

Série: Problèmes Actuels concernant la Cohésion Sociale

Santé mentale et citoyenneté

*Les mutations d'un champ
de l'action publique*

Jean DE MUNCK

Jean-Louis GENARD

Olgierd KUTY

Didier VRANCKEN

Didier DELGOFFE

Jean-Yves DONNAY

Martin MOUCHERON

Claude MACQUET

BIBLIOTHEQUE DES SCIENCES
ECONOMIQUES, SOCIALES ET
POLITIQUES
Place Montesquieu 1 - bte 2
1348 LOUVAIN-LA-NEUVE



RC
48
S

28399

Cette publication est le résultat du projet "Les nouvelles formes de coopération publique en Belgique : le cas de la santé mentale", financé par le Service public fédéral de programmation Politique scientifique dans le cadre du programme "Problèmes actuels concernant la cohésion sociale".

Administrateurs de programme: B. Van doninck, M. Freire, A. Naji, L. Van Daele, S. Vrielinck

Le projet est exécuté sous la direction des prof. J. De Munck (Université catholique de Louvain), J.-L. Genard (Université libre de Bruxelles), O. Kutty (Université de Liège) et D. Vrancken (Université de Liège). Avec la collaboration de professionnels du champ de la santé mentale: Charles Burquel, Paul Jacques, Lydwine Verhaegen, Jean-François Lavis, Anne Claude, Sylvia Di Matteo et Vanni Della Giustina

Le contenu des textes n'engage que la seule responsabilité de leurs auteurs.

Dans la même collection sont parus:

- J. Berghman, e.a., *Dynamieken van de sociale zekerheid in Europa*, 2003
- F. Goyens, e.a., *Op weg naar een aangepaste coördinatie van de sociale zekerheid in Europa*, 2003
- Y. Jorens, e.a., *Grensoverschrijdende arbeid en Sociale Zekerheid: de relatie tussen België en zijn buurlanden*, 2003
- Y. Jorens, e.a., *Le travail transfrontalier et la Sécurité Sociale: la relation entre la Belgique et ses pays voisins*, 2003
- P. Ponsaers, e.a., *Le traitement policier: une autonomie relative ? Étude empirique sur le Traitement Policier Autonome*, 2003
- P. Ponsaers, e.a., *Politiebehandeling: relatieve autonomie ? Een empirisch onderzoek naar de Autonome Politiebehandeling*, 2003
- P. Ponsaers, e.a., *Bijzondere inspectiediensten: empirisch onderzoek naar hun verbaliseringsgedrag*, 2003

© Academia Press

Eekhout 2

9000 Gent

Tel. 09/233 80 88

Fax 09/233 14 09

Info@academiapress.be

www.academiapress.be

J. Story-Scientia bvba Wetenschappelijke Boekhandel

P. Van Duyseplein 8

B-9000 Gent

Tel. 09/225 57 57

Fax 09/233 14 09

Info@story.be

www.story.be

Jean De Munck, Jean-Louis Genard, Olgierd Kutty, Didier Vrancken, Didier Delgoffe, Jean-Yves Donnay, Martin Moucheron, Claude Macquet
Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique

Gent, Academia Press, 2003, IV + 180 pp.

ISBN 90 382 0537 6

D/2003/4804/171

NUR 1 805

U 495

Tous droits réservés. Aucun extrait de cet ouvrage ne peut être reproduit, ni saisi dans une banque de données, ni communiqué au public, sous quelque forme que ce soit, électronique, mécanique, par photocopie, film ou autre, sans le consentement écrit et préalable de l'éditeur.

Table des matières

Introduction générale.....	1
----------------------------	---

La santé mentale, enjeu de cohésion sociale.....	3
--	---

1. La citoyenneté comme horizon	4
2. Le plan de l'ouvrage	6
3. Remerciements	7

Première partie: Rétrospective. Une reconstruction conceptuelle de l'évolution des politiques de santé mentale.....	9
---	---

Introduction de la première partie	11
--	----

1. Quatre pièges à éviter	11
---------------------------------	----

I. L'Etat libéral et la santé mentale. Un régime aliéniste au service de la citoyenneté politique	15
---	----

1. La redéfinition des attentes normatives à l'égard du sujet	15
2. La pathologie comme aliénation	17
2.1. L'aliénation	18
2.2. Une médicalisation très relative	20
3. L'action publique de la première modernité	22
3.1. Première frontière: le partage de la société civile et de l'Etat	22
3.2. Deuxième frontière: le partage du contrat social et du patronage moral	24

II. L'Etat social et la santé mentale. Un régime protectionnel au service de la citoyenneté sociale	29
---	----

1. La citoyenneté sociale et l'intégration par les rôles fonctionnels	29
1.1. Au croisement de la juridicisation et de la médicalisation	30
1.2. La citoyenneté sociale comme horizon normatif	32
2. L'Etat programmatique	33
2.1. L'unification du secteur autour de l'hôpital	34
2.2. De l'internement aux processus temporels de la maladie	35
2.3. La professionnalisation des intervenants en santé mentale	38
3. La dynamique paradoxale de la différenciation	39

III. L'Etat-réseau et la santé mentale. Un régime d'activation au service de la citoyenneté post-conventionnelle	43
1. La contre-culture des années 1960 et le secteur ambulatoire	44
2. La refonte des années 1990	48
2.1. Les nouveaux dispositifs de l'action publique en santé mentale	48
2.1.1. Les plate-formes de concertation	48
2.1.2. Les circuits et les réseaux de soins	50
2.1.3. Une judiciarisation de la santé mentale	52
2.2. Première généalogie: la politique de déshospitalisation	55
2.3. Deuxième généalogie: une nouvelle sémantique socio-économique ..	57
2.3.1. Nouveaux impératifs d'efficience: la sémantique du réseau	57
2.3.2. Nouveaux impératifs moraux: la sémantique de l'accompagnement	58
3. Trouble mental et citoyenneté post-conventionnelle	60
3.1. Au-delà de l'aliénation et de la maladie	61
3.2. Vers une citoyenneté post-conventionnelle?	63

Deuxième partie: Analyse. Une étude de deux dispositifs en santé mentale: l'habitat protégé et le harcèlement moral au travail

Introduction de la deuxième partie	69
1. Deux dispositifs hétérogènes	69
2. Les trois enjeux de ces études	70

IV. Les Initiatives d'habitations protégées. Une sémantique de l'autonomie	75
1. Entre deux strates d'action publique	77
2. Les problèmes nés de la différenciation	82
2.1. La sélection du public	83
2.2. Les logiques de regroupement	86
2.3. Du curatif au préventif	87
2.4. Une globalisation de la logique de prise en charge	89
3. Constructions normatives: la sémantique de la responsabilité	90
3.1. La signature du contrat	91
3.1.1. L'épreuve de la motivation	92
3.1.2. La sémantique du contrat	93
3.2. Le travail au sein du dispositif	96
3.2.1. Deux modèles, médical et citoyen	96
3.2.2. Sois autonome!	98
3.2.3. L'épreuve de réalité	101

3.2.4. Une autonomie financière?	102
V. Le harcèlement au travail. Un objet pour l'action publique	105
1. Les transformations des attentes normatives des entreprises	106
1.1. L'exigence de flexibilité comme source logique de transformation du travail	106
1.2. L'émergence d'une entreprise, productrice de culture	108
2. Les cadres cognitifs	109
2.1. Le cadre cognitif domestique	110
2.2. L'ébauche d'un cadre cognitif civique: le questionnement syndical	112
2.3. Le cadre cognitif civique de la proposition Mahoux-Vanlerberghe	115
2.4. Un déplacement sémantique	116
3. Le cadre cognitif de la loi de juin 2002	117
3.1. La catégorisation	117
3.2. Le contenu de la nouvelle loi ou la solution préconisée	119
4. Quelques conclusions de l'initiative publique concernant le harcèlement au travail	121

Troisième partie: Prospective. Pour une politique de santé mentale au XXIème siècle

Introduction de la troisième partie	127
L'objectif du groupe	127
La composition du groupe	128
L'intégration de la problématique fédérale belge	129
La temporalité du groupe	131

VI. Lignes de réflexion. Prospectives pour l'orientation de la politique de santé mentale	133
1. Les trois anneaux de la santé mentale	133
1.1. L'émergence de la question institutionnelle	134
1.2. Le nouveau paysage institutionnel de la santé mentale	136
1.3. Le changement de la problématique de la santé mentale	138
1.4. Le travail institutionnel est un travail thérapeutique	141
1.5. Les effets épistémologiques de cette nouvelle réalité institutionnelle	150
2. Les nouvelles exigences de l'action publique en santé mentale	152
2.1. Le principe de pluralisme	153
2.2. L'insuffisance du schéma offre/demande	156

2.3.	Vers une régulation de réseau	159
2.3.1.	<i>Première acception: le réseau comme pratique de l'hétérogénéité sociale</i>	160
2.3.2.	<i>Deuxième acception: le réseau comme pratique de l'homogénéité sanitaire.</i>	162
2.3.3.	<i>Les nouvelles tâches de l'action publique</i>	163
3.	Les dispositifs institutionnels	169
3.1.	Un savoir critique sur la santé mentale	169
3.2.	Les procédures de coordination des politiques de santé mentale	172
3.2.1.	<i>La surdétermination du clivage hospitalier/ambulatoire</i>	173
3.2.2.	<i>Comment favoriser la coordination entre ambulatoire et hospitalier?</i>	175
3.2.3.	<i>Vers une politique des territoires?</i>	177
3.3.	Le projet des plates-formes de concertation	178
3.4.	La formation continue des intervenants en santé mentale	179

Introduction générale

La santé mentale, enjeu de cohésion sociale

La question du trouble mental se situe au cœur des interrogations contemporaines sur la cohésion sociale. Dans toutes les sociétés occidentales, le champ de la santé mentale étend son emprise, s'affirmant comme une des clefs de la régulation publique des risques, des déviances, des exclusions et des handicaps. Aux yeux de certains, l'Etat contemporain est devenu un "Etat thérapeutique"¹. Mais si l'Etat change, c'est aussi parce que la conception de la santé mentale est en profonde mutation, tant au plan des troubles qui s'y repèrent que des thérapeutiques censées les soigner. Ce phénomène est complexe et susceptible d'analyse à de multiples niveaux. Pour notre part, nous nous en tiendrons dans les pages qui suivent à un seul des multiples points de vue possibles sur ce processus: nous allons nous intéresser aux mutations de *l'action publique* dans ce champ mouvant, ou, plutôt, nous allons nous essayer à interpréter les transformations du champ à partir des questions qui apparaissent sur l'écran de l'action publique.

Encore faut-il fixer avec intelligence les limites de cet écran. L'action publique ne peut en rien se ramener à des lois, des règlements, des actes administratifs et des recettes pragmatiques de solution des problèmes. Nous ne ferons pas ici une théorie de l'administration. C'est que l'action publique institue un horizon de sens et d'intelligibilité qui affecte de manière décisive ses objets. En un sens, tout objet social apparaît comme toujours déjà *traversé et structuré* par l'Etat, ce qui ne veut en aucune façon dire qu'il se trouve *saturé* ni même *légitimé* par lui. Le champ de ce que nous appelons aujourd'hui la "santé mentale" n'échappe pas, depuis les origines de la modernité démocratique, à cette emprise du politique. Le réel qui s'y donne à voir, qui appelle l'intervention et exige des équipements collectifs, est traversé inévitablement par des processus signifiants qui proviennent non seulement

¹ Nolan, J.L. (1999), *The Therapeutic State: Justifying Government at Century's End*, New York, New York University Press.

du regard clinique ou des laboratoires de la médecine, des écoutes patientes de l'insensé et des œuvres de la folie, des gestes de la peur et des barrières de l'exclusion sociale, mais aussi des espoirs de liberté, des nécessités d'intégration et des actes d'institution qui, en démocratie, accompagnent l'instauration du pouvoir et de la loi.

Ce n'est qu'en adoptant un regard large sur l'action publique en santé mentale que nous pourrons, dans les pages qui suivent, nous tenir à la hauteur des enjeux contemporains de ce champ. Que la chose soit donc bien claire. Il ne peut être question d'adosser notre réflexion sur la santé mentale à une problématique épidémiologique ou à des calculs de gestion budgétaire. L'épidémiologie et la gestion sont des préoccupations légitimes, appelant des instruments de savoir sophistiqués de la part d'administrations compétentes; mais jamais l'épidémiologie ni la gestion n'ont pu, par leurs simples forces conceptuelles, éclairer une action publique dans ses valeurs, dans ses normes et dans ses enjeux pour la cohésion sociale. Il faut d'autres instruments conceptuels pour éclairer ce type d'enjeu.

Nous avons donc choisi de développer une problématique sociologique qui prend pour question centrale la question de la *citoyenneté* du "malade" mental, qui est tout aussi bien un déviant marginal qu'un homme ordinaire. C'est sous cette forme que la question de la place du "mental" et du "psychique" dans la cohésion sociale prend toute son ampleur. Encore faut-il donner à la thématique de la citoyenneté toute sa profondeur.

1. La citoyenneté comme horizon

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 instauré par l'entrée des sociétés européennes en démocratie. Elle est la forme que prend l'intégration sociale dans un régime démocratique. C'est dire que la citoyenneté renvoie à une histoire, des institutions et un imaginaire. Une *histoire*, car les formes de la citoyenneté varient au fil de la dynamique sociale et sont susceptibles de tensions, de contradictions et de coalitions. Des *institutions*, car la citoyenneté ouvre la

question infinie de l'impératif d'inclusion², des droits et des devoirs de chacun dans le grand travail d'égalisation des conditions, des dispositifs de normes, de savoirs et de pouvoirs qui assignent à chacun une place dans la différenciation des sociétés fondées sur l'égalité de droit des individus. Un *imaginaire*, car ce qui se joue dans une figure de la citoyenneté, c'est un idéal de la totalisation du social, de la réconciliation de la distance des subjectivités avec l'ordonnance objective de la coopération, de l'inscription sans heurts de la singularité infinie de chacun dans le collectif universel de la démocratie. Parce qu'elle recueille la signification même de la liberté moderne dans l'ordre du vivre-ensemble, la citoyenneté est un idéal régulateur pour la reconnaissance morale; parce qu'elle vise à ordonner une coopération, à fixer la place de chacun dans la division des tâches, elle est simultanément un idéal de coordination fonctionnelle.

C'est dans cet horizon normatif que se construisent les politiques d'appariement de la science et du pouvoir qui, à une époque donnée, structurent une approche de la folie, du trouble et du handicap. Nous le verrons dans la première partie de ce travail. On ne peut comprendre la figure aliéniste de la folie sans la référence à la citoyenneté libérale-démocratique. On ne peut non plus saisir le ressort de la médicalisation sous l'Etat social sans référer aux mutations de la figure du citoyen qui ont accompagné le développement de l'Etat social. Quant aux métamorphoses les plus récentes, elles sont encore indexées aux mutations de la question sociale, et donc de la citoyenneté. C'est dire qu'en aucun cas, une approche des politiques publiques en santé mentale ne peut se contenter d'une description de son évolution médico-hospitalière (comme si le contexte social n'avait pas d'importance). Il est certes nécessaire de fixer les grands repères de cette évolution à travers les décisions publiques-clefs qui ont fait l'histoire³. Mais il est important de relier cette histoire aux mutations des imaginaires de l'intégration sociale, aux décisives options prises en matière de droits et d'assistance, aux schémas fondateurs de l'Etat et du pouvoir. Sans cette

² Comme dit Rosanvallon, in Rosanvallon, P. (1992), *Le Sacre du citoyen: histoire du suffrage universel en France*, Paris, Gallimard, chapitre 1.

³ En ce sens, cfr. De Hert, M., McKenzie, K., Pieters, G., Vercruyssen, V. et Peuskens, J. (1997), 'Rehabilitation and Resocialization for the Long-Term Mentally Ill in Belgium: Description of Services and History of their Development', *Int. J. Ment. Health*, 26, 2, p. 86-97.

référence permanente à ce qui se trouve en-dehors d'elles, les politiques de la santé mentale sont, tout simplement, inintelligibles.

2. Le plan de l'ouvrage

Pour éclairer l'action publique en santé mentale sous l'angle de la citoyenneté, nous procéderons en trois temps. Dans un premier temps, nous chercherons à détecter ce que sont les nouvelles coordonnées de la citoyenneté aujourd'hui et de l'action publique censée la promouvoir. Sous bien des aspects, la santé mentale est un laboratoire, inventif et extensif, de la citoyenneté à venir. Pour lire les signes du temps, nous avons procédé de façon régressive, même si nous exposerons les choses de manière progressive. Nous nous sommes demandés ce qui distingue l'action publique en santé mentale en 2002 de celle qui avait été promue par l'Etat social triomphant à partir de 1945 – question de prendre la mesure des prétendues ruptures et secrètes continuités d'une histoire. Dans la foulée, il fallait aussi distinguer le régime de santé mentale promu par l'Etat social de l'aliénisme de la première modernité. Ainsi, par un regard rétrospectif, trois figures de l'action publique apparaissent dans notre modernité, comme autant de strates d'un champ de plus en plus meuble. C'est cette trajectoire que nous reconstituons à gros traits dans les premières pages de notre démarche, de manière à identifier les caractéristiques de notre époque et convaincre, par contraste temporel, de sa nouveauté.

De cet historique, on peut dégager la centralité, pour leur action publique, de la question de la citoyenneté dès qu'elle se saisit de la santé mentale. On peut aussi dégager les grandes coordonnées historiques de l'action publique. En jouant de la continuité et du contraste, on peut y entrevoir les questions émergentes de notre temps. Les tensions de l'époque contemporaine sont au cœur de notre deuxième partie. Là, la citoyenneté qui s'invente dans des dispositifs nouveaux de santé mentale est approchée avec la circonspection de l'ethnographe et du sociologue de terrain. Il s'agit de repérer, aussi finement que possible, les linéaments d'un nouveau modèle, pas encore cohérent, de l'action publique. L'enquête sur l'habitat protégé, présentée au chapitre 4, montre comment se négocie la citoyenneté dans des dispositifs désormais ouverts, orientés vers l'insertion et le vécu subjectif; le chapitre suivant montre comment l'action publique a pu saisir un problème de santé

mentale au travail – le harcèlement moral – en l'articulant, par son intervention même, dans un cadre cognitif civique (et non domestique), c'est-à-dire dans un cadre citoyen. Dans les deux cas, on voit se manifester les tensions les plus significatives de l'Etat contemporain: la redéfinition de la frontière du public et du privé, la globalisation des politiques, la procéduralisation des pratiques des acteurs sociaux, l'articulation des droits-libertés avec les droits de protection.

La troisième partie est, politiquement, la plus importante. Il ne pouvait en effet suffire de comprendre l'histoire longue d'un champ et d'en dégager, au ras de l'observation la plus contemporaine, les tensions et les incertitudes. Il fallait aussi envisager, normativement, ce que pourrait, ce que devrait être une politique de santé mentale qui prendrait au sérieux les exigences de la citoyenneté. Mais cette problématique ne pouvait absolument pas être élaborée solitairement par des sociologues extérieurs au champ, prétendant par leur savoir proposer des orientations et des recettes, des programmes et des dispositifs. Un groupe mixte de chercheurs et de professionnels s'est donc formé à l'initiative des promoteurs de la recherche, avec pour mission de formuler quelques lignes de réflexion prospective sur le champ de la santé mentale. A ce groupe, auto-baptisé "groupe SMS", il est vite apparu qu'à la condition d'en redéfinir le concept, la notion d'institution était centrale pour articuler une nouvelle problématique des soins et une nouvelle problématique de l'action publique. C'est finalement dans l'institution que se gagne ou se perd la citoyenneté. Il fallait savoir comment penser une politique de soins qui soit adéquate à la transformation que nous anticipions au chapitre 3 et que nous analysions aux chapitres 4 et 5. Les orientations prospectives consignées, à la fin de cet ouvrage, dans le chapitre 6, ont fait l'objet de délibérations continues dans un processus de construction collective du savoir, d'apprentissages réciproques où les prétendus experts qui signent ce rapport ont plus appris, comme on le devine, que les professionnels eux-mêmes.

