

Émancipation, soin et relations conditionnantes

« *Entre qualité des soins et management de l'hôpital de jour : résoudre le paradoxe par une démarche éthique* » est le titre que les organisateurs ont octroyé à ma communication.

Je voudrais opérer un double déplacement par rapport à ce titre : je ne suis pas bien armé pour parler de la tension entre la « *qualité des soins* » et le « *management de l'hôpital de jour* », n'étant ni médecin ni sociologue du management. En revanche, m'intéresse beaucoup la question de la place du soin dans la société d'aujourd'hui.

Comme philosophe, ma « *démarche* » est moins « *éthique* » que « *politique* » - non pas au sens de la politique des partis, mais de l'organisation globale de la société, de la délibération collective sur le monde qui nous entoure.

Je vais donc plutôt essayer de répondre à l'objectif qu'on trouve dans le dernier paragraphe de l'argumentaire de ce colloque : « *Dans un contexte où la société, volontiers ambivalente, met en cause nos pratiques, il nous appartient de mieux préciser et défendre les repères scientifiques, cliniques, théoriques... et politiques sur lesquels elles reposent* ».

De l'éthique à la politique

Qu'est-ce qu'une « *démarche éthique* » ? Classiquement, l'éthique est la formulation et, si possible, la résolution des conflits de valeur - qui peuvent prendre la forme soit d'un conflit entre la poursuite d'une valeur et les contraintes du réel (par exemple entre la qualité des soins et le management d'un hôpital), soit d'un conflit entre deux valeurs (par exemple entre l'autonomie d'un patient et la sécurité de ses proches et de la société).

Une distinction fondamentale est celle entre « *éthique de la conviction* » et « *éthique de la responsabilité* » (distinction forgée par le sociologue allemand Max Weber) : alors que l'éthique de la conviction me commande d'agir selon ma conscience, d'être fidèle aux principes moraux que j'estime fondamentaux, l'éthique de la responsabilité, elle, me commande d'agir en tenant compte des conséquences prévisibles de mes actions, et par conséquent de ne pas utiliser n'importe quel moyen pour parvenir à mes fins. Les deux cas de conflit identifiés

plus haut peuvent être formulés en termes de tension entre éthique de la conviction et éthique de la responsabilité. Toute éthique est un équilibre entre les deux pôles, car bien sûr tout le monde voit bien qu'une « *pure* » éthique de la conviction mène à l'intolérance et au fanatisme, comme une « *pure* » éthique de la responsabilité, à l'opportunisme et au technocratisme.

Mais surtout : l'articulation des deux sortes d'éthiques - de la conviction et de la responsabilité - sera plus ou moins difficile selon que les objectifs politiques, collectifs, seront clairement définis. Si une loi fixe des objectifs clairs aux institutions psychiatriques (ou si les objectifs définis dans la loi sont réellement ceux poursuivis par le pouvoir politique), alors les moyens pour y parvenir sont plus aisément identifiables. Cependant, si les objectifs sont flous (ou si les objectifs énoncés ne sont pas ceux réellement poursuivis), les acteurs de terrain vont se trouver constamment tiraillés entre leurs convictions et leur sens des responsabilités. Ainsi, si le politique dit qu'il favorise la désinstitutionnalisation des malades mentaux au nom de l'autonomie du patient, alors qu'en fait il est surtout intéressé à désengorger les institutions pour des raisons budgétaires, l'objectif n'est pas clair et mettra inmanquablement les acteurs en difficulté.

Le recours massif à l'éthique dans toutes sortes de milieux professionnels est donc avant tout symptomatique d'une société qui n'est pas au clair avec ses objectifs et ses valeurs. En l'absence de finalité politique commune et démocratiquement débattue, les différentes institutions (hôpital, prison, école, presse d'information, etc.) sont sommées de définir elles-mêmes leurs propres fins, et de mettre en place des dispositifs spécifiques de règlement des dilemmes éthiques. D'où la prolifération des codes de déontologie, des chartes éthiques et des comités d'éthique dans tous les champs professionnels ou presque.

