car la citoyenneté signale à la fois un moment d'inclusion et d'exclusion dans une société qui institue les termes (fluides) de l'existence du trouble mental.

Les auteurs désirent remercier les Instituts de recherche en santé du Canada et le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada pour leur soutien financier.

BIBLIOGRAPHIE

- Braidotti, R., *Nomadic Subjects: Embodiment and Sexual Difference in Contemporary Feminist Theory*, Columbia University Press, Cambridge, 1994.
- Castel, R., 1991, From dangerousness to risk, In *The Foucault Effect*, eds G. Burchell, C. Gordon & P. Miller, University of Chicago Press, Chicago, 281-298.
- Crick, B., *Education for citizenship and the teaching of democracy in schools*, Qualifications and Curriculum Authority, London, 1998.
- Cruikshank, B., *The will to empower: democratic citizens and other subjects*, Cornell University Press, Ithaca, NY, 1999.
- De Munck, J., *Folie et citoyenneté*, Sciences humaines, numéro 147, mars, 2004.

- De Munck J., Genard, J.L., Kuty, O., Vrancken, D., Delgoffe, D., Donnay, J.Y., Moucheron, M. & Macquet, C., *Santé mentale et citoyenneté : les mutations d'un champ de l'action publique*, Academia Press, Gent, 2003.
- Ewald, F., *L'État-Providence*, B. Grasset, Paris, 1986.
- Foucault, M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1972.
- Foucault, M., *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Éditions Gallimard, Paris, 2002.
- Foucault, M., *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris, 2003.
- Gauchet, M. & Swain, G., *La Pratique de l'esprit humain*, Gallimard, Paris, 1980.
- George, U., Lee, B., McGrath, S. & Moffatt, K., *Exploring Citizenship in Contemporary Community Work Practice*. *Journal of Community Practice*, 11, 71-86, 2003.
- Gerhardt, U., *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology*, MacMillan Education, London, 1989.
- Goffman, E., *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*, Éditions de Minuit, Paris, 1998.
- Hazelton, M., *Mental health: deinstitutionalization and the problem of citizenship*, *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 4, 103-112, 1995.
- Hazelton, M., *Mental health reform, citizenship and human rights in four countries*, *Health Sociology Review*, 14, 230-241, 2005.
- Hiday, V.A., Swartz, M.S., Swanson, J.W., Borum, R. & Wagner, H.R., *Criminal Victimization of Persons With Severe Mental Illness*, *Psychiatric Services*, 50, 62-68, 1999.
- Lister, R., *Inclusive Citizenship: Realizing the Potential*, *Citizenship Studies*, 11, 49-61, 2007.
- Marinetto, M., *Who Wants to Be an Active Citizen? The Politics and Practice of Community Involvement*, *Sociology*, 37, 103-120, 2003.
- Mezzina, R., Borg, M., Marin, I., Sells, D., Topor, A. & Davidson, L., *From Participation to Citizenship: How to Regain a Role, a Status, and a Life in the Process of Recovery*, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 39-61, 2006.
- Rose, N., *Inventing Our Selves : Psychology, Power, and Personhood*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996.
- Rose, N., *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton University Press, Princeton, NJ, 2007.
- Russ, J., *Histoire de la folie. Michel Foucault : analyse critique*, Hatier, Paris, 1979.
- Sayce, L., *From Psychiatric Patient To Citizen: Overcoming Discrimination and Social Exclusion*, St. Martin's Press, New York, 2000.
- Swain, G., *Le sujet de la folie : naissance de la psychiatrie*, Privat, Toulouse, 1977.
- Turner, B., *Outline of a theory of citizenship*, *Sociology*, 24, 189-217, 1990.
- Turner, B., *Citizenship and social theory*, Sage Publications, London, 1993.

Résumé : Le concept de citoyenneté est souvent évoqué pour illustrer la situation précaire de nombreuses personnes souffrant de trouble mental. Le présent article s'intéresse à l'articulation de ce concept avec celui de maladie mentale, et à examiner les implications de l'expérience citoyenne pour les personnes atteintes de trouble mental.

Mots-clés : Histoire de la psychiatrie – Étude critique – Citoyenneté – Démocratie – Droit de la personne – Malade mental – Subjectivité.