3. Remerciements

Beaucoup de personnes ont contribué à l'écriture de cet ouvrage. Il résonne, pour qui sait le lire, d'une polyphonie d'interventions et de lectures, tant francophones que flamandes, tant psychiatriques que psychologiques, tant politiques ou désengagées, sociales, utopiques et

conservatrices que résignées, inquiètes et alarmistes. Nous ne sommes pas des romanciers, cependant, et nous n'avons pu écrire le roman bakhtinien que cette polyphonie appelle. Le travail scientifique consiste à hiérarchiser et unifier, tout comme le travail politique, au demeurant. Mais nous ne recueillons les voix et ne restituons le sens que dans la conscience de la dispersion et de la pluralité des interprétations. Nous remercions les nombreux fonctionnaires des SSTC qui ont suivi notre travail, MM. Delhausse, Peijmans, Naji ainsi que Me Van Daele; les membres du comité d'accompagnement, Mesdames Vaneste, Labarre, Bontemps et MM. Van Holsbeke, Gorissen, Messens, Slingeneyer. Beaucoup d'autres personnes nous ont aussi éclairé par leurs indications, leurs commentaires et le temps qu'ils ont bien voulu consacrer à nos questions. Que Mesdames Nelly Guillaume, Nadine Gabet, Micheline Roelandt, Sylvia Di Matteo, Béatrice Rigatti, Christiane Depauw, Colette Verspoorten, Michèle Ribourdouille, Christiane Bontemps, Josée Van Remoortel et Messieurs Pierre Smet, Eric Debersaques, Michel Vandenbusche, Alex Neybuch, José Garcia, Léon Cassiers, Christiaan Decoster, Thierry Lahaye, Claude Petit, Alain Weyers, Thierry Van de Wijngaert, Mark De Hert, Jos Lievens, Herman Meulemans, Paul Arteel, Gie Goyvaerts, Jozef Peuskens soient ici remerciés de leur accueil. Nous sommes entièrement responsables de l'interprétation d'ensemble qui est ici donnée de leurs propos, et de ses erreurs éventuelles. Nous n'oublions pas non plus les membres du cabinet de Madame la Ministre Onkelinx, de l'administration du Ministère de l'Emploi et du Travail, les membres de l'Union des Classes Moyennes, des services d'études de la CSC et de la FGTB, ainsi que tous les acteurs politiques, professionnels et administratifs qui ont contribué au développement du programme de prévention et de lutte contre le harcèlement à La Louvière.

Première partie

Rétrospective

Une reconstruction conceptuelle de l'évolution des politiques de santé mentale

Introduction de la première partie

Les tentatives de reconstruction de l'histoire de la santé mentale ne manquent pas. La plupart des propositions de réforme présupposent, dans ce champ, une théorie historique sous-jacente plus ou moins thématifiée. Il en va de même des politiques publiques, toujours prises dans une rhétorique du progrès. Au niveau des travaux érudits, Michel Foucault⁴, Marcel Gauchet⁵, Robert Castel⁶ et d'autres ont réalisé des avancées considérables dans la reconstruction de cette histoire. Mais elles sont, du point de vue qui nous occupe, largement insatisfaisantes.

L'approche proposée dans ces pages prend appui sur la notion de citoyenneté et cherche à dégager les reconfigurations majeures qui ont scandé l'histoire de l'action publique en santé mentale depuis les débuts de l'aventure démocratique. La reconstruction, inévitablement schématique, que nous proposons ici a pour objectif central de bien identifier la singularité du moment que nous vivons.

1. Quatre pièges à éviter

Il n'est pas question pour nous de faire œuvre d'historiens. Nous ne nous attacherons ni aux événements, ni aux acteurs de l'histoire de la santé mentale en Belgique. Nous nous contenterons dans cette partie de tracer un cadre sociologique d'intelligibilité de la transformation du champ, persuadés que l'an historicisme est le pire des fléaux qui aujourd'hui menace la construction des politiques publiques. Le premier adversaire d'une politique publique intelligente est en effet le pragmatisme politique d'expérimentateurs sans profondeur, soucieux de gestion et de résultats, négligeant les formations longues des identités et des institutions. Un regard critique rigoureux sur les représenta-

⁴ Foucault, M. (1961), *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon.

⁵ Gauchet, M. et Swain, G. (1980), *La pratique de l'esprit humain: l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard.

⁶ Castel, R. (1976), *L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les éditions de minuit.

tions déjà accumulées de cette histoire doit nous mettre en garde contre quatre tentations qui guettent toute tentative de ce genre.

Premier piège: le piège discontinuiste. Dans l'historique des politiques de santé mentale en Belgique, il semble important de ne pas céder au pathos de la rupture qui a souvent accompagné l'auto-célébration des modernisateurs. Nous pensons que le changement est progressif et continu, mêlé d'inerties. Le neuf n'efface jamais complètement l'ancien. C'est pourquoi, plutôt que de parler de moments, nous préférons parler de *stratifications* qui, se superposant, ne se substituent l'une à l'autre que très progressivement. Chaque strate renvoie à des conceptions de la santé, de la psychopathologie, du droit, de la subjectivité, à l'état des savoirs thérapeutiques, à des formes d'organisations, à des logiques étatiques, entre lesquels se tissent des relations d'implication. Associés à des imaginaires qui structurent les manières de faire et de penser, les modèles régulatoires se sont sédimentés dans trois types d'institutions: d'abord l'asile, ensuite l'hôpital, et enfin les réseaux et circuits de soins en santé mentale, sans que l'émergence de l'un ne voue nécessairement le(s) précédent(s) à une extinction plus ou moins rapide.

Deuxième piège: la réduction de l'histoire de la santé mentale à deux grandes étapes historiques, l'époque asilaire et l'époque post-asilaire. Cette représentation commode de l'histoire a présenté un avantage rhétorique certain pour les mouvements militants de transformation du champ à partir des années 1960. Elle a permis de rejouer la scène de la sortie triomphante de l'enfermement. Tout en se moquant de Pinel et en sous-estimant la portée de son intervention, on pouvait ainsi rejouer, sans trop de risques, alors que la médicalisation et la socialisation de la psychiatrie était pratiquement acquises, le geste pinélien de la libération des chaînes de la folie. Il est certain que la persistance de ce que nous appellerons, dans les pages qui suivent, la "strate asilaire" jusqu'aux années 1960, a été largement responsable de l'occultation de cette période *intermédiaire* extrêmement importante pour l'action publique qu'est la *période protectionnelle*, liée à la constitution de l'Etat social. C'est à partir de ce moment que se constitue, du côté des responsables politiques, un *authentique souci public pour la santé mentale*. Aujourd'hui, la question principale de l'institutionnalisation d'un nouveau mode de régulation du champ se pose moins en termes de libération de l'asile et de l'enfermement qu'en termes d'articulation avec le modèle de droits-créances et d'hospitalisation qui avait été promu par l'Etat social.

Troisième piège: le piège psycho-médical. On ne peut pas comprendre l'histoire du champ de la santé mentale dans la modernité démocratique comme le développement progressif du savoir médical et psychologique. Un tel développement est réel mais il ne rend en aucun cas compte des transformations institutionnelles du champ qui l'ont accompagné, transformations auxquelles a contribué de manière décisive l'instance étatique. C'est pourquoi on ne peut se laisser fasciner par une histoire *interne* de la clinique psychiatrique et psychologique. En réalité, comme le montreront les pages qui suivent, le savoir médical ne structure le champ de la santé mentale qu'en relation étroite avec des processus de juridicisation et des processus de traitement de la question sociale dans la modernité.

Quatrième piège: le piège (néo)fonctionnaliste. Nous appelons ici "fonctionnaliste" le geste théorique qui consisterait à ramener l'organisation du champ de la santé mentale à la satisfaction d'un "besoin" ou d'une "fonction" invariants de la société. Ainsi, il serait absurde de ne saisir l'action publique que sous l'angle d'une *volonté de « guérir et de prévenir »*, d'un objectif sanitaire sans cesse répété sous des formes nouvelles au fur et à mesure des avancées de la science, comme si l'Etat démocratique n'était qu'un opérateur fonctionnel au service de la santé publique. Cette illusion néo-fonctionnaliste existe aussi sur un mode critique, démarqué pour l'essentiel des travaux de la sociologie critique du pouvoir (de Foucault, spécialement): le champ aurait une seule et même fonction, celle d'*exclure* et de *contrôler* les populations jugées "anormales", "erratiques", "subversives" etc. Et on sait combien cette problématique de l'exclusion et du contrôle social est importante aujourd'hui dans les discours de certains professionnels. Mais il ne suffit pas de renverser certains discours publics pour se débarrasser du fonctionnalisme, en déclarant par exemple que la fonction de contrôle est la vérité de la fonction sanitaire. L'enjeu d'une claire perception du champ aujourd'hui est au contraire, nous semble-t-il, la restauration de la *conscience historique d'une trajectoire* et de l'importance des *visées normatives* portées, de manière éventuellement conflictuelle, par les acteurs.

I. L'Etat libéral et la santé mentale.

Un régime aliéniste au service de la citoyenneté politique

La société moderne se fonde sur un nouvel idéal de subjectivité: un idéal d'autonomie, c'est-à-dire de raison et de volonté. Cette transformation radicale des bases du lien social engage une nouvelle histoire de la déviance, et en particulier de la folie. Dès le XIXème siècle, cette transformation du régime de citoyenneté, que nous commenterons dans la première partie de ce chapitre (1), aura des conséquences sur le savoir, les normes et le pouvoir configurant l'expérience de l'insensé. Concernant le savoir, une première vague de médicalisation, certes très relative, va organiser autour du thème de l'aliénation une nouvelle perception et de nouveaux traitements de la subjectivité (2). Concernant les normes et le pouvoir, la société libérale va réordonner les pratiques autour des notions de capacité, d'ordre public et de patronage. Un premier modèle d'action publique était ainsi strictement circonscrit autour d'une double frontière: la frontière qui sépare l'Etat de la société civile et qui distribue simultanément les parts du juge et de l'administration dans la gestion de l'insensé; la frontière qui oppose et réunit répression et assistance, libéralisme et patronage (3).

1. La redéfinition des attentes normatives à l'égard du sujet

De l'Ancien Régime à la première modernité, ce qui se modifie, d'une manière générale, c'est l'échange social encadré par des hiérarchies de rangs. Celui-ci tend à faire place à un échange plus égalitaire. Certes, des nouvelles figures d'autorité (la bourgeoisie, le père) remplacent progressivement de plus anciennes (l'aristocratie, le souverain). Mais au total c'est bien la *res publica* qui tend à supplanter la (les) communauté(s). Il n'est certes pas douteux que des groupes continuent d'être naturalisés et, à ce titre, restent à l'extérieur de l'universel démocratique. Mais une telle exclusion sera, justement, de plus en plus dénoncée.

Dès lors se modifient l'ensemble des attentes normatives de la société à l'égard de ses membres. Ce qui est attendu, c'est la participation (volontaire) des individus devenus citoyens de leur Etat Nation; une volonté d'être sujet, avec d'autres, en lieu et place de la soumission à l'ordre ancien. Que le libéralisme, comme doctrine publique, soit une victoire de la bourgeoisie sur l'aristocratie et/ou une mystification des milieux populaires par l'élite montante importe peu en ce qui concerne l'évaluation nouvelle de la question de l'inclusion (*A quelles conditions un individu peut-il être inclus dans l'échange social?*).⁷

À cette époque, la réponse à cette question s'articule en termes de capacités, justifiant par exemple les suffrages censitaire ou plural. Le régime au travers duquel le fou sera d'abord appréhendé est celui de l'incapacité. Entre le droit et le fait, se glisse la capacité comme concept médiateur. Fondamentalement, le fou est incapable. Etranger à lui-même, il ne peut entrer dans l'ordre de la liberté. L'existence de cet individu déraisonnable justifie des politiques de tutelle et d'internement. A l'aube de la démocratie moderne, ce n'est pas avec les autres malades que l'insensé fait série: pour cela, il faudra encore, pendant un siècle, le long travail de la médicalisation de la folie, que l'aliénisme naissant ne fait qu'ébaucher sur un mode très ambigu. Non, à l'aube de la démocratie, le fou fait série avec les enfants, les domestiques et les femmes comme autant de figures de la dépendance, de l'immaturité et de l'inaptitude naturelle à la liberté⁸.

Contre la figure déraisonnable de l'aliéné mental, l'Etat se trouve investi de la responsabilité de représenter le "raisonnable". Ne rentrant pas dans le régime de la rationalité, l'insensé se situe en dehors de l'espace contractuel fondamental qui définit la société. Cette situation justifie l'instauration d'un registre spécial de la citoyenneté. Dans l'ordre civil, il s'agira de la tutelle et de la collocation; dans l'ordre politique, il s'agira de l'interdit du suffrage. Au regard des impératifs publics, l'essentiel, est de défendre la société du fou et le fou contre lui-même. La recherche de la sécurité constitue la première mission de l'action publique en santé mentale. Née avec l'Etat libéral, elle a perduré jusqu'à nos jours au travers de ses institutions majeures, la tutelle

⁷ Wagner, P. (1996), *Liberté et discipline. Les deux crises de la modernité*, Paris, Métailié.
⁸ Rosanvallon, P. (1992), *Le Sacre du citoyen: histoire du suffrage universel en France*, Paris, Gallimard, p. 117-118.

et le placement obligatoire de l'aliéné. Il est essentiel de souligner que la santé n'en constitue que très lointainement et de manière seconde la valeur de référence. Comme l'ont montré des études ethnographiques précises, l'origine d'une collocation réside rarement dans un motif médical jusqu'en 1945 au moins⁹; c'est plutôt le trouble à l'ordre public, la violence, le dommage qui conduisent à l'asile.

Preuve de cette primauté d'origine de l'objectif de sécurité sur l'objectif de santé: la confusion établie entre l'aliéné délinquant et l'aliéné ordinaire, qui ressortissent tous deux du même régime d'internement. Il faudra attendre la deuxième phase de l'histoire de l'action publique en santé mentale pour que la distinction entre les « malades dangereux » et les autres soit faite au travers de l'institutionnalisation du régime de défense sociale. Au XIX^e siècle, on ne trouve aucune trace de cette distinction puisque l'article 45 de l'arrêté royal du 14 juin 1874 dispose qu'« en cas d'aliénation mentale, les accusés ou prévenus renvoyés des poursuites rentrent dans la classe des aliénés ordinaires ». Il y a, à l'époque, comme une implication réciproque entre internement et dangerosité, non problématisée. Dans le traitement public de la folie, la médicalisation ne vient pour ainsi dire que dans un second temps, après le placement né d'une décision administrative elle-même motivée par un trouble à l'ordre public.

2. La pathologie comme aliénation

Cependant, cette secondarité de la médecine pour l'action publique moderne n'enlève rien à sa nécessité. A côté d'une rationalisation du droit des personnes et du droit public, le XIX^e siècle a aussi été l'époque d'une rationalisation de médecine. L'aliénisme a ouvert les portes à un nouveau traitement de la folie dans ses deux dimensions: institutionnelles, en concevant un établissement spécial dédié à la maladie mentale, l'asile; scientifique, en soumettant la folie à des pratiques médicales, au nom de l'axiome de la curabilité de principe de la folie.

⁹ Ainsi, par exemple, l'étude faite par Charuty, G. (1985), *Le couvent des fous. L'internement et ses usages en Languedoc aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Flammarion (Nouvelle bibliothèque scientifique).

Mais le savoir aliéniste est un savoir étroitement lié aux nouveaux impératifs normatifs qui résultent de la métamorphose libérale du régime de la citoyenneté. Ce n'est en effet que sur fond de liberté primordiale, de citoyenneté principielle que peuvent être pensés à la fois l'aliénation et son traitement spécifique. Quel est donc l'objet de la psychiatrie, depuis Pinel jusqu'à nos jours? Ce sont "les pathologies de la liberté". La magnifique formule de Henry Ey résume la psychiatrie moderne. La liberté est en effet l'horizon de la psychiatrie moderne, son présupposé et sa visée la plus profonde, par laquelle elle participe tout entière au grand projet moderne; la pathologie est, en revanche, l'objet d'attention et la tâche particulières qui lui donnent une place spécifique dans la division du travail de l'émancipation.

2.1. L'aliénation

Thématisée par Hegel, reprise sous de multiples variantes, l'aliénation fournissait un modèle qui permettait de tenir ensemble les deux axiomes *a priori* contradictoires entre lesquels se tenait, désormais, l'expérience de la folie: l'affirmation, *de droit*, de la raison, de l'indépendance et de la liberté; l'expérience, *de fait*, de la folie et de la dépendance. Quatre traits permettent de ressaisir cette construction.

Premier trait: l'aliénation est toujours partielle. Absolue, elle serait en effet une contradiction dans les termes: le sujet qui aurait totalement perdu la maîtrise de soi ne serait, en effet, plus un sujet, mais une chose. Elle est donc le lieu de coexistence d'une liberté intacte et d'une dépossession de soi, d'un pouvoir et d'une impuissance, d'une conscience et d'une inconscience. « Pas d'aliéné sans une distance, même indiscernable, à son trouble par laquelle non seulement il se défend contre ce qui le dérobe à lui-même mais par laquelle aussi il demeure en proximité d'autrui malgré ce qu'il affronte d'incommunicable – et davantage encore, par laquelle il reste ouvert à l'influence d'autrui ou, plus exactement, laisse à l'autre une prise sur ce qui au dedans de lui-même échappe à son propre pouvoir »¹⁰.

Deuxième caractéristique: la figure de l'aliénation dessine, en positif, un certain idéal de guérison: la réconciliation du sujet avec lui-même.

¹⁰ Gauchet, M. et Swain, G. (1980), *La pratique de l'esprit humain: l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, p. 85.

Le sujet sans division qui est ainsi visé est celui dont la forme de vie serait adéquate à son intention consciente et choisie, dont l'œuvre constituerait l'expression authentique, dont le travail équivaldrait à la réalisation de soi dans l'objectivité. La guérison est un état parfaitement discernable de l'état pathologique.

Troisième trait: la problématique de l'aliénation lie, de manière solidaire, un thème moral à un discours causal. Si d'un côté, c'est bien la liberté qui est aliénée (et non la santé), d'un autre côté, l'origine de l'aliénation se trouve aussi à l'extérieur de la liberté, dans l'ordre obscur de l'incarnation corporelle. Manière de dire qu'il y a nécessairement deux voies à la guérison de l'aliéné: la liberté, intacte dans son aliénation même, peut fournir le ressort partiel d'une guérison car "à côté de la conscience particulière dans laquelle est emprisonnée la conscience malade, il y a d'autres représentations où vit la conscience rationnelle"¹¹ (ce qui ouvre la voie au "traitement moral"). Dès lors, la relation, la communication et le discours constituent un milieu d'action thérapeutique nouveau et adéquat. Quant à l'autre voie, elle consiste à modifier les causes externes de l'aliénation, organiques ou sociales (ouvrant la voie à la thérapeutique médicale et à l'ingénierie sociale).

De là vient le quatrième trait: le caractère nécessairement "double" du traitement. Le constat ne date d'aujourd'hui, mais de la *Philosophie de l'esprit*: en matière de folie, notait Hegel, la méthode thérapeutique est "en partie physique et en partie psychique. Il est des cas où la première peut seule suffire. Mais le plus souvent il faut appeler à son secours le traitement psychique qui, à son tour, peut à lui seul aussi ramener la santé. On n'a pas de remède d'une application très générale pour ce qui concerne le côté physique du traitement. Les remèdes médicaux qu'on emploie sont des remèdes très empiriques et dont l'action est, par conséquent, fort incertaine..."¹².

Cette conception de l'aliénation n'est en rien l'apanage de la psychiatrie. Elle déborde de toutes parts le champ très étroit de la santé mentale tel que commence à le constituer l'aliénisme du XIX^e siècle. Poli-

¹¹ Hegel, G. (1867), *Philosophie de l'esprit*, Culture et civilisation, Bruxelles, p. 409.

¹² Ibid., p. 408. La liaison entre l'aliénisme psychiatrique et la figure hégélienne de l'aliénation a été commentée par Gladys Swain, "De Kant à Hegel: deux époques de la folie", in Swain, G. (1994), *Dialogue avec l'insensé: essais d'histoire de la psychiatrie*, Paris, Gallimard.

tiquement, elle se retrouve, pratiquement terme à terme, dans le marxisme et servira de modèle au discours émancipatoire de la classe ouvrière organisée. Sur le plan esthétique, dès la fin du XIX^{ème} siècle, elle présidera aussi à bien des tentatives des avant-gardes artistiques, qui lient *révolution morale* et *techniques extérieures* de désaliénation. Une précision cependant, pour bien mesurer la distance qui désormais nous sépare de cette problématique. S'il participait bien à l'entreprise commune de désaliénation, d'ampleur véritablement universelle, le psychiatre n'avait, pourtant, rien à faire dans ces domaines extérieurs à son domaine, pour de très bonnes raisons. La plus importante d'entre elles tenait, bien sûr, à la coupure forte établie entre pathologie et normalité qui définissait le domaine propre du psychiatre. Cela seul lui interdisait de pénétrer plus avant dans les autres pratiques émancipatrices de la société industrielle. Le domaine du travail fut, jusqu'à une date récente, rétif à tout questionnement sur la santé mentale (à l'exception, notable, de l'alcoolisme, question formulée dès la fin du XIX^e siècle en termes d'aliénation)¹³. Au sein de la lutte ouvrière, une subjectivation et une mentalisation excessives du combat étaient signes de faiblesse plutôt que d'émancipation. Dans le domaine de l'art non plus, la psychiatrie n'avait point droit de cité, pour une raison simple: la folie y fut la bienvenue. De Van Gogh à Artaud en passant par les expériences surréalistes, l'avant-garde a vécu sur un mythe anti-psychiatrique où elle pensait puiser une des plus précieuses ressources de son combat contre l'aliénation du quotidien. Quoique participant d'un grand projet émancipateur, la psychiatrie était donc enfermée dans une limite qui circonscrivait nettement son champ d'intervention.