Il ne faut certainement pas renoncer à la « *démarche éthique* », mais être conscient de son ambivalence (pallier l'absence d'objectifs politiques clairs), et toujours faire le lien avec une « *démarche politique* ». C'est dans cette perspective que

j'ai élaboré une opposition entre un pôle « *clinique* » et un pôle « *critique* » de l'éthique. L'éthique clinique, c'est la résolution de dilemmes éthiques - dilemmes qui provoquent parfois, chez les acteurs, de véritables souffrances psychologiques. L'éthique est ici fixée sur le particulier. Tandis que l'éthique critique, c'est la réflexion que l'on mène, à partir des mêmes dilemmes éthiques, sur l'institution elle-même - tel hôpital de jour, telle prison, telle école, mais aussi plus globalement sur l'institution psychiatrique en général, l'institution pénitentiaire en général, l'institution scolaire en général, etc.

L'éthique clinique est donc un art du singulier, une sorte de thérapeutique morale, tandis que l'éthique critique vise la modification du contexte de l'action, dans une optique que l'on peut dire « *politique* ». Or, la tendance dominante de l'éthique appliquée est de privilégier le pôle clinique, voire de gommer la dimension critique de réflexion sur le contexte, sur l'institution elle-même. L'éthique ne fait alors qu'accentuer l'éclipse, le refoulement du politique qui a l'origine de son émergence. C'est une orientation fâcheuse, car elle tend à faire de l'éthique, dans certains cas limites, un simple instrument de management, de gestion du stress des acteurs. Je ne nie pas la nécessité du management, mais je m'inquiète que l'éthique s'y réduise.

Il est essentiel que la dimension critique reste présente à l'horizon de toute réflexion éthique, pour la raison évidente que toute institution est traversée par des rapports de force et de domination qui ne résultent pas seulement des volontés des individus, mais qui sont induits par les structures sociales et institutionnelles elles-mêmes. Ces rapports de force et rapports de domination doivent aussi être pensés, réfléchis, mis en débat. En se focalisant sur les problèmes de conscience des acteurs, l'éthique a tendance à occulter la dimension politique qui leur est sous-jacente - c'est-à-dire le fait qu'un hôpital (même de jour) est un dispositif de pouvoir sur des individus (sur les patients, mais aussi sur le personnel, y compris l'encadrement), dispositif qui en rapport étroit avec la réalité socio-économique. Vos patients ne sont pas seulement des individus atteints de troubles « *objecti-*

vables” ; c’est aussi une population qui correspond statistiquement à certains profils socio-économiques et socio-culturels. L’éthique doit intégrer ces réalités pour façonner des acteurs qui soient des acteurs critiques, c’est-à-dire des acteurs conscients des conditions dans lesquelles ils travaillent. J’appelle acteur critique un sujet capable de modifier le contexte de son action, et non pas de s’y adapter de manière fataliste ou instrumentale. C’est pourquoi, selon moi, il est désastreux de couper le questionnement éthique de sa dimension politique.

La visée normative : l’émancipation.

Ceci étant posé, la première réflexion à avoir sur le plan de l’éthique critique est d’identifier quelle est la visée normative que l’on entend poursuivre : quel est l’objectif final que poursuit la psychiatrie dans un hôpital de jour ?

Partons de la valeur sans doute la plus fondamentale dans notre société : l’émancipation. C’est une vieille idée, qui remonte au droit romain : l’*emancipatio* était la levée d’une mainmise (*mancipatio*) exercée sur un sujet par une autorité - levée de la mainmise d’un père sur son fils, d’un maître sur un esclave. Il y a aussi, plus tard, une “émancipation” religieuse, chrétienne, par laquelle Dieu « libère » les hommes de leurs péchés et leur accorde le salut. On voit bien que par rapport à ces deux formes d’hétéro-émancipation, “notre” émancipation moderne est, elle, par contraste, une auto-émancipation, non plus octroyée par un pouvoir transcendant à un sujet assujéti et passif, qui la reçoit d’en haut, mais la conquête active d’un sujet, « un acte en première personne, un acte de soi par lequel ce soi se constitue en sujet actif », une « émancipation de soi par soi, position de soi par soi » qui se dit aussi « libération », « autonomie », « raison ».