2.2. Une médicalisation très relative

Avec le présupposé de l'aliénation, la médecine pénétrait certes dans les asiles et requalifiait médicalement l'expérience de l'insensé. Cependant, sa structure biface, son équivoque fondamentale ouvrait fatalement à un mode de traitement également équivoque. On ne peut en effet ramener le traitement aliéniste à un traitement purement médical. Il s'agit simultanément d'un traitement moral, éducatif et social.

¹³ Singer, M. (1986), 'Toward a political-economy of alcoholism: the missing link in the anthropology of drinking', *Soc. Sci. Med.*, 23, 2, p. 113-130.

Le traitement médical de l'aliénation fait partie d'un dispositif de régulation plus large qui lui donne sa véritable portée. Avec la modernité démocratique, le réglage des subjectivités passe clairement du pouvoir religieux au pouvoir politique et social. Pour ceux et celles qui n'étaient pas capables de se conformer au prototype de l'homme et de la femme attendu par le modèle libéral de la citoyenneté civile et politique et aux exigences de l'échange salarial, la disqualification morale (et humaine) de leurs personnes a été largement utilisée pendant tout le 19^{ème} siècle comme moyen de réguler cette catégorie de « citoyens ». La question nouvelle qui se pose donc à la société moderne est celle de la régulation de la subjectivité, de ses idées, de ses penchants et de ses comportements. L'aliénisme n'est, à cet égard, qu'un dispositif parmi d'autres d'un nouveau réglage des subjectivités. Celui-ci passe notamment par un recodage de formes anciennes de l'assistance. Ainsi en va-t-il de la charité chrétienne: par contraste avec la féodalité, la charité au XIX^{ème} siècle ne repose plus sur les seules notions de malheur et de destinée, mais plutôt sur celle de l'exemplarité de bienfaiteur, sur l'image de son style de vie, de sa réussite, de ses traits moraux. L'homme charitable se présente comme une figure à imiter et comme un pédagogue. La « philanthropie » qui s'invente dans la première moitié du XIX^{ème} siècle est un dispositif de subjectivation de la responsabilité individuelle des pauvres autant d'un mouvement de générosité des classes possédantes. Par ailleurs, la mise au travail est sans conteste l'élément le plus nouveau de la construction de la première modernité. Elle naît d'un soupçon nouveau. Le cadre de la citoyenneté libérale engendre presque automatiquement le doute sur la bonne volonté d'inclusion des personnes différentes (handicapés, veuves, pauvres, malades). Ce doute ne pourra être levé que par l'épreuve du travail. A travers la peine laborieuse, un sujet est censé donner les signes de sa disponibilité à l'échange civil. La mise au travail complète souvent l'aliénisme (on la trouve tant dans les asiles que dans les "colonies", comme celle de Ghel) en tant qu'épreuve et instrument du réglage du sujet sur les exigences de la citoyenneté.

3. L'action publique de la première modernité

Sur fond de cette redéfinition de la citoyenneté (rationalisation juridique) et de la maladie (rationalisation scientifique), l'action publique va s'ordonner autour de deux frontières. La première frontière est interne à l'action publique. Elle oppose et articule le pouvoir judiciaire et le pouvoir administratif. Elle s'indexe à la distinction cardinale de la société civile et de l'Etat, de la liberté des personnes et de l'impératif d'ordre public. La seconde frontière est externe: elle divise et articule la répression publique de la déviance avec des rapports sociaux de secours et de patronage qui maintiennent encore, au moins dans l'enceinte close de l'asile, le monde pré-contractuel de la hiérarchie naturelle.

3.1. Première frontière: le partage de la société civile et de l'Etat

Pour l'Etat démocratique naissant, la question principale est celle de l'articulation entre l'ordre civil et les exigences de paix et de sécurité publiques. Le Code civil avait, comme on l'a dit, établi la nouvelle figure juridique de la maladie mentale: l'incapacité. Si l'autonomie de la volonté est posée comme la règle, il n'en demeure pas moins, en effet, que des incapacités peuvent être constatées: celles qui touchent les mineurs et certains majeurs – les prodigues, les faibles d'esprit, les aliénés. Ceux-ci se voient soumis à deux régimes distincts: l'interdiction et l'internement. L'interdiction est constatée par une décision judiciaire qui les soumet au régime de la tutelle, c'est-à-dire les assimile au mineur non émancipé. Dans ce cas, le juge est le protagoniste essentiel du processus. Quant à l'internement, il est défini par la loi du 18 juin 1850 (modifiée par la loi du 28 décembre 1873)¹⁴. Dans ce cas, c'est au contraire le pouvoir exécutif qui est l'opérateur central du processus, en l'occurrence la personne du bourgmestre pour la décision

¹⁴ Pour la législation antérieure à 1850, on peut se référer aux excellents travaux de M. van de Kerkhove (1983), *Le juge et le psychiatre. Evolution de leurs pouvoirs respectifs*, in *Fonction de juger et pouvoir judiciaire. Transformations et déplacements*, Ph. Gérard, F. Ost et M. van de Kerkhove, Bruxelles, 1983, p. 318 et svtes. La loi de 1850 et son application est notamment commentée dans Wouters, P. & Poll M. (1938), *Du régime des malades mentaux en Belgique*, 2^{ème} ed., Bruxelles.

d'internement et le Ministre de la Justice pour l'agrément et le contrôle des établissements fermés. Cette loi définit donc la *collocation* qui permet, à la demande d'un particulier ou par l'initiative d'un pouvoir administratif (autorité communale ou provinciale), le placement d'un aliéné mental dans un établissement psychiatrique fermé, sans son accord et pour une durée illimitée. Pour l'époque, cette loi peut être considérée comme novatrice. Elle peut être lue comme une réaction contre les abus existant à l'époque dans les familles et les asiles: mauvais traitements, sous-alimentation, manque d'hygiène font l'objet de dénonciations par les esprits progressistes de l'époque. L'arbitraire privé est contrebalancé par l'intervention de l'autorité publique.

L'action publique est donc organisée par cette division des tâches entre pouvoir judiciaire et pouvoir exécutif. A ce stade donc, le souci central de l'administration est bien le maintien de l'ordre public. Il faut en effet bien saisir la mutation fondamentale que connaît la répression de la déviance avec l'entrée dans la société démocratique. Durant l'Ancien régime, la régulation de la déviance était d'ordre domanial. Le domaine, c'était cet espace social qui ne relèvait pas encore de la distinction entre le public et le privé, distinction constitutive de l'Etat moderne, et qui relèvait essentiellement de l'autorité du Maître. L'intégration de l'individu dans cette unité de coopération était forte et dense. Elle se voulait intégrale c'est-à-dire qu'elle ne laissait guère de place à la mise en doute de cette participation à la vie du domaine au motif, par exemple, de la reconnaissance d'une vie privée contrebalançant l'implication publique des personnes. Certes, une certaine mobilité d'un domaine à un autre était de l'ordre du possible mais l'implication de l'individu dans le domaine hôte se faisait selon les mêmes exigences d'intégration et sans qu'il soit vraiment possible de prétendre à des prérogatives, par exemple patrimoniales, venues d'ailleurs.

A la force de cette intégration dans l'échange domanial, s'ajoutait la rigidité des différenciations de genre ou de rangs. Corrélativement, la marge de manœuvre pour l'expression des subjectivités était remarquable. Les différences de position permettaient une acceptation des singularités individuelles. A tout le moins la dénonciation de celles-ci n'occupait pas l'avant scène des préoccupations; la naturalisation des différences, particulièrement celles des positions inférieures par les supérieures, était la règle.

Dans l'espace public libéral qui succède à l'ordre domanial, il en va tout autrement: les singularités, les excès, les violences individuelles ne sont plus naturalisées, mais référées à la liberté et à la volonté des personnes. Il n'est plus question de laisser libre cours à la déraison dans une société d'êtres de raison. C'est pourquoi le pouvoir public va à la fois limiter et pacifier (normaliser) la vie quotidienne et ouvrir à un traitement individualisé des déviations. Il y a là donc une première orientation de l'action publique en matière de santé mentale. Cependant, il faut souligner que l'action publique se limite à cette fonction de « gatekeeper »; elle ne pénètre pas dans le domaine strict de la protection sociale. Pourtant, celle-ci existe, et joue un rôle fondamental dans la construction des figures de la citoyenneté.

3.2. *Deuxième frontière: le partage du contrat social et du patronage moral*

Lors de la fin de l'Ancien Régime, la séquestration *indifférenciée* de tous les déviants s'estompe définitivement et il apparaît que la folie doit être soignée dans une institution spécialisée: l'asile d'aliénés. Mais comment expliquer que l'asile se soit imposé comme une forme de traitement de la folie de manière si générale?

La réponse volontiers apportée par Michel Foucault¹⁵, Marcel Gauchet¹⁶ ou même Castel¹⁷ se réfère toujours, malgré les divergences d'interprétation, à la même volonté de modernisation portée par les alliances de la science et du pouvoir d'Etat. Cette réponse a cependant ses limites. Comme le souligne Giordana Charuty, on ne peut négliger le fait que l'asile est une institution "qui fut d'abord pensée par un ordre religieux avant d'être utilisée par la médecine et l'administration"¹⁸.

L'Etat, dans notre pays en tout cas, ne fut pas un gestionnaire d'asiles. Certes, l'action publique régulatrice compte sur l'existence des asiles, et

en ce sens les soutient et les contrôle. Cependant, sauf exceptions¹⁹, il n'est pas l'opérateur de leur institutionnalisation. On ne peut non plus expliquer ce phénomène uniquement sur la base du projet des aliénistes modernisateurs qui, à la suite de Pinel, d'Esquirol et de Guislain ont cherché à donner à leur savoir l'instrument institutionnel qu'il requerrait. Ce serait supposer, à tort²⁰, que le monde religieux a accepté sans réticence l'emprise du corps médical sur la direction des asiles (imposée par l'article 17 du Règlement organique pris en exécution de la loi sur le régime des aliénés). Si certes l'impulsion médicale a été déterminante pour la constitution de l'asile, si elle a permis sa rationalisation et sa formalisation, elle ne peut à elle seule expliquer sa diffusion et son inscription dans l'ordre religieux.

En réalité, on ne peut expliquer le succès et l'importance de la forme asilaire qu'en référant au type de normativité qu'elle porte en elle et met en œuvre au sein même de la société libérale nouvelle qu'institue la révolution démocratique. Cette normativité se présente comme un compromis entre des formes de rationalisation et des formes de conservation de rapports sociaux issus de la société pré-libérale. Nous pourrions l'appeler le régime de la Tutelle, si du moins nous gardons à l'esprit qu'il ne s'agit pas ici seulement de la tutelle de droit civil dont nous avons rappelé l'existence juridique fondamentale, mais d'une Tutelle bien plus profonde, relevant de l'imaginaire social, qui répète des formes de vie pré-libérales et qui, de ce fait, contredit et rectifie l'imaginaire contractualiste. Dès la mise en œuvre des idéaux révolutionnaire via le Code civil et la Constitution, une carence a dû être comblée dans les sociétés modernes: le déficit de sécurité et de protection des individus. La question sociale au XIX^e siècle ne pouvait être prise en charge par l'Etat libéral; elle fut donc pensée en des termes non

¹⁵ Foucault, M. (1961), *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon.

¹⁶ Gauchet, M. et Swain, G. (1980), *La pratique de l'esprit humain: l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard.

¹⁷ Castel, R. (1976), *L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les éditions de minuit.

¹⁸ Charuty, G. (1985), *Le couvent des fous. L'internement et ses usages en Languedoc aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Flammarion (Nouvelle bibliothèque scientifique), p. 101.

¹⁹ En 1907, on ne compte encore que trois établissements d'Etat (Gheel depuis 1851, Mons, Tournai), un établissement provincial liégeois (Lierneux) et cinq établissements communaux. Les autres asiles du pays (une quarantaine) appartiennent à des particuliers et des ordres religieux (en particulier, aux Frères et Sœurs de la Charité de Gand). Chiffres donnés par Meeus, D. (1907), *L'assistance des aliénés en Belgique. Etude critique; réformes à introduire.*, Namur, éditions Godenne, p. 16. Gheel et Lierneux ne sont pas des asiles stricto sensu; ce sont des "colonies" qui ne concernent que 3-4% des aliénés.

²⁰ Ainsi, un document comme la "Note collective sur la situation de l'assistance des aliénés en Belgique" présentée à la Société de médecine mentale le 29 janvier 1910 se fait l'écho de cette problématique.

juridiques par les plus progressistes des patrons et par l'Eglise, cherchant à produire une « réponse à la fois politique et non-étatique » à la misère économique et la désintégration sociale des classes populaires.

« Tutelle, patronage, « capacités » (Guizot) ou « autorité sociale » (Le Play) » sont des « notions fondatrices d'un plan de gouvernamentalité à l'égard des classes inférieures », écrit Robert Castel dans ses *métamorphoses de la question sociale*²¹. Dans la pratique, ces notions furent particulièrement actives dans une société belge faiblement sécularisée où la prégnance de l'Eglise se faisait sentir dans tous les domaines de la vie. On devrait ici évoquer notamment le succès d'une doctrine comme celle de Le Play dans le monde catholique belge²². La présence du patronage est attestée, dans nos provinces, dès les années 1820-1830. Celui-ci repose sur trois principes fondamentaux que l'on retrouvera, mutatis mutandis, dans la vie asilaire:

1. Le rapport social (même quand il est de travail) n'est pas fondamentalement un rapport contractuel, mais un rapport inégal, constitué moralement autour des droits et des devoirs qui s'attachent à ses deux positions constitutives: le droit de direction s'accompagne du devoir de protection du côté du patron (de l'instituteur, du parent, du religieux); le droit à la sécurité s'accompagne du devoir d'obéissance du côté de l'ouvrier (de l'élève, de l'enfant, de l'insensé). Le subordonné n'est pas un être de liberté, mais un être de besoin; le rapport social (salarial, éducatif, parental, curatif) est un secours, un don que rien n'oblige.
2. L'ordre social suppose une sédentarisation tant du Maître que du subordonné. Il est essentiel que le patron ne se comporte pas comme un propriétaire immobilier lointain mais reconstitue avec son industrie l'ordre du domaine que la modernité libérale a, précisément, transformé en espace public de libre circulation, matrice du chaos social. Le patron doit « résider en son centre »²³. De la même façon, les ouvriers vivent sur le lieu même du travail.

²¹ Castel, R. (1999), *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*, Paris, Gallimard, p. 379.

²² Ainsi, au fameux congrès des œuvres sociales catholiques de Liège de 1886, 1887 et 1890, la référence à Le Play est constante. Cfr. Gérin, P. (1994), 'Catholicisme social et démocratie chrétienne (1884-1904)', in Gerard, E. and Wynants, P. (eds.), *Histoire du Mouvement ouvrier chrétien en Belgique*, Leuven, Leuven University Press, p. 67.

²³ Ewald, F. (1986), *L'Etat providence*, Paris, B. Grasset, p. 125.

3. L'ordre social passe par un projet de disciplinarisation de l'existence, c'est-à-dire par une forme de rationalisation du travail comme du loisir, de la santé comme de la maladie, du monde privé comme de l'espace public. Le patronage est le monde du règlement, de l'hygiène et de l'organisation. Tendanciellement, il peut déboucher sur une totalisation de l'existence de ses membres (éducation, travail, loisirs, vie religieuse).

L'institution de l'asile n'est donc pas le résultat d'un enfermement et d'une exclusion de la déraison; elle est plutôt un compromis entre la rationalisation juridique et médicale de la folie d'une part, le projet de protection, de remoralisation, de sédentarisation et de disciplinarisation de l'autre²⁴. A cette mission, l'ordre du couvent, élaboré bien avant les temps modernes, convenait étonnamment bien. Les ordres religieux se sont ainsi glissés dans les déficits de l'ordre libéral pour continuer à exercer le pouvoir social qui leur était dénié par l'ordre nouveau, en parfaite intelligence avec les plus progressistes des élites.

C'est bien pourquoi la norme asilaire apparaît à la fois comme un infra-droit et comme un contre-droit. Infra-droit, elle permet de fournir une protection et une sécurité que le contractualisme met sans cesse en péril, le préservant ainsi de ses effets autodestructeurs; contre-droit, elle conteste frontalement l'ordre du contrat et ne se déploie que dans le monde fermé d'institutions souveraines et closes qui semblent autant de défis à la liberté des Modernes.

On vérifie là, sur le cas de l'asile, une constante de l'histoire de la santé mentale dans la modernité: ses formes ne peuvent se configurer, se déployer et se diffuser qu'en concordance avec d'autres formes d'institutionnalisation qui correspondent à une construction de la question sociale *en général*, et donc du domaine du travail. La transformation de l'action publique en santé mentale que va porter, au stade suivant, la construction de l'Etat protectionnel ne contredira pas, au milieu du XXème siècle, cette constante: elle en constituera, au contraire, l'éclatante confirmation.

²⁴ On peut à cet égard établir un parallèle structurel entre l'asile d'aliénés et le patronage industriel. Cfr. De Munck, J. (2003), 'Le Grand Homme comme modèle de régulation sociale', *La Revue Nouvelle*, Bruxelles, juillet, p. 40-45.

II. L'Etat social et la santé mentale.

Un régime protectionnel au service de la citoyenneté sociale

En 1948, la responsabilité des asiles passe du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé, créé en 1936. Ce transfert de compétences, hautement symbolique, est l'aboutissement de cinquante années de socialisation de l'Etat en même temps que la consécration de la médicalisation de la folie. Nous sommes alors clairement entrés dans une forme d'action publique neuve qui rompt avec la figure précédente tout en se superposant à elle.

Avec cette construction de l'Etat social, la figure du citoyen et de son trouble mental vont profondément changer et, avec elle, son traitement thérapeutique et l'action publique qui s'y rapporte. L'insistance sur l'autonomie, propre à la modernité libérale, va progressivement faire place à la nouvelle synthèse du rôle fonctionnel de l'individu comme pivot de son intégration sociale (1). Dès lors, la santé mentale va être redéfinie par l'intervention d'un Etat programmeur qui vise à aligner la santé mentale sur le reste de la politique des soins (2.1.); qui prend acte du dépassement d'une clinique de l'instant et transforme l'idée même de maladie en la projetant sur l'axe du temps (2.2); et qui développe la professionnalisation des intervenants en santé mentale (2.3). Mais cette universalisation de la citoyenneté sociale va déboucher sur un processus de différenciation qui, paradoxalement, constituera un des facteurs de la dissolution du modèle (3).

1. La citoyenneté sociale et l'intégration par les rôles fonctionnels

Le régime protectionnel se constitue au croisement de deux dynamiques de modernisation. Ensemble, elles ont fait sauter les deux frontières qui tenaient prisonnière l'action publique en santé mentale dans la période précédente. A ce croisement, une nouvelle figure est construite: la figure du malade mental dépositaire d'une créance à l'égard de la société (1.1). Cette transformation renvoie à un profond changement de l'imaginaire fondateur de la citoyenneté (1.2).

1.1. *Au croisement de la juridicisation et de la médicalisation*

La première dynamique de l'Etat social est celle de la juridicisation de la protection. L'Etat-Providence s'appuie en effet sur les *droits-créances*, c'est-à-dire sur l'idée que les citoyens sont en droit d'exiger de l'Etat qu'il leur offre un certain nombre de services leur permettant de vivre conformément aux exigences de la dignité humaine. Cet objectif suppose un Etat redistributeur et organisateur de services (santé, justice, éducation...). À un Etat dont les espaces d'intervention étaient relativement limités par les droits-libertés, succède désormais un Etat aux visées englobantes. Les deux frontières qui corsetaient l'action publique sont transgressées systématiquement. Les ministères se multiplient, de grands projets politiques donnent lieu à des programmes dont l'objectif est l'accès de tous aux droits fondamentaux: éducation, santé, sécurité sociale, etc. La seconde barrière édiflée contre l'intrusion de l'Etat a donc sauté. Mais la première barrière n'est plus pertinente non plus: entretemps, la société civile a été redéfinie comme une *société civile organisée* par des groupes intermédiaires puissants. Elle n'est plus l'espace des libertés civiles à protéger, mais celui des intérêts (économiques, sociaux et culturels) à harmoniser par la négociation. Les contenus des droits-créances garantis par l'Etat font en effet l'objet d'une concertation de ces groupes au sein de l'appareil d'Etat, concertation fortement institutionnalisée.