La formulation en quelque sorte canonique de cette auto-émancipation se trouve chez Emmanuel Kant, qui définissait ainsi « les Lumières » : « la sortie de l’Homme de sa minorité, dont il porte lui-même la responsabilité. La minorité est l’incapacité de se servir de son entendement sans la direction d’autrui, minorité dont il est lui-même responsable s’il est vrai que la cause en réside non dans une insuffisance de l’entendement, mais dans un manque de courage et de résolution pour en user sans la direction d’autrui. Sapere aude, « aie le courage de te servir de ton propre entendement », telle est la devise des Lumières ». Kant, paisible professeur d’université de province, était néanmoins assez subversif pour désigner nommément les trois tutelles qui maintenaient à l’époque les individus dans la

“minorité” : le banquier, le prêtre et l’officier, autrement dit les trois formes de domination institutionnelles caractéristiques de l’Ancien Régime : les privilèges, l’Eglise et l’aristocratie.

Mais dans la foulée de la Révolution, dès le XIX^{ème} siècle, ce sont les institutions démocratiques elles-mêmes (justice, école, hôpital, famille, industrie, etc.) qui vont s’avérer porteuses d’une ambivalence fondamentale : d’un côté, elles sont des institutions de la « modernité », de la démocratie, des droits de l’homme, sur lesquelles s’appuient les politiques de libération ; d’un autre côté, ces mêmes institutions érigent l’homme (mâle) blanc, propriétaire, rationnel en étalon de l’émancipation, et rejettent dans les marges la femme, le colonisé, le prolétaire et ... le fou, nouvelles figures de la “minorité”, objet elles de politiques de normalisation et de ségrégation.

Le père de la psychiatrie moderne, Philippe Pinel, est de ce point de vue exemplaire : pétri d’une confiance anthropologique « rousseauiste » dans le potentiel de rationalité, même très altéré, du malade mental, il plaide pour sa libération et l’humanisation de son traitement ; mais d’un autre côté, il remplace l’entrave physique par le conditionnement moral et “l’objectivation” scientifique, avec comme conséquence la mainmise de la médecine sur le malade mental dans des institutions d’enfermement que sont les asiles.

Vous connaissez tous, mieux que moi, cette histoire, et l’évolution des institutions psychiatriques de Pinel et Esquirol jusqu’à Jean Oury et l’hôpital de La Borde, et tous les efforts qui ont été faits pour réduire autant que possible la contradiction entre une éthique humaniste, libérale et rationalisatrice et l’existence d’institutions de ségrégation et de coercition.

Je voudrais quant à moi plutôt pointer une évolution à un autre niveau, plus “sociétal” - évolution qui me semble décisive, entre les années (disons) 60-70 et aujourd’hui, au sujet de ce qui “nous” apparaît comme faisant obstacle à l’émancipation. Qu’est-ce qui asservit, aliène les individus ? Qu’est-ce qui les fait souffrir ? Qu’est-ce qui empêche leur autonomie, leur épanouissement ? Réfléchir aux conditions de possibilité d’une civilisation ou de l’émancipation des individus, c’est réfléchir à leurs conditions d’impossibilité, aux formes que peuvent prendre l’aliénation, la barbarie, la décivilisation. Or l’évolution m’apparaît la suivante : alors qu’il y a 40 ou 30 ans, la décivilisation, la désémancipation étaient associées à l’assujettissement, aujourd’hui elles me semblent davantage associées à la vulnérabilité. C’est une inflexion, parce que dans

les deux cas, on retrouve l’idée de dépendance ; mais c’est une inflexion importante, qui explique, je crois, l’accent mis aujourd’hui sur le soin (bien au-delà du seul milieu médical).