La seconde dynamique est la dynamique de la médicalisation. Nous avons vu que l'aliénisme ne constituait à cet égard qu'une première étape, fort imparfaite puisqu'il laissait une large part à la régulation morale. Les avancées de la psychiatrie de la fin du XIX^e siècle, la naissance de la psychanalyse²⁵, puis les découvertes neurobiologiques ont permis une rationalisation de la nosographie et du traitement autour des deux axes qui structurent tous les débats depuis la contesta-

²⁵ La psychanalyse a fortement contribué, sur le versant psychodynamique, à la médicalisation du trouble mental dans une première étape (globalement jusqu'aux années 1950). Elle permettait en effet de faire rentrer dans l'ordre du traitement médical ce qui, à première vue, n'y était pas recevable. Ce n'est que dans les années 1960 que la relève psychanalytique réinterprétera, sur de sérieuses bases (notamment, chez Freud, la question de l'analyse profane), la découverte du traitement psychanalytique comme une avancée *anti-médicale*, annonçant le troisième modèle d'une politique des soins.

tion de l'aliénisme par les « physiologues »: l'axe organique et biologique *versus* l'axe psychodynamique. Cette médicalisation présente une dimension institutionnelle qui a bien été mise en évidence par la sociologie américaine fonctionnaliste: elle suppose la constitution d'un système de rôles médecin/malade autour d'attentes de comportement partagées et réciproques²⁶. Dans le cas du trouble mental, cet ajustement en un « système médical » a été particulièrement difficile et long à établir car ce type de troubles est réfractaire à la spécialisation du traitement, à la neutralité affective du médecin, à la volonté sincère de guérir, à l'objectivation des problèmes, bref à toutes les attentes normatives constitutives de la médecine contemporaine. + vers

C'est à travers cet ajustement institutionnel de la relation thérapeutique qu'on peut saisir l'étroite complémentarité entre juridicisation et médicalisation du trouble mental. D'un côté, la médicalisation a fourni des catégories à la nomenclature propre au système de droits-créances. En ce point de croisement des deux logiques, le marché de la psychiatrie et l'ordre hospitalier ont pu se stabiliser sur des conventions relativement stables et discriminantes grâce au support réciproque du droit et de la science. D'un autre côté, les droits-créances, couverts par le système assurantiel, ont facilité la substitution du rapport purement médical (avec objectif de soins) à la relation globale (à finalité d'assistance morale) qui caractérisait la prise en charge asilaire. Le rapport médical se caractérise en effet par le fait qu'il est un rapport social strictement différencié, qui rejette à l'extérieur de lui de multiples aspects de l'existence du malade (vie familiale, vie professionnelle, loisirs, religion etc.). Au cours des années 1960, ce processus de différenciation était suffisamment avancé pour que les subsistances du modèle asilaire du XIX^e siècle apparaissent, *aux yeux de beaucoup de médecins eux-mêmes*, comme un scandale « totalitaire ».

Un acte fondateur de ce processus de différenciation réside sans conteste dans l'institution, par la loi du 9 avril 1930, d'un régime spécial destiné aux aliénés délinquants. Même s'il ne s'agit encore, dans ce cas, que d'une distinction entre deux types d'institutions fermées, l'opération est lourde de signification. L'introduction du régime de défense

²⁶ Cfr. le texte célèbre de Talcott Parsons, fondateur de la sociologie de la médecine: **Parsons, T.** (1955), 'Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne', in Herzlich, C. (ed.), *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton

sociale n'est pas seulement une distinction interne à l'ordre judiciaire et carcéral; elle implique aussi, logiquement une distinction entre un traitement sanitaire *et* sécuritaire et un traitement *purement* sanitaire de la maladie mentale. Pour la première fois s'introduit l'idée d'un traitement différencié pour les malades « non dangereux » et les « malades dangereux ». Cette bifurcation inaugure la grande transformation, consacrée après-guerre, qui fera tomber les asiles d'aliénés dans le giron du Ministère de la Santé.

1.2. *La citoyenneté sociale comme horizon normatif*

Cette construction du rôle du malade et de l'ayant droit renvoie à un nouvel imaginaire de la citoyenneté. Le type de sujet qui se dessine là est celui d'un individu qui, librement et en raison, renonce à ses excès (ou à ce qui sera qualifié d'excès par les experts de la santé). Il renonce aussi à une partie de sa souveraineté au bénéfice des autres. C'est donc un individu, raisonnable, éclairé par la science (médicale surtout mais aussi par les sciences sociales) qui double son droit à la citoyenneté politique d'une responsabilité sociale.

La question de l'incapacité fait place à celle du handicap dont les formes graduées sont validées socialement par les experts du corps médical. La folie en vient donc à être comprise comme un handicap dépassable qu'une bonne organisation hygiénique et sanitaire devrait pouvoir aider à surmonter. Là s'approfondit ce travail d'inclusion du malade mental dont Gauchet et Swain avaient vu les prémices dans l'ordre asilaire²⁷. Alors que les politiques asilaires reposaient sur le contrôle social, l'action publique liée à l'État-Providence vise l'inclusion de la déraison par la médicalisation. L'altérité du fou se trouve relativisée par l'espoir d'une guérison possible, dont les pouvoirs publics ont à fournir les moyens. Ainsi, le rapport entre l'État et l'individu n'est plus seulement celui, politique, d'une liberté et d'une autorité constituée par contrat; il est aussi celui, fonctionnel, d'un service public avec un client.

Cette nouvelle figure du citoyen ne met plus l'accent sur une autonomie entrant en conflit ou en négociation avec une autorité externe agis-

²⁷ Gauchet, M. et Swain, G. (1980), *La pratique de l'esprit humain: l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard

sant à travers des commandements. Elle met plutôt en évidence l'intégration fonctionnelle des sujets à des systèmes différenciés, irréductibles l'un à l'autre mais qui concourent toutes, dans leur ordre particulier, au fonctionnement global de la société dont l'État a la charge. Cette intégration passe par des rôles qui cristallisent les attentes de comportement. Ces rôles ne sont pas seulement adoptés sous l'effet de la contrainte de l'autorité mais sont aussi intériorisés sous l'effet des besoins bien compris et du conformisme spontané des individus.

Chaque individu est donc porteur de son « rôle-set » comme disait Merton²⁸, dont la cohérence n'est pas d'emblée garantie. La liberté n'est plus cette entité spirituelle qui se trouve menacée par l'objectivation; elle ne se tisse, précisément, que dans les *conflits de rôles* et la *distance aux rôles* qui accompagne le souci de conformisme de tous les individus. L'utopie de la modernité organisée est de maximiser les marges de liberté en différenciant les rôles. Dans le domaine du trouble mental, cette orientation conduira à des pratiques sociales qui viseront à différencier une organisation médicale spécialisée – l'hôpital – du reste de la société; à organiser cette institution sur la base exclusive du savoir médical; à constituer le rôle du professionnel en santé mentale, susceptible de se coupler avec le rôle de malade mental; à spécialiser les prises en charge de la maladie considérée dans toute sa diversité (et non plus sous le vocable globalisant d'"aliéné", comme au temps de l'asile). Bref, il s'agit de tout mettre en œuvre pour que le malade puisse à chaque minute trouver, dans son environnement, confirmation de son statut de malade auquel il est prié de régler son comportement et de proportionner sa créance.

2. *L'Etat programmatique*

Dans l'histoire de l'État social, dont nous pouvons dater l'émergence vers 1880 (loi sur les accidents de travail), le raccrochement du champ psychiatrique au référentiel des droits sociaux est assez tardif. L'intégration de la psychiatrie a été relativement difficile en raison de la

²⁸ Pour une reprise des travaux fonctionnalistes comme un "autoportrait" de la "modernité organisée", c'est-à-dire de la deuxième phase de la modernisation sociale, cfr. Wagner, P. (1996), *Liberté et discipline. Les deux crises de la modernité*, Paris, Métailié, p. 237-244.

grande disparité cognitive et institutionnelle des référentiels d'origine. Il faudra attendre 1945 pour que s'inaugure une nouvelle époque d'action publique, à la hauteur du nouveau modèle de citoyenneté sociale qui se constitue depuis le début du siècle.

Retrospectivement, la politique d'Etat social menée à partir de 1945 dans le contexte des *Trente Glorieuses* est remarquable de cohérence. Elle a poursuivi de manière systématique et presque obsessionnelle un grand objectif: l'intégration, totale et sans reste, de la maladie mentale dans le système des soins généraux. On ne peut que contraster cette volonté d'homogénéisation avec la grande dispersion contemporaine, caractéristique de la troisième période.

Deux éléments ont concouru au succès de cette politique. D'abord, pour cela, l'action publique a fait usage d'un instrument privilégié: la planification centrale rendue possible par le système général de sécurité sociale. Les instruments cognitifs et techniques nouveaux générés par le système permettaient à l'action publique d'intégrer progressivement la santé mentale dans la santé tout court. Simultanément, sur le terrain, cette politique s'est traduite par la stabilisation du rôle du malade mental. Entre les pratiques de terrain et la programmation centrale, le dispositif hospitalier joue le rôle de courroie de transmission. Disposant d'un monopole institutionnel, l'hôpital est l'organisation clef autour de laquelle se structure le champ de la santé mentale. Cette situation durera jusque dans les années 1990, alors même qu'en France, en Grande Bretagne ou aux U.S.A. les premières fractures de l'hospitalocentrisme apparaissent dès les années 1960 (2.1.). Deuxièmement, en complément de cet hospitalocentrisme, l'action publique cesse de structurer son intervention autour du binaire interne/externe pour la structurer autour du binaire temporel chronique/aigu (2.2.).

2.1. *L'unification du secteur autour de l'hôpital*

Deux mouvements ont caractérisé l'intégration de la santé mentale dans le système général de la santé organisé par la Sécurité sociale. D'abord, il a fallu permettre l'intégration progressive des malades mentaux dans le système des droits sociaux. En 1956 fut créé le *Fonds spécial d'assistance* dont l'objectif visait à supporter les frais d'entretien et de traitement de certaines catégories de malades répondant au critère d'indigence. Jusqu'en 1963, le placement en service fermé était la solu-

tion considérée comme la moins coûteuse, les colloqués nécessaires étant automatiquement pris en charge par le Fonds spécial d'assistance. Après la législation de 1963 développant l'assurance obligatoire, l'INAMI reprendra peu à peu à sa charge les colloqués indigents émarquant au Fonds spécial d'assistance.

Deuxième mouvement: l'intégration progressive de l'asile dans le cadre hospitalier général. Trois étapes ont été nécessaires avant que cette intégration ne soit définitive. D'abord, après 1945, l'hospitalisation des malades mentaux vient compléter (et non remplacer, ni englober) le système asilaire. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le modèle asilaire est donc relativisé par l'introduction d'un modèle hospitalier ouvert. Les services classés sous l'indice O accueillent dorénavant les malades mentaux "volontaires", stabilisés ou non, dont l'état nécessite un traitement et des soins. Deuxième étape: la loi du 23 décembre 1963 signe l'insertion définitive de la maladie mentale dans l'architecture des soins de santé garantis par l'Etat. La réforme du système d'assurance maladie-invalidité reconnaît à la maladie mentale un statut comparable aux autres pathologies. Les dispositifs hospitaliers doivent respecter différentes normes pour obtenir l'agrément par l'INAMI qui accorde alors une intervention financière appelée "prix de la journée d'entretien". Mais les services fermés (les asiles, au sens strict) restent en-dehors du système. Ce n'est qu'en 1972²⁹ - troisième étape - qu'une nouvelle loi princeps sur les hôpitaux intégrera les services fermés qui, comme les services ouverts, bénéficieront dorénavant de l'avantage de la "journée d'entretien".

2.2. *De l'internement aux processus temporels de la maladie*

Les nomenclatures de l'Etat social, malgré leur caractère neutre et rébarbatif, sont loin d'être inintéressantes. Elles témoignent d'un état du savoir social sur la maladie mentale. Il faut remarquer qu'entre 1946 et 1972, on assiste ainsi à un basculement de la problématique de santé mentale, lisible dans les codes abstrus qui organisent son financement.

En 1946, une distinction ferme était établie entre les services psychiatriques fermés (indice F dans les nomenclatures INAMI) et les services

²⁹ Arrêté royal du 6 septembre 1972.

psychiatriques ouverts (indice O). Le critère est donc celui de la collocation. En 1974, cette distinction est abandonnée: l'arrêté royal du 15 février supprime les anciens services psychiatriques pour adultes et les remplace par deux nouveaux types de services neuropsychiatriques, classés A et T. Les services A sont destinés aux malades adultes nécessitant soit une intervention de crise, soit une observation ou un traitement actif; moins concernés par les problèmes de phase aiguë, de diagnostic et de choix d'une orientation thérapeutique, les services T doivent axer leurs activités sur la réadaptation sociale maximale des patients.

Entre les deux types de classification, un indice Q, singulier et dépareillé, est apparu en 1949. Il s'agissait de services destinés à des patients "non protestataires", à savoir des services ouverts qui accueillent de nuit des malades neuropsychiatriques dont l'état, compatible avec une certaine activité professionnelle, nécessite la poursuite d'un traitement en milieu hospitalier³⁰. Variantes des services ouverts, ces services Q annoncent aussi la réforme de 1974. Autre formule intermédiaire: en 1960, on crée les services neuropsychiatriques (indice P)³¹, destinés aux malades en phase aiguë demandant la mise au point d'un diagnostic et/ou l'application d'un traitement. Alors que l'hôpital psychiatrique commence à être perçu comme un lieu d'indifférenciation de catégories hétérogènes d'individus (malades mentaux, handicapés mentaux, assistés sociaux...), la création des services P a pour but de différencier des malades "temporaires" des autres résidents.

Ce progressif basculement des catégories consacre la victoire du discours médical. La temporalité de la maladie mentale devient à présent fondamentale pour distinguer les services, alors qu'en 1946 encore, ce sont les services qui distinguaient les malades. A partir de 1974, la disparition des services O, P et Q oblige les pouvoirs publics à reformuler la sémantique de la maladie mentale. A travers la création des services A et T, la psychiatrie se discrimine en spécialités différentes suivant les temporalités de la maladie somatique: « aigu/chronique ». Par ailleurs, cette réglementation consacre la fin des asiles d'aliénés.

³⁰ Comme pour les services ouverts, l'arrêté royal du 19 novembre 1965 fixe les normes d'agrément de ces services d'hospitalisation partielle.

³¹ L'index P est créé par l'Arrêté ministériel du 11 juillet 1960.

Ce nouveau système de distinctions possède ses lettres de créance épistémologique. Elle renvoie à un modèle évolutif de la maladie qui a, dans l'histoire de la psychiatrie, fait contraste avec un modèle syndromique et clinico-biologique, comme le relève Pichot³². Prenant exemple sur une approche botaniste, cette dernière démarche cherche à établir des classements, des regroupements des manifestations objectives et subjectives d'un état pathologique au sein d'ensembles catégoriels. La médecine aliéniste en était un exemple, que prolonge aujourd'hui par exemple l'emploi de la statistique multivariée³³. En revanche, le modèle évolutif se base sur l'observation clinique des signes et des symptômes, dans la durée et non plus dans l'instant. Aussi, l'emphase est mise sur la modification des signes objectifs, et ces signes sont reliés au substrat organique du corps. Pichot note que: "*partout, l'importance des signes extérieurs de la maladie a dû reculer derrière des points de vue qui ressortent des conditions d'apparition, d'évolution et de terminaison de la maladie*"³⁴. Il faut remarquer qu'à partir des années 1950, ce paradigme tend à s'imposer non seulement en psychiatrie mais aussi dans le traitement des addictions (notamment dans l'œuvre de Jellinek³⁵).

Cet appariement entre un modèle épistémologique de la maladie et la construction des catégories « temporelles » de la nomenclature aura des effets très importants pour la suite de l'évolution des politiques de santé mentale. Il annonce – et à ce titre, est une vraie médiation historique – le mode de construction de la maladie mentale qui sera au cœur de la redéfinition de la troisième période, que nous commenterons dans le prochain chapitre. Il est porteur d'une représentation qui n'est pas dépourvue d'effets inattendus puisqu'il provoque à la fois une déconstruction du concept de maladie (une déconstruction des syndromes) et

³² Pichot, P. (1988), 'Naissance et vicissitudes du concept de santé mentale', *Acta Psychiatrica Belgica*, 88

³³ Cfr. Gasser, J. et Stigler, M. (2001), 'Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM', in Ehrenberg, A. and Lovell, A. (eds.), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob

³⁴ Pichot, P. (1988), 'Naissance et vicissitudes du concept de santé mentale', *Acta Psychiatrica Belgica*, 88, p. 213.

³⁵ Jellinek, E.M. (1946), 'Phases in the drinking history of alcoholics. Analysis of a survey conducted by the official organ of Alcoholics Anonymous', *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 7, p. 1-88; Jellinek, E.M. (1952), 'Phases of Alcohol Addiction', *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, p. 673-684; Jellinek, E.M. (1960), *The disease concept of alcoholism*, New-York, Highland Park et Hillhouse Press

une extension du diagnostic³⁶. Une déconstruction: la catégorie nosographique n'est plus prédictive de l'avenir du sujet; au contraire, un même diagnostic catégoriel établi au moment t1 chez divers sujets peut déboucher sur des évolutions différentes au temps t2, t3,... tX. Une extension: la maladie, comme catégorie, est identifiée au stade évolutif « final » (c'est-à-dire au dernier stade de l'évolution des signes); le temps séparant l'observation d'un premier signe et la catégorie-aboutissement désigne ainsi tout autant un temps de maladie que celui d'une santé relative. Cet intervalle ouvre donc la possibilité d'interventions médicales différenciées selon l'évolution des signes. Il devient simultanément possible de décrire la population saine comme pré-morbide selon la position occupée par les individus sur les degrés de cette échelle. *L'idée d'une gravité d'échelle prend la place de celle d'« état » stable (état personnel ou socio-économique).*

2.3. *La professionnalisation des intervenants en santé mentale*

La professionnalisation des intervenants en santé mentale est un élément fondamental de la transformation du modèle asilaire en modèle protectionnel. L'Etat joue dans le processus le rôle crucial d'instance de validation des formations et de régulation du marché du travail. Lorsque s'établit le système de l'assurance maladie-invalidité, les médecins aliénistes, avec le soutien de l'Etat et des partenaires sociaux (mutuelles et médecins), se reconvertissent en psychiatres hospitaliers. En 1958, la spécialisation de neuropsychiatrie est officiellement reconnue. Au début des années 60, l'acte de psychothérapie réalisé par les psychiatres bénéficie d'une intervention financière de l'INAMI. En 1963, à défaut d'avoir pu donner de la cohésion à leur groupe professionnel, les psychologues manquent le remboursement INAMI de l'acte de psychothérapie qui leur était généreusement "offert". Alors que la loi sur l'art de guérir stipule que la psychothérapie relève d'un acte médical, les psychiatres considèrent que l'activité psychothérapeutique réalisée par les psychologues (psychothérapeutes) ne ressortissait pas d'un exercice illégal de l'art de guérir. Le tandem, conflictuel et coopératif, du psychiatre et du psychologue se constitue ainsi dans les années 1960.

³⁶ Macquet, C. (1994), *Toxicomanies. Aliénation ou styles de vie*, Paris, L'Harmattan, p. 55.

Mais il faudrait aussi évoquer l'importance des politiques étatiques dans les processus de professionnalisation des autres intervenants en santé mentale, comme les assistants sociaux, les infirmiers, les éducateurs. On pourrait, par des monographies singulières, montrer combien, dans chaque cas, la professionnalisation de ces métiers s'est trouvée au confluent des deux registres propres à l'Etat social: le registre de la concertation sociale et celui de la Sécurité sociale. *L'action publique a été un vecteur important de transformation des métiers de type « vocationnel », orientés par le dévouement, vers des compétences techniques et sociales.* Les politiques de formation sont bien sûr cruciales, de même que les monopoles accordés, de fait et de droit, à certains diplômes. Mais non moins important est l'inscription du processus de professionnalisation dans la scène de la négociation collective. Un cas d'école en est incontestablement le processus (tardif) de professionnalisation des éducateurs, si importants dans le secteur du handicap mental. Ce n'est qu'en 1974 qu'est mise sur pied une commission paritaire 319 des « Maisons d'éducation et d'hébergement ». Celle-ci peut être considérée comme le résultat de revendications sociales qui ont été difficilement relayées en raison d'une méfiance réciproque entre le milieu des éducateurs et les organisations syndicales et n'ont abouti qu'au terme du mouvement de mécontentement des années 1970. La constitution de la commission paritaire, la reconnaissance de l'installation de délégations syndicales et la négociation d'une convention collective portant sur les barèmes ont officialisé l'existence d'un métier qui, dans les asiles fermés pour enfants, n'avait pas jusqu'alors de vrai statut professionnel. Corrélativement, cette reconnaissance se traduira au niveau de la formation par la création d'écoles spécialisées pour éducateurs, d'associations d'éducateurs, de cours de promotion sociale.