Mon hypothèse : la société dans laquelle nous vivons est moins une société de l’exploitation et de l’aliénation qu’une société de la destruction - non pas au sens où l’exploitation ou l’aliénation auraient disparu, mais au sens où les enjeux politiques les plus cruciaux aujourd’hui concernent la destruction de nos milieux de vie : destruction de l’environnement, mais aussi de la culture/institutions. Ce qui se trouve de plus en plus menacé de destruction, c’est ce que j’appelle les relations conditionnantes, autrement dit le tissu de relations au monde, aux autres et à nous-mêmes qui rend possible toute existence autonome, émancipée.

La question de l’assujettissement

Ce qui frappe aujourd’hui quand on lit les penseurs des années 60 et 70, notamment ceux qui ont contribué à faire évoluer l’institution psychiatrique (les tenants de l’analyse et de la psychothérapie institutionnelle comme Tosquelles, Oury, Guattari), de l’antipsychiatrie comme Ronald Laing, de la psychiatrie démocratique comme Basaglia, ou encore des auteurs comme Erving Goffman ou Michel Foucault, etc.), c’est qu’ils appréhendent fondamentalement la désémancipation comme un processus d’assujettissement à des structures de pouvoir et des institutions dont le but est de discipliner, contrôler, normaliser les subjectivités. Le pouvoir est appréhendé comme exploitation de l’ouvrier ou du colonisé (sur le plan économique) et comme aliénation de la femme, du jeune, de l’homosexuel, du malade mental sur le plan culturel.

Il me semble que la métaphore qui permet de cerner cette conscience politique est celle de la « cage de fer » (on la trouve à nouveau chez Max Weber) : un carcan physique (murs, horaires, uniformes, camisolés) et symbolique (des « Appareils idéologiques d’État », un « ordre du discours », etc.) qui contraint, réprime, enserme la subjectivité, voire même, comme chez Foucault, qui façonne, produit la subjectivité elle-même.

C’est dans ce contexte idéologique que s’amorce une remise en question plus ou moins radicale de l’institution psychiatrique comme cage de fer, et que nombre de psychiatres vont essayer de faire de l’hôpital l’espace le plus ouvert et le plus démocratique possible, où les rapports de pouvoir ne sont plus imposés mais négociés.

comme des puissances d'existence, de conscience, de volonté, ou, sous l'influence de la psychanalyse (par exemple chez Deleuze ou Guattari), comme des puissances de vie, de désir, d'imagination. Dans tous les cas, l'impératif est de rendre la subjectivité à son indétermination, à sa plasticité originaire contre tout ce qui tend à la contraindre dans une nature, une essence, une fonction, une catégorie. Les luttes sont prioritairement des luttes pour l'autonomie des sujets – notamment des malades mentaux.

“Ce qui frappe rétrospectivement chez ces auteurs “progressistes”, c’est leur indifférence, voire leur hostilité à l’égard des institutions de l’État social pourtant contemporain de la “libération” des sujets “minoritaires” - institutions dont l’objectif est la préservation et la démarchandisation de ce qui est essentiel à l’existence de l’individu (santé, éducation, culture). Pour un Michel Foucault, ces institutions de l’État social relèvent de la « *cage de fer* » normalisatrice. Il forge le néologisme « *biopolitique* » pour désigner ce pouvoir qui discipline les corps et régule les populations, dans le but d’accroître la puissance économique et militaire de l’État et de maximiser la qualité de la force de travail. Michel Foucault est totalement inattentif au fait que la biopolitique est aussi le levier d’une critique sociale (par exemple, des inégalités sociales devant la mort, la maladie physique ou mentale), et un instrument de démarchandisation de l’existence. Il observe les luttes contre la biopolitique, mais pas les luttes pour une biopolitique démarchandisée. Dans un entretien de 1983 avec un leader de la CFDT, il se montre soucieux que les individus aient la possibilité d’échapper au contrôle de l’État social, bien davantage qu’à leur droit inconditionnel à y avoir accès. On le voit inquiet de « *l’effet de mise en dépendance* » des individus, tantôt « *par intégration* », tantôt « *par marginalisation ou par exclusion* », et qui provient du fait que « *nos systèmes de couverture sociale imposent un mode de vie déterminé auquel il assujettit les individus* ». Le discours de l’émancipation est à l’époque un discours « *libéral-libertaire* » qui peut se diriger politiquement dans deux sens : la défense des pratiques “minoritaires”, dissidentes, ou le plaidoyer pour l’initiative privée et l’entrepreneuriat contre la bureaucratie d’État.

La question de la destruction

Aujourd’hui, le discours critique sur la société n’est plus celui-là, et ne peut sans doute plus l’être. À partir des années 80, on a assisté à un tournant néolibéral qui fut une véritable contre-révolution pour

contrecarrer la baisse des profits constatée à partir du milieu des années 60 et pour remarchandiser au maximum le cycle *biopolitique* production/reproduction, et partant l’existence des individus.

Je ne vais pas me lancer dans une analyse des politiques néolibérales. Selon mon analyse, il y a deux périodes. Dans les années 1990 et 2000, un compromis fut encore nécessaire avec les forces politiques sociales-démocrates pour qu’elles acceptent de se “convertir” au néolibéralisme. Ce compromis fût que le pilier central du système (la Sécurité sociale) a été préservé (durant cette période, les dépenses sociales ont continué de progresser) ; mais en contrepartie, le néolibéralisme a pu s’attaquer aux deux autres piliers, avec la « *flexibilisation* » (c’est-à-dire la fragilisation) du droit du travail et la privatisation massive des services publics. Depuis la double crise de la dette 2008-2011, nous sommes entrés dans une seconde phase, avec une véritable fuite en avant du néolibéralisme, une accélération de la financiarisation et de la dérégulation, qui nous fait atteindre aujourd’hui, à l’évidence, un point de rupture, une situation de crise “organique” qui cumule des dérèglements économiques (instabilité financière chronique), sociaux (inégalités croissantes), politiques (ingouvernabilité des États), géopolitiques (conflits, crises migratoires) écologiques (climat, ressources naturelles, etc.).

Le plus important à pointer selon moi tient en deux points.

La critique “libertaire” des institutions a pu nourrir, involontairement et/ou indirectement, l’approche néolibérale de la question sociale centrée sur la responsabilisation des individus. Il y eut combinaison de deux phénomènes. D’une part, centrer la thérapie sur la subjectivité (traiter le patient comme un « *sujet* » et non comme un « *objet* »), valoriser l’autonomie, c’est certes très louable, mais cela a pu aussi contribuer à l’instauration d’un mode de subjectivation qui institue le patient comme responsable de ses comportements de santé. D’autre part, des pressions économiques de plus en plus fortes pèsent sur le système de soins de santé. La combinaison des deux phénomènes, c’est le développement de techniques de soins visant à constituer les patients en usagers efficaces du système de santé, avec comme résultat de faire coïncider individualisation des soins et responsabilisation, voire culpabilisation du patient, dorénavant sommé de contrôler ses comportements, de prévenir ses maladies et de gérer rationnellement ses soins.

A ceux qui essaient d’exercer « *l’éthique critique* », il apparaît que la forme la plus aigüe de domination et de décivilisation

L'AUTEUR

Édouard DELRUELLE

Professeur de philosophie politique à l’Université de Liège

E.Delruelle@uliege.be

BIBLIOGRAPHIE

1. WEBER M., *Le Savant et le Politique* (1919), trad. J. Freund revue par E. Fleischmann et É. de Dampierre, Plon 1959, 10/18, p. 206-207.
2. TOSEL A., *Emancipations aujourd’hui ? Pour une reprise critique*, Les Amis de la Liberté, 2016, p.7.
3. KANT E., « *Qu’est-ce que les Lumières ?* », (1784), in *La philosophie de l’histoire*, trad. Piobetta, Garnier-Flammarion, 1947.
4. FOUCAULT M., « *Un système fini face à une demande infinie* », in *Dits et écrits*, texte n°325, Gallimard Quarto, II, p.1188. Il s’agit d’un entretien de 1983 avec Robert Bono, alors secrétaire national de la CFDT.
5. 6. Ibid., p.1191.
6. DORON C.O., LEFEVE C. & MASQUELET A.-C. (dir.), *Soin et subjectivité*, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, n° IV, PUF, 2011.
7. TRONTO J., *Un monde vulnérable. Pour une politique du care* (1993), trad. H. Maury, La Découverte, 2009, p.13.
8. Ibid., p. 212.
9. LE BRAS H., *Le pari du FN*, Autrement, 2015.