3. *La dynamique paradoxale de la différenciation*

A mesure que s'étend l'emprise du secteur de la santé mentale, une différenciation croissante complexifie les processus de l'action publique. Ce processus fournit une des clefs des mutations à venir: née pour simplifier cognitivement les interventions, la différenciation débouchera sur une reglobalisation et sur la promotion de la notion de réseau.

On pourrait distinguer entre la différenciation externe et la différenciation interne. Dans le premier cas, il s'agit de distinguer, dans les catégories, les normes et les pratiques quotidiennes, entre ce qui relève et ce qui ne relève pas du « médical ». De là vient dans l'Etat social le souci obsessionnel de la construction des frontières qui, simplifiant les pratiques, engendrent simultanément de non moins obsessionnels conflits de compétences. En particulier, la distinction du soin, du travail et de l'aide sociale comme trois secteurs distincts et interconnectés est au cœur de l'effort de rationalisation de l'Etat programmeur³⁷. A côté de cette différenciation externe, la différenciation interne naît d'une logique de spécialisation virtuellement infinie du champ médical. Chaque diagnostic, chaque pratique, chaque public-cible, mérite son organisation, sa culture, ses professionnels³⁸.

Mais cette distinction entre différenciation interne et externe va elle-même être subvertie à partir de la fin des années 1970 par une ironique et paradoxale reglobalisation. Le cas des services pédopsychiatriques (indice K) est éloquent à cet égard. Ces services sont destinés aux jeunes malades nécessitant une intervention d'urgence (en cas de crise) ou une observation et un traitement actif. Le gouvernement a cherché à aligner leur fonctionnement sur celui des services A et T en 1977. Pourtant, trois dynamiques ont convergé pour faire échouer cette homogénéisation recherchée par les pouvoirs publics. D'abord, avides de savoirs qui leur confèrent une identité au sein du champ, les pratiques du sous-champ pédopsychiatrique se sont autonomisées. Le secteur a

³⁷ Par exemple, en matière de handicap, on voit dans les années 1960-1970 s'institutionnaliser un clivage, à partir de la mise sur pied de deux fonds de financement. La loi du 16 avril 1963 instituait un Fonds National de Reclassement Social des Handicapés (FNRS), dit « Fonds marron ». Né en pleine période de croissance économique, celui-ci aura pour mission d'aider les handicapés à atteindre une « récupération fonctionnelle maximum » et ainsi améliorer leur aptitude à l'emploi. Il est à noter que ce fonds dépendra du Ministère de l'Emploi et du Travail. Le second fonds, dit « Fonds 81 », sera institué par l'arrêté royal n°81 du 10 novembre 1967. Cet arrêté concernera directement les établissements agréés assurant un régime d'internat ou de semi-internat, les homes agréés pour handicapés majeurs ou les services agréés de placements familiaux. Il dépend du Ministère de la Santé.

³⁸ Ainsi par exemple, en 1971, un arrêté royal crée les services de neuropsychiatrie infantile (index d'agrément K). En 1975, on officialise l'existence de Services de santé mentale, origine d'un secteur ambulatoire en psychothérapie qui se distingue de la psychiatrie ambulatoire et de la psychiatrie hospitalière. Après le vote de la loi de prohibition de 1975 (modifiant la loi de 1921), de nouveaux services seront ouverts aux toxicomanes. Ceux-ci vont eux-mêmes rapidement se spécialiser etc.

constitué son propre référentiel, éloigné des nomenclatures officielles. Ensuite, les services K ont naturellement appelé des dispositifs complémentaires. De nouveaux dispositifs psycho-socio-thérapeutiques ont vu le jour, confirmant une extension de l'investigation psychiatrique à des sujets qui précédemment n'en relevaient pas. Enfin, référant à différents niveaux de pouvoirs et à différents champs de compétence, le sous-champ pédopsychiatrique a naturellement été amené à travailler en réseau avec des dispositifs d'aide et d'éducation. Mises ensemble, ces trois dynamiques ont conduit à un processus de singularisation des services en question, et de globalisation de leur pratique.

Un des moments décisifs de ce processus de reglobalisation fut l'invention de la « convention de rééducation fonctionnelle »³⁹. Par son intermédiaire, l'INAMI finance des modes d'intervention ne relevant pas stricto sensu du traitement médical classique. Le secteur pédopsychiatrique en fut précisément un des lieux de développement privilégiés, en même temps que l'alcoolisme et la toxicomanie. Aboutissement de la logique protectionnelle, la formule annonce déjà son épuisement et son dépassement.

Prenons d'abord bien conscience de tout ce qui rattache la « convention INAMI » à la « citoyenneté sociale ». D'abord, elle est née des revendications du mouvement mutuelliste. Vers la fin des années 1960, les mutuelles commencèrent à souligner que le traitement médical n'est pas toujours suffisant pour faire recouvrer l'entière capacité fonctionnelle des personnes malades. Après avoir reçu des soins généralement en milieu hospitalier, les personnes guéries (dans le meilleur des cas) connaissent à l'occasion un handicap qui les éloigne donc d'une « ligne de santé » normale et qui n'est plus soigné en milieu hospitalier. Dans l'espace séparant cette « ligne de santé » normale et le handicap fonctionnel irrédentiste, il semblait cependant possible de mettre en œuvre des prestations permettant ainsi aux personnes de revenir vers la normale. Cette situation se présente très fréquemment à l'époque dans le domaine des accidents de travail et dans celui des interventions de car-

³⁹ La première convention date du 19 décembre 1966. Il s'agissait de la subsidiarité d'établissements de rééducation psycho-sociale pour adultes. En 1969 (28 juillet), l'INAMI engage le financement d'établissements de rééducation pour enfants et adolescents présentant des troubles mentaux graves. La première convention relative aux toxicomanes date du 1^{er} octobre 1981.

diologie. Ensuite, l'objectif est clair: la personne concernée doit devenir apte à reprendre son travail, c'est-à-dire à générer des cotisations sociales. Il s'agit donc bien de faire revenir la personne handicapée dans l'échange salarial et dans une solidarité active avec les autres citoyens. En acceptant des soins de rééducation, la personne prend soin d'elle-même tout en prenant soin de la collectivité des actifs, de l'échange salarial et de ses institutions connexes. Troisièmement, contrairement aux équipements hospitaliers partiellement couverts par des fonds générés par l'impôt, le coût des rééducations repose entièrement sur les budgets soins de santé financés par les cotisations sociales. Ce n'est pas au nom de sa citoyenneté politique que la personne bénéficie de ces services mais bien en celui de sa participation à la vie socio-économique; ce n'est pas non plus au nom de cette citoyenneté politique que les services sont financés mais à celui de l'utilité sociale des personnes concernées. Enfin, ces conventions sont censées présenter un caractère expérimental. Conclues pour une durée d'une année, éventuellement reconduites de manière tacite pendant plusieurs années, elles devaient réintégrer le secteur hospitalier à terme.

Pourtant, cette réintégration ne s'est pas réalisée. C'est que, secrètement, ces conventions de « rééducation » portaient en elles un autre modèle d'intervention publique: elles enjambent de façon désinvolte la frontière du médical et du non-médical; elles participent d'une logique de projets portés par des professionnels de terrain plutôt que de décisions centrales; elles sont « définitivement temporaires », dépendant de contrats générant une incertitude sur leur survie. Une nouvelle politique s'esquisse ainsi dans un repli des nomenclatures de l'INAMI. L'embryon grandira très vite, au fil du développement, dans les années 1970 et 1980, de la critique généralisée de l'hôpital sur fond d'une grande mutation du régime de citoyenneté.

III. L'Etat-réseau et la santé mentale.

Un régime d'activation au service de la citoyenneté post-conventionnelle

S'il fallait trouver un dispositif symbolique de l'action publique en santé mentale au cours de la troisième période, il serait vain de le chercher dans un transfert de compétences ministérielles similaire à celui qui s'est produit en 1947. On devrait plutôt en chercher le paradigme dans le travail d'un comité interministériel. Là, des membres de cabinets et d'administrations différentes discutent des politiques fédérales de coordination entre leurs différents services. Il n'est pas rare d'y voir d'autres niveaux de pouvoir, communautaires ou régionaux, associés à la négociation. Il est dépassé, le mode de rationalisation de l'action publique qui simplifiait les problèmes en délimitant les compétences des Ministères comme autant de chasses gardées. Une politique se construit en réseaux, et les objets des politiques publiques échappent aux frontières prédéfinies sans, pour autant, constituer de nouveaux espaces cloisonnés.

A la fin des années 1980 et au début des années 1990, on peut rétrospectivement constater la présence de multiples signaux indiquant une transformation assez radicale du modèle d'action publique. Ce changement trouve partiellement son origine dans des mouvements qui ont transformé la culture et les contraintes de fonctionnement du « secteur » à partir des années 1960. Nous rappellerons d'abord l'importance qu'a eue, à la fin de la période protectionnelle, l'émergence d'une contre-culture porteuse de motifs critiques qui ont ouvert une crise de la psychiatrie. La première cristallisation institutionnelle de ces impulsions nouvelles fut la création du secteur ambulatoire en 1975 (1). Nous camperons ensuite en quelques concepts les orientations de la nouvelle politique publique telles qu'elles sont formulées dans les années 1990. Deux types de développement nous paraissent expliquer cette transformation: le processus politique de déshospitalisation initié à la fin des années 1980; le développement de nouvelles sémantiques dans le champ économique et social (2). Le statut de la santé mentale se

transforme en conséquence. Il n'est plus tant question de maladie mentale que de souffrance mentale. Comme dans les époques précédentes, cette problématique ne s'éclaire pas par elle-même. Elle s'enlève de la mutation des coordonnées de la citoyenneté dans les sociétés développées. C'est l'imaginaire fondateur de l'intégration sociale qui fait naître ces nouvelles formes, encore mal maîtrisées, de troubles et de souffrances. C'est cet imaginaire qu'il faut aujourd'hui tenter d'élucider pour ressaisir les enjeux normatifs fondamentaux des politiques contemporaines (3).

1. La contre-culture des années 1960 et le secteur ambulatoire

En Europe comme aux Etats-Unis, l'époque des années 1960 fut particulièrement importante dans le champ de la santé mentale. Une double remise en cause fut portée par des courants divers (antipsychiatrie, psychanalyse, psychologie clinique, sociologie critique) dont il ne peut être question, ici, de résumer les débats.

Premièrement, la critique a porté sur l'enfermement: l'exclusion et les mauvais traitements des malades mentaux dans des institutions totalitaires ont fait l'objet d'une contestation frontale⁴⁰. C'est l'aspect le plus connu et le plus consensuel des critiques portées par l'antipsychiatrie, par certains courants psychothérapeutiques (psychanalyse et systémique) et par la sociologie critique.

Deuxièmement, la critique a porté sur l'hospitalocentrisme comme solution alternative à l'asile. Ce deuxième motif, plus radical que le premier, eut beaucoup plus de peine à s'imposer car il touchait le cœur des politiques de l'Etat social et de ses idéaux scientifiques. Au plan épistémologique, il s'appuyait sur une critique de l'objectivation médicale du patient⁴¹ qui puisa ses ressources argumentatives dans les travaux qui, à la suite des courants phénoménologiques et structuralistes, mettaient

en lumière la nature ambivalente de l'objet/sujet des sciences humaines, les déterminants sociaux de la maladie mentale et du savoir sensé la soigner. Les différentes psychothérapies qui, en même temps que la psychanalyse, se sont diffusées dans les années 1950-1960 ont apporté une vraie alternative à la démarche médicale, durcissant l'opposition entre approches objectivantes et organicistes et approches subjectivantes et psychodynamiques. Au plan institutionnel, la critique de l'hospitalocentrisme conduisait à promouvoir une autre conception du soin « hors-les-murs », dans des circuits de vie démedicalisés. Au « cure », elle oppose le « care » et la liberté du sujet. A l'espace des soins, elle oppose l'espace de vie.

La critique de l'asile et celle de l'hôpital se recouvrent partiellement, de sorte qu'elles furent souvent confondues. Cependant, on peut les distinguer analytiquement et, de cette manière, rendre compte de destins post-asilaires très différents en Occident. Aux Etats-Unis, la critique de l'asile est allée de pair avec une déshospitalisation qui, en l'absence de relais publics de sécurité sociale, a en fait débouché sur une privatisation des services de soins. En France, en revanche, la politique du secteur initiée en 1960 a conduit à une politique qui ouvrait les portes de l'asile, mais qui a placé l'hôpital au centre de la politique de santé mentale. Même orienté vers la prévention et la postcure, le secteur français est resté hospitalocentré jusqu'à ce jour. Notre pays a choisi...de ne pas choisir: généreux, l'Etat social a généré deux lignes de développement parallèles. D'un côté, les politiques d'hospitalisation se sont développées jusqu'à ce que la crise budgétaire oblige à une reconversion; d'un autre côté, un secteur ambulatoire relativement autonome s'est développé en tirant profit de la différenciation générale des structures de l'Etat providence.

L'arrêté royal du 20 mars 1975 est révélateur de cette option. Il institue les « services de santé mentale » (SSM). Le SSM constitua la passerelle institutionnelle qui permit l'ouverture d'une alternative à l'hôpital sans pourtant le contester frontalement.

Le SSM se cristallise à l'intersection de deux couches historiquement disjointes de psychiatrie alternative. La première s'était développée depuis les années 1920 autour du concept d'hygiène mentale. Sous la houlette de la « Ligue belge d'hygiène mentale », des dispensaires s'étaient constitués afin de fournir des soins, notamment préventifs, en

⁴⁰ En 1973, l'éditorial du numéro spécial de *La Revue Nouvelle* consacré à "la folie parmi nous" fait encore de ce problème l'enjeu fondamental des réformes à venir. Cfr. **Delepeleire, M.** (1973), 'Introduction', *La Revue nouvelle*, LVIII, 10, p. 241-244.

⁴¹ Cfr. entre autres **Mannoni, M.** (1970), *Le psychiatre, son "fou," et la psychanalyse*, Paris, éditions du Seuil et **Jeanson, F.** (1987), *La psychiatrie au tournant*, Paris, éditions du Seuil.

ambulatoire. Il s'agissait d'une critique de l'asile parfaitement compatible avec la perspective d'une substitution par l'hôpital. Jusqu'en 1975, ces dispensaires seront financés par la Ligue, qui, depuis 1953, recevait dans ce but des subsides qu'elle redistribuait aux dispensaires. Le dispensaire est clairement lié à l'Etat protectionnel et dépend, dans la formulation de ses objectifs et de ses moyens, de la sémantique de la question sociale et du référentiel psychiatrique.

La seconde ligne critique était née au cours des années 1960 dans l'orbite de la critique non seulement de l'asile, mais aussi de l'hôpital. Cognitivement, la contre-culture avait introduit la référence aux psychothérapies, à la diffusion desquelles la progressiste Ligue nationale d'hygiène mentale s'attela bien avant 1975. Organisationnellement, elle avait généré des expériences inédites comme celles du club Antonin Artaud à Bruxelles, en 1962. Elle croisait un courant novateur de psychiatrie sociale, qui s'est notamment exprimé au travers du rapport "Projet d'organisation de l'assistance psychiatrique en Belgique (commission d'étude de la Fondation Julie Renson, 1959)"⁴². C'est surtout l'expérience de l'« Equipe » qui allait s'imposer comme paradigme⁴³. Cette apparition de Centres de Santé mentale "à projet" contraste fortement avec la logique hospitalière qui prévalait jusqu'alors. Elle s'inscrit dans une mutation plus générale des formes de vie associative et d'intervention sociale, dont les centres de planning et les Maisons médicales sont d'autres exemples bien connus.

⁴² Rapport publié en 1960 dans *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 2, p. 154-243.

⁴³ Sur le modèle français du secteur, Jan Vermeylen créa en 1960, à Anderlecht, un dispositif "adultes" de psychiatrie sociale, de sorte qu'en 1961 déjà, le service psychosocial en secteur d'Anderlecht comprend trois structures de base: une consultation d'hygiène mentale au centre de santé communal, un service d'urgences et de soins psychiatriques à domicile ainsi que des consultations de psychosomatique à l'Institut médico-chirurgical de la commune. A partir de 1964, s'adjoignent au dispositif précité un foyer de post-cure ainsi qu'un club de loisirs; une convention, tacitement reconduite d'année en année, est signée entre ce dispositif et l'INAMI. Jean Vermeylen fera des émules, notamment dans le monde catholique. Ainsi, Léon Cassiers fondera notamment les centres de guidance de St-Gilles et de Chapelle-aux-Champs avant la réglementation de 1975. Ces expériences "hors-les-murs" se démarquent du dispensaire en ce sens qu'elles s'appuient essentiellement sur un référentiel psychothérapeutique plutôt que psychiatrique et contestent l'ordre hospitalier. Cfr. notamment Vermeylen, J. (1973), 'Dix ans de travail psychiatrique en secteur. Anderlecht 1961-1970', *La Revue nouvelle*, LVIII, 10, p. 309-328 et Vermeylen, J. et Schoulters-Decroly, L. (2001), *Hors les murs! Naissance de la psychiatrie extrahospitalière. L'Equipe: histoire et philosophie*, Bruxelles, Groupe secteur recherche.

En formant un compromis imaginatif entre le dispensaire (avec orientation sociale) et les impulsions venues de la contre-culture des années 1960 (avec référentiel psychologique et subjectivant), le secteur ambulatoire en gestation dans les années 1970 s'intégra à l'Etat social protectionnel sur un mode polémique. Avec les centres P.M.S., il constitua par excellence le lieu de reconnaissance publique des nouveaux professionnels de la santé mentale qu'étaient les psychologues. En concurrence avec les psychiatres pour la maîtrise du champ, ces nouveaux professionnels accentuèrent le contraste avec la psychiatrie officielle et avec le monde hospitalier. De sorte que si, officiellement, l'arrêté royal de 1975 assignait aux nouveaux SSM la mission de développer des coordinations avec l'hôpital, les perspectives de coopération sont restées de l'ordre du vœu pieux jusque dans les années 1990. Ce développement séparé de deux secteurs distincts fut précisément le mode de gestion belge de la crise de la santé mentale des années 1960. Plutôt que de trancher entre deux modèles, on les développa de manière complémentaire et concurrente. Cette configuration a permis en réalité un grand développement du champ de la santé mentale au cours du dernier quart du XXème siècle. Elle ne s'épuise qu'aujourd'hui, compte tenu de processus que nous devons à présent commenter.

Au même moment, l'industrie pharmacologique s'empare des grandes découvertes des années 1950 pour développer la recherche et ouvrir un nouveau marché aux "drogues de l'esprit". Les neuroleptiques et les antidépresseurs envahissent les consultations médicales - pas seulement celles des psychiatres, au demeurant. Si le médicament ne "guérit" pas, il est cependant efficace pour lever certains syndromes qui gênent particulièrement la vie quotidienne du malade et empêchent sa socialisation. C'est dire que l'efficacité du médicament se marque plus, paradoxalement, dans la vie sociale du malade et son mode d'interaction avec autrui que sur sa maladie proprement dite. Portée par les forces du marché, la diffusion du médicament permet ainsi de traiter en ambulatoire - ou en hôpital général - des populations qui, sans elle, se retrouveraient en milieu fermé. Il faut noter ce paradoxe que la grande critique de la "médicalisation" de la folie a ainsi trouvé, dans le médicament, un allié médical tout à fait inattendu pour progressivement déshospitaliser un bon nombre de patients chroniques et les pousser à mener une vie hors-les-murs.

2. La refonte des années 1990

Les transformations de l'action publique en santé mentale des années 1990 ne découlent pas directement de la contre-culture des années 1960. Il serait faux de réduire l'apparition des "réseaux" et "circuits de soins" à une "victoire" de l'ambulatoire sur l'hospitalier. Pourtant, il est vrai que des thèmes émancipateurs véhiculés dans les années 1960 se retrouvent aujourd'hui dans les projets de réforme: déshospitalisation, clinique du "care" autant que du "cure", insertion dans la ville, etc. Cependant, ces thématiques ont été filtrées et reformulées par les grands chambardements nés de la sortie de la société industrielle et des mutations de la question sociale qui en ont résulté. Après avoir rappelé les innovations-clefs autour desquelles tournent aujourd'hui les réformes en cours (2.1.), nous en dégagerons la double généalogie: la politique de déshospitalisation engagée dès le milieu des années 1980 pour des raisons budgétaires (2.2.); l'émergence d'une nouvelle sémantique socio-économique articulée sur des objectifs d'efficience et de légitimité (2.3.).

2.1. Les nouveaux dispositifs de l'action publique en santé mentale

Les années 1990 apparaissent d'ores et déjà comme des années d'innovation dans le secteur de la santé mentale. Trois tendances innovantes peuvent être dégagées, initiées par des acteurs différents: une refonte du système de concertation (2.1.1.); une refonte de l'organisation des soins (2.1.2.); une judiciarisation du champ (2.1.3.).