Ce qu’il s’agit ici d’émanciper de la cage de fer, ce sont des subjectivités - qu’on les conçoit, avec l’existentialisme sartrien,

est dorénavant non plus l'exploitation ou l'aliénation, mais la destruction : destruction de l'environnement et de nos milieux culturels de vie, mais aussi destruction psychique des individus, comme en témoignent les phénomènes de souffrance au travail mis en évidence par Ch. Dejours, ou comme on le voit aussi avec les effets très concrets des politiques néolibérales sur l'État social - tel que le glissement progressif de milliers d'individus du système assurantiel (chômage) vers le système assistantiel (RSA), avec une multiplication des contrôles et des sanctions, et du système assistantiel vers le système d'enfermement (prisons mais aussi Établissements Pénitentiaires pour Mineurs, Unités pour Malades Difficiles, etc.). Nous dirigeons-nous vers une situation comme aux USA, où il y a 7 fois plus de détenus qu'en Europe, et où 1% de la population active se trouve en prison, ce qui fait de cette dernière un véritable instrument de gestion de la pauvreté et de prévention des troubles sociaux (en plus d'être un business très lucratif) ? Nul besoin, j'imagine, de vous rappeler la corrélation forte qui existe entre prison, sans-abrisme et troubles psychiatriques sévères ; ni non plus le nombre croissant de malades mentaux dans les prisons, malgré les clauses d'irresponsabilité pénale pour raison psychiatrique.

Nous devons nous faire une autre image de la décivilisation, de la désémancipation. À la « *cage de fer* », nous devons substituer les ruines, ou les « *eaux glacées du calcul égoïste* » dans lesquelles, disait Marx, tout ce qui était solide (valeurs, traditions, sentiment d'honneur, de dignité) vient se noyer. Envisager l'analyse critique de la société en termes de destruction, davantage qu'en termes d'exploitation ou d'aliénation, nous conduit à centrer notre attention sur la vulnérabilité de l'être humain, davantage que sur son assujettissement, et donc sur le soin à apporter à l'autrui vulnérable, davantage qu'à sa libération des structures de pouvoir existantes.

La question du care

On comprend que la question du soin soit devenue une question politique et philosophique majeure. La philosophe politique américaine Joan Tronto définit ainsi le soin : « *l'activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre monde, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre*

environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie ». Cette définition englobe un large éventail d'activités explicitement « soignantes » (soins médicaux et paramédicaux, nurserie, prises en charge des personnes âgées, etc.) ou qui le sont implicitement (éducation, assistance sociale, protection de l'environnement, etc.). Mais elle vise, plus largement encore, un certain mode de relation au monde, aux autres et à soi-même, qui reconnaisse notre vulnérabilité et notre interdépendance. Contre le mythe d'une autonomie en quelque sorte « originaire » de l'individu, l'éthique du care nous rappelle que « *notre autonomie ne s'acquiert qu'après une longue période de dépendance et (qu') à bien des égards, nous restons dépendants des autres tout au long de notre vie* ». Autrement dit, nous voyons bien que toute autonomie, et partant toute émancipation, reposent sur ce que j'appelle des « *relations conditionnantes* » qui font de chacun de nous, à quelque moment de notre vie, tantôt un prescripteur tantôt un destinataire de soins. Il ne s'agit donc pas d'opposer autonomie et vulnérabilité, mais de reconnaître qu'il n'y a d'autonomie que sous condition de vulnérabilité, et donc de soin, d'attention, de sollicitude.

Nous devons donc changer de lunettes critiques. Si la question majeure est la destruction, alors réparer, perpétuer, conserver devient un acte politique qui s'inscrit dans une politique d'émancipation. Nous devons peut-être opérer un retournement de notre grammaire normative : jusqu'ici, une politique d'émancipation se voyait comme naturellement « anti-conservatrice », en ce qu'elle valorisait l'autonomie, l'indétermination, la plasticité de l'être humain, sa capacité à s'arracher à toute « identité », toute essence. Aujourd'hui, le soupçon pèse sur l'idéologie de l'autonomie ; nous devons envisager positivement, comme une véritable activité politique, l'activité de conserver nos relations conditionnantes, de préserver les attachements d'une personne (sa mémoire, ce en quoi elle croit, ses comportements, ses habitudes, son réseau de sociabilité : famille, voisinage).

Je ne suggère nullement de renoncer à la catégorie d'émancipation au bénéfice de celle de relations conditionnantes, mais de faire des relations conditionnantes la base/condition de toute émancipation. C'est ce qui ressort du reste de l'œuvre immense du sociologue Robert Castel, qui montre que si « *exister comme individu* » consiste bien à avoir la capacité de

développer des stratégies personnelles, cela n'est possible qu'à partir de « *supports d'existence* » conditionnants, sur lesquels peut s'appuyer la possibilité de développer notre « *autonomie* ». Au contraire, quand on est seulement un individu, « *on se fait avoir* », toute relation devient un risque ou un pur rapport de forces. Il utilise le concept de désaffiliation (et non pas d'« *exclusion* ») pour désigner les individus qui ont décroché, insistant bien sur le fait qu'il ne faut surtout pas confondre deux situations : avoir décroché du social et devenir un « *individu* » par défaut d'appartenances sociales, et e détacher du social et devenir un individu par excès d'investissement de lui-même. Le Prix Nobel 2008 a été décerné au Dr Mukwege¹ (surnommé « *le docteur qui répare les femmes* »), un gynécologue qui soigne les femmes victimes de viols et de violences sexuelles dans l'est du Congo (où sévit une guerre épouvantable dont l'enjeu est la mainmise sur les richesses naturelles de la région). Il y a deux choses fondamentales dans ce qu'il dit : que ces femmes ne sont pas seulement physiquement et psychiquement détruites, mais que tout leur milieu de vie, ce qui découle de ce que ces violences n'ont pas fondamentalement pour but d'assouvir l'appétit sexuel des soldats, mais constitue une véritable stratégie de guerre qui fait du corps de la femme un champ de bataille - stratégie dont le but est précisément de détruire les relations conditionnantes de toute existence et de toute vie commune. Dans un tout autre registre, le sociologue H. Le Bras a montré la corrélation très forte qui existe entre le vote FN (Front national) et la destruction des supports sociaux d'existence, dans les régions (le périurbain subi, entre 30 et 70 kms des centres-villes) caractérisées par le chômage, des services publics défaillants (transport, hôpitaux, police), une absence de vie locale. Le vote FN serait moins l'adhésion à une idéologie, ou le simple reflet de la précarité sociale, que le révélateur d'une crise des relations sociales immédiates et des supports premiers d'existence.

Ce changement de lunettes critiques en termes de vulnérabilité, de destruction et de soin présente toutefois un danger : l'« *éthicismation* » et donc la dépolitisation de l'activité de soin. C'est un enjeu particulièrement vif en médecine, où la valorisation du soin peut apparaître comme un moyen de revendiquer, par-delà l'acte technique du praticien, la prise en compte de la subjectivité du malade. Le souci de la personne malade, reconnue comme

¹ Quelques semaines plus tôt, il avait été fait Docteur honoris causa de l'Université de Liège.

sujet de son expérience propre, de sa trajectoire biographique, traduirait une source de retour de la médecine sur sa vocation première. Mais je me méfie, je dois bien le dire, de ces discours qui lient soin et subjectivité pour en faire un retour à l'expérience originaire de la médecine, qui aurait été défigurée par la technique. Je propose quant à moi de déplacer l'enjeu d'une éthique/politique du soin, de la subjectivité en tant que telle vers la relation qui conditionne celle-ci. Ce qu'il s'agit de soigner, c'est le tissu de relations qui, pour le patient atteint de maladies ou de troubles mentaux, comme pour tout sujet, constituent son support d'existence.