2.1.1. Les plate-formes de concertation

A la suite de "Tables rondes de la santé" (aux niveaux fédéral et communautaire) organisées en 1989, le Ministre Busquin crée en 1990 un nouveau type d'instance: la "plate-forme de concertation pour la santé mentale". Liées à des territoires – il en existe 5 en Flandre, 8 en Wallonie et 1 à Bruxelles – les plates-formes de concertation en santé mentale sont, au moment de leur naissance, constituées de cinq dispositifs de santé mentale: HP, SPHG, MSP, IHP et SSM. Leur fonction première est d'assurer la coordination de réseaux de soins en associant l'hôpital et le secteur ambulatoire.

La plate-forme de concertation est significative à bien des égards. Il faut d'abord noter que sa création prend acte de l'obsolescence de la distinction entre hospitalier et ambulatoire qui avait pourtant structuré la politique du secteur pendant 15 années. Mais c'est le modèle même de l'action publique qui est transformé sur trois plans: la conception de la société civile véhiculée (1), le mode d'association aux professionnels (2) et le mode de spatialisation de l'action publique (3).

- (1) Comparons une plate-forme et le CNEH. Le CNEH correspond encore à un modèle de concertation Etat/société civile typique du régime d'Etat social. Il s'agit alors, sur le modèle du Conseil national du travail, de créer un organe consultatif où les différents groupes d'intérêts étaient représentés, et notamment les différents piliers de la société belge. La plate-forme, quant à elle, regroupe des professionnels (et potentiellement d'autres *stakeholders* des politiques), non des groupes d'intérêts constitués et représentatifs. Si le projet de réforme discuté en 2002 inclut à la première liste de membres rappelée ci-dessus les organismes conventionnés INAMI, il faut noter que le CNEH a aujourd'hui souhaité y inclure aussi "d'autres acteurs qui contribuent à la réalisation des soins de santé mentale"⁴⁴.
- (2) La plate-forme est un lieu d'articulation de la décision et de l'exécution. Elle doit à la fois coordonner l'action sur le terrain, renvoyer des informations au pouvoir politique et transmettre les directives. Loin d'être seulement un conseil (plus ou moins influent) au décideur, il s'agit d'un lieu de réflexivité en vue de piloter l'action publique en train de se faire. La question de la portée réelle de son pouvoir d'intervention est donc âprement discutée. Il s'agit vraiment d'un "objet non-identifié" de la science administrative.
- (3) La plate-forme est liée à un "territoire" dont les limites sont définies de manières multiples (en tout cas, pas sur la base unique des divisions administratives). La notion de territoire est, par principe, extrêmement imprécise. Elle vise au fond à dépasser les limites spatiales fixées a priori pour épouser les contours de l'action réelle. Cette notion rentre évidemment en contradiction avec les schémas

⁴⁴ Avis du Groupe permanent « Psychiatrie » du CNEH concernant la spécificité et le développement des circuits de soins de santé mentale et le rôle facilitateur des plates-formes de concertation dans ce processus, 14 novembre 2002.

de spatialisation usuels utilisés par l'administration publique de l'Etat libéral et de l'Etat social. On assiste à des tensions autour de cette notion. Ainsi, par exemple, des tentatives sont faites, à l'heure où ce texte est écrit, pour ramener la notion de territoire des plates-formes à celle de province, renvoyant ainsi à un découpage de l'espace national hérité de l'Etat libéral. Le CNEH a objecté à cette tentative en faisant valoir que la province n'était pas le cadre réel de l'action en santé mentale aujourd'hui, ce qui signifierait que cette référence reviendrait à réaménager autoritairement le « terrain »⁴⁵.

2.1.2. Les circuits et les réseaux de soins

Si l'initiative des plate-formes revient au pouvoir politique, la réforme des soins de santé peut être attribuée au secteur hospitalier traditionnel. Face à la politique de déshospitalisation dont nous parlerons dans un instant, et sous la menace de nouveaux types de concertation faisant la part belle au secteur ambulatoire, le secteur hospitalier a bien dû s'adapter. Il était conscient que des compétences risquaient de glisser du pouvoir fédéral vers les pouvoirs communautaire et régional qui ont le secteur ambulatoire dans leurs attributions⁴⁶. Par un vigoureux mouvement de repositionnement, à la fin des années 1990, le CNEH a dépassé le rôle de défense conservatrice de l'hôpital qu'il aurait, par inertie naturelle, pu adopter. Il a pris le leadership de la réforme de la politique publique en suscitant les coalitions nécessaires à une modification fondamentale des cartes cognitives du secteur. Dans les termes de Pierre Muller⁴⁷, nous pourrions voir dans le positionnement du groupe de travail "Psychiatrie" du CNEH la formation d'un groupe de "médiateurs" qui a joué un rôle important d'innovateur des politiques publiques en santé mentale.

⁴⁵ Avis du Groupe permanent « Psychiatrie » du CNEH concernant la spécificité et le développement des circuits de soins de santé mentale et le rôle facilitateur des plates-formes de concertation dans ce processus, 14 novembre 2002.

⁴⁶ Fin octobre 2000, la Cour d'Arbitrage dénonçait le droit du Ministère fédéral à pouvoir réglementer des matières qui ne relèvent pas de sa compétence: en particulier, les "services de santé mentale" (SSM). Cfr. Cour d'Arbitrage, "Arrêt n°108/2000 du 31 octobre 2000 concernant l'annulation des articles 190, 191 et 194 de la Loi du 25 janvier 1999".

⁴⁷ Muller, P. (1998), *Les politiques publiques* (3e éd. corrigée Edition), Paris, Presses universitaires de France.

Dans un avis du 12 juin 1997, ce groupe de travail suggère l'adoption de nouveaux concepts-clefs: le réseau (1), le circuit de soins (2) et le groupe-cible (3). Ces notions sont reprises dans la Loi du 25 janvier 1999 modifiant la Loi sur les hôpitaux. Chacune d'entre elles va engendrer son propre champ conflictuel.

- (1) *Le réseau.* Dans le champ de la santé mentale, le réseau sera défini comme un ensemble de prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services, qui offrent conjointement un ou plusieurs circuits de soins dans le cadre d'un accord de collaboration juridique intra- et extra-muros et ce, à l'intention d'un groupe-cible de patients à définir par eux et dans un secteur à motiver par eux. Le réseau prend donc la forme d'un nœud de contrats, juridiquement sanctionnés, liant des institutions entre elles pour assumer certaines missions. On remarquera que cette définition du réseau n'est pas incompatible avec celle du pilier classique (*verzuiling*), mais elle n'est pas non plus strictement identique à elle. L'enjeu des débats portant autour de cette notion de réseau est de savoir qui peut sélectionner les membres des réseaux et définir leurs missions. Une crainte, manifestée par les professionnels du terrain a été formulée à l'égard d'une politique autoritaire de constitution des réseaux par le pouvoir fédéral ou par le secteur hospitalier (ou les deux). Dans ce cas, la constitution de réseaux deviendrait synonyme de subversion des piliers ou de défense de l'hospitalocentrisme, et dans tous les cas de reprise en mains par le pouvoir fédéral des coordinations locales.
- (2) *Le circuit de soins.* Le circuit de soins est l'ensemble des programmes et autres équipements de soins, organisés par le biais d'un réseau, qui peuvent être parcourus par le groupe-cible. Ce nouveau concept de soins de santé mentale s'inspire plus ou moins du modèle hollandais dans lequel un *zorgcircuit* comprend une offre d'aide régionale et intégrée, composée de plusieurs programmes d'aide orientés vers divers groupes-cibles. Il correspond à un double objectif. D'une part, il s'agit de construire les soins à partir de la personne du malade plutôt que de l'offre institutionnelle. D'autre part, il s'agit de permettre une gestion flexible et révisable de soins continus dans le cadre d'une volonté d'encadrer des trajectoires plutôt que de soigner des états. L'enjeu central du débat né de cette notion a été celui de la liberté du patient et du thérapeute. Aux yeux de certains, la liberté de choix du patient paraissait en danger, de même que la consultation de l'entourage. N'allait-on pas créer des programmes définis a

priori par des institutions conventionnées sous la pression plus ou moins contraignante des pouvoirs publics?

- (3) *Le groupe-cible.* Le CNEH propose de structurer réseaux et circuits de soins selon des groupes de patients (potentiels ou actuels). Initialement, les six groupes retenus sont: les adultes, les enfants et adolescents, les personnes âgées, les patients sous contrôle judiciaire, les handicapés avec troubles psychiatriques sérieux, les toxicomanes. Il semble que la réforme s'oriente désormais vers une liste de trois groupes (jeunes, adultes, vieux). Une norme de programmation sera fixée concernant les soins à offrir à chaque groupe, tant au plan des moyens affectés que des modes d'exécution des programmes. L'enjeu principal de la constitution de cette liste est sans conteste l'abandon partiel des nomenclatures nosographiques comme base de subsidiation et de structuration du secteur. De cette manière une différenciation entre le mode de financement et le diagnostic devient possible⁴⁸. Cette différenciation relativise fortement l'importance pratique du DSM et de l'ICD-10 auquel fait théoriquement et explicitement référence le CNEH. Du coup, la proposition du CNEH est apparue comme ambiguë, puisqu'au même moment où il fait acte d'allégeance aux classifications internationales inspirées de la psychiatrie positiviste néo-kraepelinienne, il minimise la portée réelle de cette référence pour la fixation des normes de financement.

2.1.3. Une judiciarisation de la santé mentale

Après de longs débats⁴⁹, la réforme du régime de placement psychiatrique en Belgique s'inscrit, en 1990, dans un vaste mouvement de judiciarisation de la santé mentale dans l'Europe tout entière. Il se produit à l'instigation de la Cour européenne des droits de l'Homme.

L'arrêt WINTERWERP/Pays-Bas, prononcé le 24 octobre 1979 par cette Cour, annonce ce changement. Il s'agissait d'un malade néerlandais qui, pendant une dizaine d'années, avait fait l'objet de mesures d'interne-

⁴⁸ Comme y insistera Jef Van Holsbeke, un des pères de la réforme, au cours de son intervention orale à la Ligue Wallonne pour la Santé Mentale à Namur le 14 novembre 2002.

⁴⁹ Sur ces débats, cfr. **van de Kerkhove, M.** (1994), 'La loi relative à la protection de la personne des malades mentaux. Les principales étapes d'une réforme', in *Malades mentaux et incapables majeurs. Emergence d'un nouveau statut civil*, G. Benoît, I. Brandon et J. Gillardin (eds.), Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 25-39.

ment prises par les autorités judiciaires compétentes sans qu'un recours s'ouvre à lui et sans jamais être entendu personnellement (pour de prétendues raisons médicales). La Cour a, de manière remarquable, assimilé cet internement à une détention. Elle a souligné que les droits élémentaires relatifs à la privation de liberté avaient été enfreints. Elle a en outre souligné que le terme « aliéné » « ne se prête pas à une interprétation définitive: comme l'ont souligné Commission, Gouvernement et requérant, son sens ne cesse d'évoluer avec les progrès de la recherche psychiatrique, la souplesse croissante du traitement et les changements d'attitude de la communauté envers les maladies mentales, notamment dans la mesure où se répand une plus grande compréhension des problèmes des patients ». Cet arrêt, confirmé par d'autres arrêts de la Cour, amena le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe à recommander aux Etats membres des modifications substantielles de leurs législations sur la maladie mentale. Comme les autres pays européens, la Belgique modifia sa législation via la loi du 26 juin 1990 sur « la protection de la personne des malades mentaux » et celle du 18 juillet 1991 sur l'administration provisoire des biens de l'incapable majeur.

Du point de vue de l'action publique, cette mutation signe un changement de l'économie des pouvoirs. Le pouvoir judiciaire en sort renforcé, au détriment du pouvoir administratif. Dans notre pays en effet, la protection et la restriction des droits-libertés sont désormais du seul ressort du pouvoir judiciaire. L'administration se voit ainsi retirer un pouvoir essentiel. La Belgique se singularise par une judiciarisation totale du placement obligatoire, abandonnant le partage des rôles de l'administration et du juge qui avait caractérisé le régime de 1851 (voir chapitre 1), puisqu'aux termes de la loi de 1990, « même les mesures d'urgence sont prises par l'appareil judiciaire, non par la police administrative ou par l'administration sanitaire, mais par le procureur du roi, au vu des éléments généralement fournis par la police (rapport de police, certificat médical). L'appareil judiciaire est donc seul en charge de la décision. Le juge de paix ordonne le placement (soit qu'il le fasse au vu du dossier remis, soit qu'il confirme la mesure prise par le procureur du roi, en cas d'urgence) ou il rejette la demande de placement et ordonne la sortie »⁵⁰.

⁵⁰ **Bernardet, P., Douraki, T. et Vaillant, C.** (2002), *Psychiatrie, droits de l'Homme et défense des usagers en Europe*, Ramonville Saint-Agne, Erès, p. 48.

Cette promotion du juge en matière d'internement n'est cependant qu'un petit aspect d'une plus large judiciarisation. En effet, le *droit aux soins*, notion issue de la génération des droits-créances (et non plus, comme le régime de l'internement, des droits-liberté), fait de plus en plus l'objet d'un contrôle juridictionnel. Le droit au traitement et, plus largement, le droit aux soins, est affirmé dans plusieurs textes internationaux⁵¹. Il faut certes souligner que le contrôle juridictionnel de l'effectivité d'un tel droit-créance est beaucoup plus malaisée à réaliser que celui des droits-libertés. Cependant, le juge est de plus en plus appelé à y pourvoir.

Enfin, dans un tout autre registre, la judiciarisation du champ passe aussi par le développement des mesures de thérapie-contrainte dans le cadre du traitement des délinquants, en particulier de l'alcoolisme, de la toxicomanie et de l'abus sexuel. Tout se passe comme si le *devoir de se soigner* venait ainsi compléter l'extension des *droits aux soins*. L'intervention du juge s'ajoute dans ces cas à celle de l'administration pénitentiaire qui use elle aussi de ce type de mesures dans le cadre des procédures de libération conditionnelle.

Considéré dans sa globalité, ce processus ne manque pas d'apparaître paradoxal. Si elle se focalise sur une protection accrue des libertés dans le premier cas de figure, si elle sanctionne l'existence d'un droit-créance dans le deuxième cas, la judiciarisation tend à l'inverse à annexer une partie du champ de la santé mentale à l'arsenal répressif du pouvoir pénal dans le troisième cas de figure. C'est en ce point que les professionnels de la santé mentale, notamment au sein du secteur ambulatoire, perçoivent le plus clairement les transformations à l'œuvre dans l'action publique, au point de les vivre sur le mode d'une profonde crise d'identité⁵².

Nous nous trouvons à nouveau devant une recomposition du rapport entre sécurité et santé dont l'ampleur n'a pour précédent que celle qui a accompagné tant la naissance de l'Etat libéral que celle de l'Etat social.

⁵¹ Déclaration universelle des droits de l'Homme, Résolution 217 A (III), art. 25; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Résolution 2200A (XXI), 16 décembre 1966, art. 12; Charte sociale européenne, 18 oct 1961, art. 13

⁵² Cfr. le rapport *Cartuyvels, Y.* (2002), 'Judiciaire et thérapeutique: quelles articulations?', Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, Facultés universitaires Saint-Louis (SIEJ-CES).

Chaque étape de recomposition historique du champ est en effet marquée par la redéfinition de cette problématique. L'imaginaire de la sécurité ne peut se transformer sans celui de la santé mentale, et vice-versa. Nous nous centrerons dans les lignes qui suivent sur le champ de la santé, mais nous ne perdrons donc pas de vue que la question de la sécurité se trouve ainsi située toujours en arrière-plan des évolutions que nous pouvons constater. L'unité de la santé et de la sécurité nous semble reflétée dans le concept de citoyenneté en tant qu'il désigne non seulement un idéal de participation, mais aussi un faisceau de mesures d'intégration, et donc de normes et de pouvoirs.

2.2. *Première généalogie: la politique de déshospitalisation*

Comment expliquer la reconfiguration du champ de la santé mentale dans les années 1990? Une première explication de cet ensemble de réformes peut être trouvée dans les problèmes internes de la Sécurité sociale confrontée à l'arrêt de l'expansion économique à partir de 1973. La crise budgétaire dans laquelle s'enfonce l'Etat belge va mettre en question la logique expansionniste de l'Etat social et, en particulier, la logique d'expansion de l'hôpital comme mode principal de gestion étatique des droits créances. De manière à rationaliser l'offre de lits, le ministre des affaires sociales Dehaene inaugure en 1986 une politique caractérisée par un "minimalisme projectuel"⁵³, instaurant un moratoire sur la programmation hospitalière psychiatrique. La même année, il crée une liste résiduaire des patients (patients dits "de liste"). Le financement des anciens lits hors programmation devait être stoppé dès que ces patients disparaîtraient. La trop lente diminution de cette liste résiduaire contribua à une nouvelle réforme, en 1990.

Fin des années quatre-vingts, divers diagnostics d'insuffisance sont posés sous la pression de l'urgence budgétaire. Philippe Busquin, alors ministre des Affaires Sociales, commande aux professeurs Groot et Breda une étude scientifique qui vise à évaluer la programmation des équipements hospitaliers psychiatriques et à objectiver les besoins en matière de soins de santé mentale. Les auteurs soulignent la nécessité

⁵³ *Cattacin, S. et Lucas, B.* (1999), 'Autorégulation, intervention étatique, mise en réseau. Les transformations de l'Etat social en Europe', *Revue française de science politique*, 49

d'une resocialisation des patients chroniques stabilisés dans leur propre milieu de vie⁵⁴. Il apparaît aussi que l'encadrement des services T, axés sur la réinsertion sociale, était largement insuffisant. L'absence de collaboration entre les divers dispositifs institutionnels de santé mentale est objectivée comme un des obstacles majeurs à une politique de santé mentale cohérente et économe.

Suite à ces constatations, se concrétise en 1990 une importante réforme du secteur psychiatrique, sanctionnée par dix-neuf arrêtés royaux et ministériels datés du 10 juillet 1990. Cette réforme a pour but principal la "déhospitalisation" de patients chroniques stabilisés. Cette politique se mène essentiellement par un faisceau d'"incitations" très diverses à l'adresse des pouvoirs organisateurs hospitaliers (intervention dans les coûts de construction, dédommagements, règles d'équivalence pour les reconversions de lits etc.). La réforme prévoit la reconversion de 6000 lits hospitalo-psychiatriques (la 1^{ère} phase de la reconversion a débuté en 1990, la 2^{ème} phase de la reconversion s'est terminée en 2000), confirmant la nouvelle définition conférée à l'hôpital⁵⁵, valable pour l'hôpital général comme pour l'hôpital psychiatrique: *l'hôpital est une institution administrant un traitement spécialisé intensif, aussi bref que possible, qui doit déboucher sur la réinsertion sociale.*

Simultanément, la réforme promeut de nouveaux dispositifs institutionnels, tels que les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les initiatives d'habitations protégées (IHP), associés à la reconversion de lits T.

Les MSP étaient, à l'origine, prévues comme des dispositifs temporaires devant théoriquement disparaître lors de l'extinction des patients "de la liste". Mais la réalité fut plus résistante que ne le prévoyait le pouvoir politique: les MSP temporaires finiront par accueillir de nouveaux patients, se sédimentant ainsi en MSP définitives destinées à ces patients chroniques. Rétifs à une réinsertion, ces patients n'exigent plus de trai-

tement hospitalier – ils n'ont donc plus besoin de *cure* (soigner pour guérir) – mais ils sont dépourvus d'une autonomie suffisante pour réintégrer la communauté sociale. Ils requièrent un accompagnement continu (dont un accompagnement médical) et ont donc besoin de *care* dans des structures qu'ils ne quitteront généralement plus.

Comme nous le détaillerons dans notre chapitre 4, les initiatives d'habitations protégées ont, quant à elles, été conçues comme des structures qui devaient permettre aux patients chroniques de quitter les dispositifs hospitaliers et de vivre dans des lieux qui les aideraient à l'autonomisation sociale. Il est légalement obligatoire qu'une collaboration soit instaurée entre un service de santé mentale et un service hospitalier lors de la constitution d'une IHP.

2.3. *Deuxième généalogie: une nouvelle sémantique socio-économique*

D'où viennent les contenus substantiels des réformes? On ne pourrait déduire des restrictions budgétaires les nouvelles formes de coordination. On aurait plutôt pu s'attendre à des économies vécues dans la douleur, comme ce fut le cas, à la même époque, dans la concertation sociale. Comme le suggère Habermas, il ne faut pas attendre de l'administration gestionnaire de nouvelles productions du sens. La source imaginative doit être plutôt cherchée du côté de la nouvelle sémantique qui émerge des transformations socio-économiques des années 1980. Durant ces années, une nouvelle culture normative de la vie économique et sociale se forme à la jonction d'impératifs d'efficience et de légitimité morale. On en trouve la trace simultanément dans le monde des entreprises et dans celui de l'aide sociale.