J'éprouve logiquement la même méfiance à l'égard d'une « *société du soin* » où l'État prendrait soin de chacun dans sa subjectivité², se mettrait à l'écoute de ses souffrances et de ses plaintes propres. Ce dont nous avons besoin n'est pas d'un État régi par le principe d'attention (ou de précaution), mais d'un État garant des relations conditionnantes à la nature, aux autres et aux institutions démocratiques ; autrement dit d'un élargissement de la citoyenneté sociale aux enjeux écologiques, aux enjeux liés aux migrations et aux diasporas, et aux enjeux de soin. Telle est la perspective dans laquelle je voudrais vous suggérer, sinon de répondre, en tout cas de réfléchir à la question formulée dans l'argumentaire : « *dans un contexte où la*

société, volontiers ambivalente, met en cause nos pratiques, il nous appartient de mieux préciser et défendre les repères scientifiques, cliniques, théoriques... et politiques sur lesquels elles reposent ».

Addenda

I. Par « Etat social », j'entends autre chose que « *l'Etat-providence* » pourvoyeur d'allocations : une « *institution de la démocratie* », comme dit Colette Bec, composée de trois piliers – (1) la sécurité sociale, avec ses branches santé, chômage et retraites, (2) les services publics, dont le plus fondamental est l'école et (3) le droit du travail garant de statuts et de protections pour le travailleur - et de trois dynamiques politiques dites « *keynésiennes* » - (1) la régulation de la monnaie et de l'investissement, (2) la redistribution via les cotisations et l'impôt progressif et (3) la concertation sociale avec, dans de nombreux pays, la gestion paritaire de la sécurité sociale. La visée politique de l'Etat social est anticapitaliste : la démarchandisation des supports d'existence (éducation, santé, culture, etc.) qui conditionnent l'émancipation des individus, par le biais de la socialisation significative de la richesse (40% du PIB), contre sa captation « *privative* » par les marchés. Il substitue ainsi une logique institutionnelle (la loi et la convention collective) à la logique contractuelle (vente et achat de la force de travail), en instaurant ce que T.H. Marshall a appelé une citoyenneté sociale (social citizenship), autrement dit l'exercice de droits sociaux attachés à la seule qualité de travailleur, et désormais indissociables des droits civils et

politiques "classiques" (T.H. Marshall, *Citizenship and Social Classes* (1950), Pluto, 1992).

II. 80% détenus présentent au moins un trouble psychiatrique ; 20% sont atteints de troubles psychotiques, dont 7% de schizophrénie.

III. La perspective politique de Tronto est à la fois féministe et "décoloniale". Tronto déconstruit le cliché de la « *moralité des femmes* » selon lequel celles-ci auraient une plus grande sensibilité morale (écoute, attention aux autres, amour maternel, prévenance) du fait qu'elles sont femmes, alors qu'en fait, cette "moralité" est le résultat d'une distribution genrée des rôles sociaux, en particulier d'une assignation des femmes aux activités domestiques de soin. C'est ainsi, montre-t-elle, que la dimension la plus "noble" du care, celle de responsabilité, de prise en charge (et d'organisation de cette prise en charge) est traditionnellement dévolue aux hommes (ainsi le médecin), tandis que la dimension la plus prosaïque, celle de prendre soin, reste féminine (l'infirmière, l'aide-soignante). Elle montre aussi, sur l'axe de la classe et de la "race" cette fois, que les activités du care les plus pénibles et les moins rémunérées (ménage, nettoyage, voire prostitution) sont laissées aux femmes prolétarisées, souvent de couleur ou issues de l'immigration.

Ne peut-on faire l'hypothèse que certains troubles du narcissisme conjoignent en quelque sorte les deux processus ?

² Sur ce point, je m'appuie à nouveau sur C.O. Doron, C. Lefève & A-C. Masquelet (dir.)