2.3.1. *Nouveaux impératifs d'efficience: la sémantique du réseau*

L'idée d'une coordination réticulaire n'est évidemment pas spécifique à la santé mentale. Elle s'est développée, à la fois pratiquement et théoriquement, dans le secteur le plus innovant de la société occidentale, c'est-à-dire dans le secteur économique, à partir des années 1980. De cette manière, une thématique de coordination horizontale initiée, une décennie plus tôt, à des fins de démocratisation, a été recyclée à des fins

⁵⁴ Groot, L.M.J. et Breda, J. (1989), 'Evaluation de la programmation hospitalière. Deuxième partie: soins hospitaliers psychiatriques', Anvers, UIA. Département de sociologie et de politique sociale, p. 155.

⁵⁵ Loi sur les hôpitaux du 13 mars 1985 (dispositions introduites par l'arrêté de pouvoirs spéciaux n° 407 du 18 avril 1986).

d'efficience par les entreprises⁵⁶. On assiste là à la généralisation d'un nouveau mode de coordination des sociétés modernes. A travers le mot-valise de "réseau" qui reste, le plus souvent, imprécis quant à sa structure de pouvoir, les sociétés modernes rétablissent leur efficience. On reconnaîtra aussi dans le "circuit de soins" une thématique managériale développée dans les économies post-industrielles. Le pilotage par la demande plutôt que par l'offre et la gestion des flux, doublée d'une problématique de la traçabilité, sont au centre des exigences de nouvelle coordination économique nées de la tertiarisation⁵⁷.

2.3.2. Nouveaux impératifs moraux: la sémantique de l'accompagnement

Le régime de l'assistance sociale a connu, au cours des années 1990, une modification importante qui se répercute directement sur le champ de la santé mentale. Une nouvelle moralité est en voie de développement dont les mots-clefs sont insertion, contrat, activation, responsabilité⁵⁸. Elle correspond à une mutation des politiques sociales face à la persistance de la crise de l'emploi, mais aussi face à une réactivation des idéaux d'autonomie individuelle dans le contexte d'une société post-industrielle. Appuyé par les dispositifs de réinsertion, il devient de plus en plus difficile de distinguer entre soins thérapeutiques et aide sociale: c'est une même sémantique qui désormais enveloppe les deux champs.

Concrètement, il s'agit d'individualiser les offres sociales de manière à obtenir une attitude active de l'individu face au malheur et à lutter contre sa "désocialisation". Demander, s'activer et se socialiser: ces trois impératifs redéfinissent le rôle de l'assisté (du patient); en contrepartie, celui de l'assistant (du thérapeute) se décline dans le vocabulaire de l'accompagnement.

⁵⁶ Pour une brève histoire du concept de réseau, cfr. Boltanski, L. et Chiapello, E. (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, p. 208-227. Dans le champ de la santé mentale français, on peut se référer au chapitre 5 de Jaeger, M. (2000), *L'articulation du sanitaire et du social*. Travail social et psychiatrie, Paris, Dunod.

⁵⁷ Cfr. Veltz, P. (2000), *Le nouveau monde industriel*, Paris, Gallimard.

⁵⁸ Pour une présentation globale, cfr. Morel, S. (2000), *Les logiques de la réciprocité. Les transformations de la relation d'assistance aux Etats-Unis et en France*, Paris, Presses universitaires de France.

L'accompagnement apparaît aujourd'hui comme une notion difficilement définissable pour les intervenants de terrain qui n'en précisent a priori pas le contenu. Ce concept renvoie plus à une conception pragmatique, pensée dans l'action, sur base de cas concrets auxquels les praticiens se réfèrent constamment.

Le premier article de l'intervention sociale est désormais le centrage sur la demande du patient. Il s'agit de mobiliser au mieux, dans le travail d'assistance, les ressources propres de l'usager – qu'elles soient éthiques, familiales ou liées à son environnement – là où l'hôpital tend au contraire à le couper de son environnement. Sur ce point se manifeste un arrière-plan d'exigences de reconnaissance que les politiques redistributives de l'Etat-Providence n'honoraient pas toujours pleinement. Alors qu'aux deux strates précédentes, l'intervention étatique privilégiait l'investissement dans des dispositifs organisationnels, l'avancée du processus de reconnaissance subjective introduit de nouvelles dialectiques entre des dispositifs organisationnels, dont la lourdeur et l'inhumanité sont souvent critiquées, et des exigences d'attention aux usagers. L'organisation, notamment hospitalière, s'en trouve d'ailleurs elle-même modifiée, comme lorsqu'y trouvent place un souci inédit de l'accueil, des procédures de médiation, des comités d'éthique où peuvent être représentés des usagers ou comme lorsque s'introduit dans la formation des médecins des préoccupations pour l'éthique ou le « relationnel ».

Contrairement à la strate précédente qui valorisait un idéal adaptatif (adapter la personne aux structures offertes par le modèle protectionnel), cette nouvelle configuration valorise un idéal actif. Il s'agit de « faire avec » la personne et non plus de « faire à sa place ». Un effort particulier de la part du bénéficiaire est exigée afin qu'il se prenne progressivement en main et développe tout un réseau relationnel autour de lui. La personne assistée est investie de la responsabilité de ses choix et de ses actes. L'accompagnement repose sur une intégration permanente du risque. Synonyme de confrontation calculée aux risques plutôt que de protection, l'aide sociale est étroitement liée à l'idée d'expérimentation, notion souvent évoquée de manière complémentaire. Tout en évitant la surprotection du bénéficiaire, il s'agit désormais de positiver les apprentissages, la confrontation avec la réalité.

La clé de voûte de l'ensemble repose sur *la confiance*. En effet, partir de la demande suppose bien l'établissement d'une confiance mutuelle en jeu dans la négociation. La confiance est donc la valeur centrale portée par le nouvel idéal normatif des praticiens. Elle émerge en réponse aux problèmes d'imprévisibilité et surtout d'insécurité soulevés par la relation d'accompagnement.

3. Trouble mental et citoyenneté post-conventionnelle

Après la remise en cause des années 1960, la crise conceptuelle de la psychiatrie s'est approfondie dans les années 1980. D'un côté, le champ d'intervention de la psychiatrie ne cesse de s'élargir à des objets de plus en plus éloignés d'une véritable problématique pathologique (traumatismes, abus sexuels, dépression, dépendances en tous genres...). Mais d'un autre côté, ce développement en extension de la psychiatrie ne correspond à aucune solidification en intension. Au contraire, comme le relève G. Lanteri-Laura⁵⁹, on assiste à la déconfiture du paradigme des structures mentales sans qu'aucune notion ne vienne s'y substituer. Après l'aliénation, puis la maladie mentale, puis la structure mentale née de la crise introduite par les psychothérapies, on ne peut discerner aujourd'hui aucune armature conceptuelle qui unifierait le champ propre à la psychiatrie. Et « la notion de trouble imposée par le DSM ne peut en rien se présenter comme un nouveau paradigme organisateur du savoir et des pratiques psychiatriques. Il ne vient en fait que souligner leur éclatement car son seul repérage syndromique ne se propose que comme pure accumulation de ce qui peut se signaler à l'attention du psychiatre »⁶⁰. Dans ce contexte, ce sont les notions de « souffrance mentale » ou de « trouble mental » qui constituent les nouveaux objets consensuels du champ de la « santé mentale ». Elles ouvrent un horizon qui est non seulement fort éloigné de l'aliénisme des débuts, mais aussi de la maladie stricto sensu (3.1.). C'est sans doute un nouveau régime de citoyenneté qui émerge dans nos sociétés post-industrielles: le

⁵⁹ Lanteri-Laura, G. (1998), *Essais sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Editions du temps.

⁶⁰ Golse, A., Boulenger, B., Duquesnes, G., Golse, A., Kessar, G. et Plichart, P. (2002), 'Transformation de la psychiatrie et pratique des psychologues', Caen, Laboratoire d'analyse socio-anthropologique du risque (LASAR), p. 17.

citoyen identifié, socialisé, intégré par ses rôles fonctionnels a vécu; l'avenir appartient à un citoyen identifié, socialisé et intégré par ses styles de vie (3.2.).

3.1. Au-delà de l'aliénation et de la maladie

Les idéaux normatifs de la subjectivité ne trouvent plus leur source dans le conformisme qu'appelaient encore les régimes aliéniste et protectionnel, malgré la coupure moderne qu'avait représenté l'entrée dans la démocratie. Aujourd'hui, comme nous le verrons amplement dans notre deuxième partie, le sujet est idéalement appelé à devenir flexible, à participer aux décisions qui le concernent, à intensifier son existence émotionnelle et esthétique. A mesure que changent les idéaux de la normalité, se modifient en conséquence la perception des manques et des insuffisances. Avec eux, les notions de guérison et de thérapie subissent un déplacement radical.

Première caractéristique: un sujet appelé à être flexible et à se séparer de lui-même dans des expériences d'intensification de l'existence ne peut plus se penser comme substance, c'est-à-dire identité de soi à soi. En conséquence, il n'y a rien que la maladie, le pouvoir ou la convention sociale viendraient voler, enfermer, emprisonner. S'il rencontre un obstacle, ce sujet ne le vit pas comme aliénation de sa substance, mais plutôt comme restriction de ses possibilités de *modification voulue* de soi, d'*adaptation* et de *flexibilité*, comme "empêchement de son jeu libre", pour reprendre la formule de J. P. Delchambre⁶¹. Pour le dire en un mot, nous sommes passés d'une définition substantialiste, toujours sous-jacente à la problématique de l'aliénation, à un constructivisme pur.

⁶¹ Delchambre, J.P. (1999), 'Le jeu libre et le jeu empêché', thèse de doctorat non publiée, *Faculté des sciences économiques, sociales et politiques*, Louvain-la-Neuve, Université catholique de Louvain

Deuxième trait: la guérison de ce sujet ne peut en conséquence nullement se concevoir sur le mode d'une réconciliation de soi avec soi. L'authenticité comme projet s'efface de notre horizon normatif. Le sujet d'extraction hégélienne était engagé dans une odyssée dont l'issue résidait dans la victoire ultime du Même sur tout ce qui l'altère; le sujet contemporain vise plutôt la négociation des espaces de choix où il a quelque chance de se produire comme événement singulier; il recherche la capacité même de choisir dans un monde irréductiblement pluriel. La guérison doit donc se concevoir comme une "habilitation", une "capacitation" à vivre l'incertitude des rencontres et à s'engager dans une pure création de soi sans modèle et sans clôture possibles.

Troisième trait: si la pathologie est plus que jamais un obstacle sérieux sur le chemin de la réalisation de soi, elle ne se définit plus par contraste binaire avec la "normalité". Elle se définit plutôt de manière gradualiste et se repère sur deux versants: d'une part, elle est cette force née de la vie même du sujet qui restreint la projection des espaces de choix, c'est-à-dire la génération de possibilités toujours nouvelles d'existence; d'autre part, elle atteint la capacité même des sujets de poser des choix de manière cohérente, de saisir les opportunités qui s'offrent à eux tout en laissant ouverts d'autres choix futurs (on reconnaît dans cette dernière formule la définition même de l'idéal de flexibilité!). Dans cette perspective, on comprend que, par un renversement spectaculaire, le champ de la santé mentale se décentre aujourd'hui de ce qui fut son cœur au temps de l'aliénisme, la psychiatrie lourde, pour s'axer sur les "souffrances" des sujets, les "malaises" et les "troubles". A la limite, le psychotique profond n'apparaît plus que comme un cas-limite et périphérique des souffrances et handicaps ordinaires. Du coup, on le traite comme un être autonome, responsable, capable d'adaptation, sur base d'une similitude supposée dont la limite n'est jamais claire.

Quatrième trait: le traitement ne passe plus par une procédure de révélation mais par la rectification des pratiques de construction de soi. Pragmatiquement, il s'agit de convertir des dispositions handicapantes en dispositions capacitantes. La "thérapie double" célébrée par Hegel, ne disparaît pas, mais se complète d'autres voies d'approche. Le "récit de vie", l'entretien, la présence à domicile, une escalade en montagne apparaissent tout aussi "curatives" qu'une cure psychanalytique-type.

C'est que la finalité de l'intervention thérapeutique vise moins la guérison – une partie du régime protectionnel reposait sur une norme de guérison – qu'un réglage subjectif (il sera par exemple demandé à l'usager de "vivre avec" ses symptômes), qu'une capacité de prise en charge de l'usager par lui-même. Vu l'abandon de la césure entre le normal et le pathologique, le traitement statutaire de l'incapacité – tel qu'il prévalait encore dans les deux premiers régimes – n'a plus cours dans la période contemporaine; dorénavant une capacité relative est reconnue à chaque usager, lui permettant de satisfaire à des impératifs d'autonomisation et de responsabilisation.

3.2. Vers une citoyenneté post-conventionnelle?

Le mode d'intégration sociale qui s'esquisse sous nos yeux se ramasse volontiers sous le terme de «réseau», entendu cette fois non plus comme un simple mécanisme de coordination mais comme un milieu éthique et social. L'inclusion dans des réseaux confère au processus d'individuation une plus grande marge de manœuvre: les identités sont à la fois plus diversifiées que par le passé et, sous le coup de cette pluralisation, plus fragiles, plus aléatoires et pour tout dire plus risquées. La vulnérabilité psychique est le corollaire d'une sociabilité en réseau. La reconnaissance réciproque des libertés (la citoyenneté) prend de nouvelles formes et, avec elles, les techniques, idéaux et institutions de la santé mentale se modifient considérablement.

La subjectivation des individus dans le cadre du réseau peut être contrastée avec celles de l'échange domanial rappelées au chapitre 1. Quand la structuration de l'échange est holiste, forte et stable, quand la solidarité est acquise quasiment une fois pour toutes, l'expression des subjectivités se montre sous des aspects à la fois pulsionnels, bruts, grotesques et non policés, violents aussi à l'occasion. Quand l'échange fut «normalisé» dans le cadre de l'échange salarial (chapitre 2), il fournissait des cadres normatifs de représentation et de prescription de ce qu'il convenait de faire ou de ne pas faire pour pouvoir tenir son rôle dans le système. A présent les réseaux et les styles de vie qu'ils expriment sont choisis et la réflexivité de l'individu doit s'amplifier pour rendre des comptes à l'autre quant aux risques qu'il s'agit de maîtriser et de ne pas

lui faire courir⁶², quant à la reconnaissance de son intégrité malgré les risques pris.

Le souci de l'autre dans le cadre de l'échange d'omnibal n'était pas une problématique débattue si ce n'est bien entendu le genre de souci qui était prescrit par le caractère cosmologique et holiste du contexte de cette configuration sociétale (la charité chrétienne); dans celui de l'échange salarial, c'est le souci de soi (la cure) qui apparaît comme un passage obligé pour se montrer entre autres en l'état de répondre aux attentes des exigences de ce type d'échange (ou de se débrouiller avec et de s'en accommoder) et, par exemple, être en bonne santé physique et mentale est un capital monnayable ou rentable dans le cadre de cet échange; dans le cas présent, le souci de soi est devenu une affaire de choix personnels, d'options de vie, mais c'est le souci de la relation avec l'autre qui émerge comme objet de régulation.

Il est bien sûr à ce stade difficile de dégager les coordonnées de ce nouveau modèle de citoyenneté. Nous nous refusons en tout cas à l'appeler "post-moderne" en raison des deux idées fausses qu'entre autres, le post-modernisme a véhiculé dans les années 1980-1990: l'idée d'un "dépassement" de la modernité et l'idée d'un relativisme des valeurs. La première idée est démentie par la profonde appartenance de la figure nouvelle de la subjectivité à l'horizon de l'émancipation ouvert par la modernité; la seconde fait injure au vécu quotidien du champ de la santé mentale, tout entier orienté vers la reconstitution de normativités non conventionnelles. En revanche, le modèle d'identité morale post-conventionnel proposé par Kohlberg nous semble infiniment plus

⁶² Cette réflexivité peut à l'occasion être une source d'excitation psychique intense, bien plus peut-être que ne l'étaient le défoulement pulsionnel, innocent, du dépendant (« psychotique ») ou que la transgression culpabilisante (« névrotique ») des rôles psycho-sociaux prescrits. Ici, c'est la tension entre le contrôle de soi et la réflexivité d'une part et d'autre part l'agression de l'autre, qui est à la source d'une excitation émotionnelle majeure. Est-ce un hasard si les pratiques sado-masochistes s'affichent sur les frontons des bandes annonces d'Internet ou encore plus banalement sur les étagères des libraires? Contrôler la souffrance faite à l'autre, contrôler plus généralement la relation avec l'autre par la violence qui peut lui être infligée (et dont la sanction ultime serait, notons-le, bien plus la fin de cette relation que la fin de l'autre; et dont la satisfaction réside dans le caractère pérenne de cette relation malgré la violence faite à l'autre), c'est là à n'en pas douter une jouissance d'un genre quelque peu nouveau à tout le moins dans sa généralisation et dans sa commercialisation. Voir entre autres: Presdee, M. (2001), *Cultural Criminology and The Carnival of Crime*, Londres, Routledge.

suggestif⁶³. Au stade post-conventionnel, comme on le sait, une différenciation est faite entre l'éthique, qui porte sur les choix de vie et dépend du souci de soi, et la morale, qui porte sur la relation à autrui et repose sur la reconnaissance réciproque des choix autonomes. Qu'une vie morale n'entraîne pas automatiquement un style de vie, est une avancée normative remarquable des sociétés libérales avancées. Il est inévitable qu'en conséquence, la question de l'identité explose⁶⁴. Ce qui hier était négativement connoté au titre d'une anormalité, d'une déviance voire d'une maladie se trouve transformé, à l'occasion, en une revendication à propos de la reconnaissance de soi par les autres. Les exemples de la toxicomanie et de l'homosexualité parlent d'eux-mêmes. Il se dessine donc au total une demande de reconnaissance de l'individu tel qu'il est, en l'état de son style de vie, et qui est relayée par les discours et les politiques publiques ambiantes contre l'exclusion et pour l'inclusion.

Le réglage réciproque de la vie éthique individualisée, promise par la sortie de la société industrielle, et une morale du rapport à autrui, problématique en raison même de sa désubstantialisation, est la question-clé qui occupe les intervenants en santé mentale aujourd'hui. Au niveau du droit, cette problématique conduit à une distinction de plus en plus affirmée entre déviance et particularité subjective. Ainsi, le recours aux principes juridiques des droits de l'Homme qui accompagne la reformulation de la législation sur la collocation tente de donner chair à « l'idée que maladie mentale ou trouble psychique ne vont pas nécessairement de pair avec un comportement social « déviant » et à « l'idée qu'un comportement social déviant ne va pas nécessairement de pair avec un comportement criminel et qu'une société moderne doit se montrer tolérante à l'égard de comportements sociaux marginaux qui ne constituent pas des infractions pénales »⁶⁵. Dans les pratiques

⁶³ Kohlberg, L. (1981), *The philosophy of moral development: moral stages and the idea of justice*, San Francisco (Calif.), Harper and Row; Kohlberg, L. (1984), *The psychology of moral development: the nature and validity of moral stages*, San Francisco (Calif.), Harper and Row

⁶⁴ Castells, M. (1997), 'The Information Age: Economy, Society and Culture', *The Power of Identity*, Londres, Blackwell Publishers Ltd; Gergen, K.J. (1991), *The Saturated Self. Dilemmas of Identity in Contemporary Life*, New-York, Basic Books.

⁶⁵ Brandon, I. (2002), « la loi du 26 juin 1990 dite de protection des malades mentaux », in: *Judiciaire et thérapeutique: quelles articulations?*, Cartuyvels, Y. (2002), Rapport pour la Fondation Roi Baudouin, juin

quotidiennes, la nouvelle sémantique de l'accompagnement dont nous traiterons dans le prochain chapitre, la redéfinition du rôle de l'institution⁶⁶, les notions de "respect du sujet" et de "sens des limites" qui envahissent le discours du champ ne se comprennent pas en-dehors des grandes mutations de la citoyenneté post-conventionnelle. Dans ce contexte, le soin consiste moins à conformer l'individu à un introuvable modèle de normalité qu'à lui permettre de retrouver des capacités – autonomisation, responsabilisation, etc. – susceptibles d'en faire un sujet apte à se prendre en charge lui-même. Du coup, l'action publique qui, à l'époque des droits créances et de l'État providence, s'employait essentiellement à assurer un accès *général* aux soins, est forcée à l'individualisation de ses prestations. Plus que de simplement avoir accès aux droits ou à des biens sociaux minimum, il s'agit dorénavant d'offrir aux patients un accompagnement individualisé, adapté à la spécificité d'un diagnostic jamais identique.

Une citoyenneté post-conventionnelle mériterait d'être explorée de manière plus systématique dans ses trois dimensions. D'abord, elle entraîne une série de conséquences normatives importantes: l'exigence de justification, le réquisit du consentement subjectif, l'orientation sur des principes plutôt que sur des règles font partie du discours nouveau qui aujourd'hui se mesure à ses possibilités de réalisation. Ensuite, un tel modèle ne peut faire l'économie de médiations institutionnelles qui établissent de nouvelles formes de contrôle, de pouvoir et d'inégalités. Enfin, ce modèle génère, au plan de la construction de la personnalité, de nouveaux obstacles et de nouveaux troubles. Les insistances des cliniciens sur les transformations contemporaines des pathologies (*border-line*, anorexies et boulimies, dépendances...) trouveraient sans doute là un facteur d'explication. Pour cela, il faudrait bien entendu que la recherche fasse le choix décisif d'intégrer à ses raisonnements le "troisième anneau" de la santé mentale que nous introduirons au début du chapitre 6.

⁶⁶ Cfr. notre chapitre 6, points 1.2 à 1.5.

Deuxième partie

Analyse

Une étude de deux dispositifs
en santé mentale: l'habitat protégé
et le harcèlement moral au travail

Introduction de la deuxième partie

Nous venons de prendre la mesure des changements historiques importants qui marquent le déploiement de l'action publique en santé mentale. Nous sommes incontestablement entrés dans une ère nouvelle, qui oblige à une redéfinition progressive et risquée des politiques. Nous nous proposons à présent d'engager une exploration du temps présent et de ses difficultés, de plonger dans la vie concrète du champ tel qu'il se configure au croisement des itinéraires d'usagers, des actes des professionnels et des décisions des hommes politiques, fonctionnaires ou administrateurs multiples. Compte tenu de l'extrême complexité du champ, nous ne pouvons pas faire plus, dans ces quelques pages, que de tenter des coups de sonde dans deux dispositifs hétérogènes, situés à des niveaux d'action différents, pour éclairer les enjeux du temps présent.

1. Deux dispositifs hétérogènes

Nous avons délibérément choisi de mener des enquêtes qualitatives, différemment ciblées, dans des lieux extrêmement contrastés.

Le premier terrain d'investigation est le dispositif dit d'habitat protégé qui s'est mis en place comme un dispositif de prise en charge alternative à l'hôpital. Mises en place dès les années 1980, officiellement reconnues par l'État par des arrêtés royaux en 1990⁶⁷, les "habitations protégées" doivent leur genèse au croisement de deux logiques: la logique associative, qui dans le champ de la santé mentale, innove et enrichit en recherchant des "alternatives"; la logique d'État, qui cherche à rationaliser les coûts des prises en charge en déshospitalisant. Ces institutions se situent au cœur même du champ de la santé mentale, tentant de reprendre en charge, à nouveaux frais, une des missions centrales de l'asile et de l'hôpital. Elles sont des témoins vivants des transformations du champ, et méritent même à ce titre d'être élevées au rang de paradigmes de l'innovation. Nous y voyons les professionnels

⁶⁷ Arrêtés royaux du 10 juillet 1990, n° 1858, 1859, 1860, 1863 et 1869.

à l'œuvre, inventant avec les usagers des manières de vivre et de soigner. De janvier à juillet 2002, l'équipe du Centre d'études et de recherches en administration publique (CERAP) de l'Université Libre de Bruxelles a enquêté sur le terrain, en pratiquant tant la technique de l'observation que celle des entretiens semi-directifs. Le résultat en est exposé au chapitre 4 de cette étude.

En revanche, le second terrain se situe fort loin du "cœur" du champ de la santé mentale. Il apparaît à sa périphérie d'une manière très récente, inattendue de ses acteurs. Il s'agit de l'action publique en matière de harcèlement au travail initiée par la Ministre de l'Emploi en 1999. Dans ce cas, il n'y a pas encore, par évidence, de dispositif à observer: il est en voie de constitution, encore au stade de l'ébauche. En revanche, on a pu suivre les négociations qui ont entouré le travail législatif au niveau des décideurs politiques. Elles présentent un intérêt majeur, car il s'agit en effet d'une innovation profonde qui affecte simultanément le champ de la santé mentale et celui du travail. Le neuf saisit l'ancien, la santé mentale saisit l'entreprise. Les acteurs classiques de la relation salariale sont obligés de se positionner sur ce terrain mouvant, le décideur politique mène la danse en rassurant et en innovant. Comme dans d'autres problématiques émergentes (comme les dispositifs d'aide aux troubles post-traumatiques dans la police, l'armée etc.), un nouvel acteur est mis en place, le psychologue, dont la présence va sans conteste modifier la dynamique et la sémantique du traitement des problèmes publics dans les années à venir. L'équipe du Centre de recherche et d'intervention sociologique de l'Université de Liège a mené une enquête sur ce processus de décision politique, dont les résultats sont exposés au chapitre 5.

2. Les trois enjeux de ces études

Au travers ce travail d'analyse de dispositifs réels et concrets, nous avons cherché les traces de trois problématiques, porteuses d'enjeux politiques importants, qui aujourd'hui sont au centre (ou devraient être au centre) des politiques publiques de santé mentale.

D'abord, de façon évidente, se pose dans les types de dispositifs, la même question lancinante de l'articulation entre une nouvelle problématique de santé mentale et une ancienne vision du champ. En termes

plus précis, nous y reconnaissons la question de l'articulation entre les deux dernières strates de l'action publique que nous avons identifiées. Tout se passe comme si les acteurs étaient contraints de jouer un nouveau jeu, mais aussi comme s'ils cherchaient à ne pas perdre des intuitions normatives fondamentales du monde *d'État social protectionnel* dont la centralité se voit remise en question. En santé mentale, la question clef est alors celle-ci: comment quitter le modèle hospitalocentré qui a permis la socialisation de la psychiatrie et de la psychologie sans pour autant perdre le souci de la protection des personnes? Comment aller vers une sémantique de l'activation et de l'insertion sans sombrer dans un individualisme régressif qui précipiterait le champ vers un modèle de marché dérégulé? Comment faire place aux questions de santé mentale sans déposséder les acteurs collectifs et leur souci de "dépsychologiser" des souffrances qui, pour être vécues à la première personne du singulier, n'en ont pas moins une causalité déclinable à la première personne du pluriel? C'est bien en termes d'articulation et non de substitution que les acteurs cherchent à vivre la transition qui, aujourd'hui, les mobilise. On le verra notamment dans les dispositifs d'habitation protégée à des questions quotidiennes comme celle de la conditionnalité et de la durée du séjour dans une institution, où se pose avec insistance le débat entre protection inconditionnée (liée à un statut de la personne) et activation, incitation et contractualisation de l'aide. On le voit aussi dans les processus de décision politiques en matière de harcèlement. Même si toutes les procédures classiques de l'État social ont été respectées, les partenaires sociaux n'en ont pas moins le sentiment d'avoir été "dépossédés" par une Ministre innovante, qui assigne à son département ministériel une mission de leadership dans les processus de modernisation. Même si beaucoup de dispositions de la loi sur le harcèlement sont encore formulées dans le vocabulaire propre au droit du travail, la loi ouvre des portes nouvelles quand elle introduit des acteurs nouveaux (un conseiller en prévention, des ONG...) et pave le chemin de la judiciarisation d'une part du contentieux. Une manière de lire les deux enquêtes qui suivent consistera donc à noter ces formules de *compromis historiques* qui ne cessent d'être inventées au fil des tentatives de changement en vue de maintenir la continuité de l'identité sociale des acteurs tout en entrant dans un nouveau modèle de régulation.

Le deuxième enjeu réside dans la dédifférenciation des logiques d'action en santé mentale. Les acteurs sont sans cesse confrontés à la fluidification des frontières, à la continuité établie entre normal et pathologique, aux connexions multiples qui s'ouvrent à leur action sans de multiples secteurs de la vie sociale. Il serait faux de simplement voir dans ce processus celui d'une "psychologisation" de tous les problèmes, puisqu'on assiste, simultanément, à une "dépsychologisation", une "socialisation" de problématiques strictement psychologiques. Bref, la sectorisation des logiques d'intervention qui marquait la deuxième strate historique d'action publique n'est plus constitutive des modes de rationalisation de l'action. D'où une problématique des frontières et des barrages. On le voit notamment aux difficultés des institutions d'habitat protégé à définir avec précision la nature de leur public et la visée de leur action. De l'insertion des malades mentaux à celle des personnes en difficulté, il n'y a qu'un très petit pas qui, pourtant, a de grands effets: il fait passer le secteur de la santé mentale à celui de l'aide sociale. De là viennent les difficultés à sélectionner les demandes recevables d'admission; à mesurer et évaluer les conditions de sortie des personnes des dispositifs d'habitat protégé. De là viennent aussi, dans les entreprises, les difficultés à isoler une cause psychologique d'une cause organisationnelle du harcèlement, comme on le voit dans le débat qui a agité les décideurs sur la *preuve* du harcèlement. Tout cela débouche, on s'en doute, sur un trouble identitaire difficilement vécu chez les professionnels. Ces derniers sont dorénavant confrontés à de nouvelles épreuves portant sur la qualification et l'objectivation même de leurs actes professionnels. Bien des intervenants ont le sentiment de voir s'évanouir les frontières qui séparent le psychologue de l'assistant social, de l'éducateur ou du psychiatre. Pourtant, ils devront s'y faire: un mode de découpage des interventions sociales, des politiques, des ministères et des disciplines scientifiques a vécu. Leur identité d'intervenant professionnel devra se stabiliser à un niveau plus complexe et plus abstrait.

Enfin, il est essentiel de noter qu'on assiste, à travers les deux dispositifs étudiés, à l'émergence d'une normativité commune qui constitue l'arrière-fond à partir duquel la pathologie devient visible, est interprétable et traitable par des interventions publiquement organisées. Il est à cet égard passionnant d'observer, dans les institutions d'habitat protégé, l'émergence de la sémantique de l'accompagnement dont nous

parlions dans le chapitre précédent. Cette émergence s'accompagne évidemment de tensions typiques et de doutes. N'avons-nous pas l'ébauche d'une même sémantique dans les dispositifs portant sur le harcèlement? Malgré le caractère pénal de cette problématique, débouchant normalement sur la sanction et la répression, on peut dégager des débats la volonté d'instituer des dispositifs souples et "accompagnateurs", si possible préventifs, pour réguler des interactions complexes et épouser des logiques de trajectoires et de parcours individuels. Et on ne peut oublier, comme le rappelle le chapitre 5 dès son ouverture, que cette problématique d'insertion correspond à une redéfinition profonde des coordonnées de la vie au travail, c'est-à-dire de la nature de la confrontation du travailleur avec son travail et avec les autres travailleurs au sein de l'organisation. Pour tout dire, la sémantique d'action sociale dans laquelle l'intervention en santé mentale se trouve aujourd'hui enveloppée semble fort proche de la nouvelle sémantique du monde du travail. De là vient naturellement l'idée que les idéaux nouveaux des soins et de la thérapie correspondent à une généralisation d'un imaginaire normatif qui concerne tous les secteurs de la vie sociale et qui constitue progressivement le nouveau consensus intégrateur de notre société.

Ces trois enjeux traversent donc l'analytique détaillée des deux dispositifs que l'on va lire. Au terme de ce parcours, il faudra s'interroger prospectivement sur les conséquences politiques à tirer des réalités ainsi mises en lumière. Ce sera l'objet de notre troisième partie.

IV. Les Initiatives d'habitations protégées. Une sémantique de l'autonomie

Le premier dispositif institutionnel que nous allons observer de plus près est l'Initiative d'habitation protégée (en abrégé, nous parlerons d'habitat protégé). Ce terrain mériterait un examen bien plus approfondi que celui auquel nous allons nous livrer. Le champ des habitations protégées est traversé par une extrême variété de l'offre institutionnelle, tant au niveau des philosophies de travail thérapeutique que des modalités de la prise en charge institutionnelle. Nous nous contenterons de mener une brève comparaison entre deux institutions d'habitat protégé situées en Région wallonne. Notre choix des unités d'observation s'est orienté vers

1. un dispositif qui a été porté par un milieu professionnel réformateur radical, milieu qui s'est toujours défini en opposition totale avec l'idéologie hospitalière dominante. Nous l'appellerons le Service Psychiatrie en Milieu de Vie (SPMV), situé dans une importante ville de Wallonie. Fondé entre 1980 et 1985 par un groupe d'étudiants en psychologie, le SPMV fonctionne depuis lors selon un référentiel théorique de psychiatrie sociale⁶⁸: volonté de ne pas stigmatiser l'usager - notamment en se refusant de l'appréhender selon les entités nosologiques du champ clinique - mais bien de le reconnaître dans sa condition subjective d'être en souffrance, etc. D'emblée, ce dispositif public s'est inscrit en réaction contre une définition trop étroite de la psychiatrie et contre une pratique institutionnelle de prises en charge séparées des problèmes des personnes qualifiées de "malades mentaux". Induit par une vision multifactorielle de la santé mentale, et donc multidimensionnelle des besoins des usagers, le SPMV a été amené au fil du temps à réunir au sein d'un même projet thérapeutique global une diversité de

⁶⁸ Dans la tradition du courant théorique italien des années '60 et '70 - *Psichiatria Democratica* - et des ses célèbres représentants (BASAGLIA, ROTELLI, etc.).

fonctions habituellement éclatées: centre de jour, service de santé mentale (y compris dans un contexte de visites domiciliaires), service d'accompagnement, programmes d'échange de seringues, de distribution de méthadone, centre de formation socioprofessionnelle, centre socioculturel, etc. multipliant ainsi les "portes d'entrée". Parmi celles-ci, une habitation protégée pouvant accueillir dix résidents, institutionnalisée en 1989 et agréée en 1994 pour l'intégralité de ses places. Au sein du SPMV, elle porte le nom de "maison communautaire" et est avant tout un "outil" qui doit permettre d'orienter les résidents vers les autres services de l'association.

2. un dispositif d'habitations protégées qui s'est institutionnalisé au départ d'un hôpital psychiatrique. L'Horizon fait partie d'un hôpital psychiatrique – que nous appellerons ici Le Vif d'Or – qui est membre du réseau sanitaire catholique Caritas catholica Belgica, et plus spécifiquement de la Fédération des Institutions Hospitalières de Wallonie (FIH-W)⁶⁹. C'est en 1982 que le Vif d'Or décide d'ouvrir une première habitation protégée. Depuis lors, ces maisons avoisinent les quinze unités et regroupent près de septante résidents. Le dispositif fonctionne selon une option théorique d'orientation cognitivo-comportementale. Contrairement au SPMV, le résident est pleinement identifié à travers sa condition de malade mental, et le travail d'autonomisation cherche avant tout à lui donner les cartes cognitives qui lui permettront, le cas échéant, de discriminer les signes d'alarme, annonciateurs d'une rechute potentielle. Reflétant les populations historiquement prises en charge par les gros hôpitaux psychiatriques, notons enfin que l'Horizon se singularise par une importante population de personnes souffrant de handicaps mentaux.

En complément d'entretiens semi-directifs menés auprès de praticiens de terrain, une série d'observations directes, réalisées au sein d'habitations protégées, ont permis de repérer les différents registres d'interprétation des nouvelles formes de légitimation portant sur des sémantiques à forte connotation morale. Pour le dire autrement, d'objectiver les manières par lesquelles les habitations protégées confèrent à leurs rési-

⁶⁹ Cfr. Arcq, E. et Blaise, P. (1991), 'Structure de propriété et réseaux des institutions de santé en Belgique', *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1338..

dents certains idéaux normatifs inscrits au cœur des démocraties modernes: l'autonomisation et la responsabilisation. En scrutant les interactions entre professionnels et résidents – qu'elles relèvent ou non du registre discursif – la problématisation des nouveaux impératifs de subjectivation peut également être l'occasion d'évaluer le degré d'effectivité de la mise en œuvre de ces normes au regard des discours qui les soulignent (cadre légal, littérature grise, etc.). On a été attentif aux incidences qu'ont pu avoir ces nouvelles sémantiques de subjectivation au sein des habitations protégées, tant au niveau du rôle de certains professionnels, au niveau de la pénétration de logiques de fonctionnement propres à l'État social actif qu'au plan des processus d'extension du champ de la santé mentale vers d'autres champs sociaux. La poursuite de ces objectifs s'est réalisée en adoptant différents prismes d'observation. Ainsi, le chercheur a pu assister à des réunions journalières de professionnels, à des permanences professionnelles destinées aux résidents, à des entretiens de candidature ainsi qu'à des suivis d'intervenants de terrain dans leurs tâches d'accompagnement des résidents.

1. Entre deux strates d'action publique

Il faut remonter à la fin des années septante pour voir émerger les premiers dispositifs institutionnels chargés d'accueillir, d'héberger et de prendre en charge une patientèle issue principalement des différents services hospitaliers psychiatriques (hôpitaux psychiatriques et services psychiatriques en hôpital général). Ces dispositifs visent à fournir à des patients, stabilisés dans leur pathologie mais requérant néanmoins un environnement sécurisant et une aide à la réinsertion sociale, un complément au traitement hospitalier. Communément, on parle d'appartements "supervisés", "thérapeutiques", "associatifs", etc. Lieu de vie entre l'hôpital et la communauté sociale d'appartenance, l'habitation protégée s'apparente à un espace de transition offrant à ses résidents des dispositions à recouvrer une autonomie sociale que la pathologie psychiatrique et la chronicisation hospitalière leur ont ôtée. Pour les usagers ayant préalablement transité par des dispositifs hospitaliers, l'habitation protégée traduit une forme de postcure assurant la continuité de la prise en charge d'une personne en souffrance. En fournissant dorénavant au résident des ressources pour piloter sa propre vie, on peut même avancer qu'elle illustre un nouveau concept de la

postcure. Plus globalement, l'habitation protégée opérationnalise une des grandes transformations ayant affecté la psychiatrie depuis quarante ans: les politiques de déshospitalisation⁷⁰. Politiques qui, relevant d'une rationalité économique, ont également permis que dans leurs interstices se logent de nouveaux impératifs de subjectivation. On notera aussi que ces mêmes politiques ont érigé la question de la chronicité en problème, alors qu'autrefois cette dernière constituait le paradigme à partir duquel s'organisait largement le champ de la santé mentale. Dès lors, comme effet pervers de ces politiques de déshospitalisation, nous verrons que les habitations protégées ont été amenées à "récupérer" le traitement de la chronicité, indépendamment toutefois de leur prétention originelle à offrir une prise en charge temporaire. Rappelons que, déterminée en grande partie par une variable externe au champ thérapeutique, la strate protectionnelle est caractérisée par des politiques de déshospitalisation. Quant à la strate réticulaire - qui nous est contemporaine -, elle se caractérise par des transformations des modes de subjectivation. Nouvelles sémantiques de subjectivation qui, dans la strate protectionnelle, n'apparaissent qu'à l'état latent lors de l'institutionnalisation des habitations protégées. Aujourd'hui, on peut considérer que la strate réticulaire s'est sédimentée dans l'habitation protégée.

Nécessitant pour leur institutionnalisation des moyens financiers conséquents, les habitations protégées ont essentiellement été portées par des dispositifs hospitaliers, parfois par des services de santé mentale ou des structures psycho-socio-thérapeutiques, mais aussi par des associations informelles de travailleurs sociaux. A l'instar des services de santé mentale, publiquement reconnus en 1975 mais mis sur pied par la société civile dès les années soixante, l'institutionnalisation des habitations protégées illustre une constante des politiques belges de santé mentale: les dispositifs novateurs sont d'abord portés par le secteur, ensuite reconnus par les autorités publiques.

La première référence officielle à ce genre de dispositif institutionnel remonte à une circulaire du 28 décembre 1983, précisant les modalités de réduction de la capacité surnuméraire de l'offre psychiatrique en

⁷⁰ Ehrenberg, A. et Lovell, A.M. (2001b), 'Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie?', in Ehrenberg, A. and Lovell, A.M. (eds.), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, p. 21.

prévoyant l'engagement d'un soignant pour huit patients sortis de l'hôpital après y avoir séjourné de manière permanente depuis 1977. Pour que la notion d'habitation protégée trouve une définition légale - encore bien floue, au demeurant - il faut cependant attendre le milieu des années quatre-vingts⁷¹. A cette époque, le ministre des Affaires Sociales inaugure un projet-pilote qui vise à expérimenter officiellement les habitations protégées. Celles qui accueillent des patients sortis de l'hôpital psychiatrique et dont la guidance est réalisée par les soins de ce dernier, en collaboration ou non avec des services de santé mentale ou avec d'autres initiatives axées sur l'habitation protégée, relèvent de la loi sur les hôpitaux. On remarquera que le législateur a été soucieux de ménager les intérêts des dispositifs hospitaliers, à qui est dévolu l'essentiel du pouvoir d'initiative et de contrôle sur les habitations protégées. Vivant d'expédients, celles qui participent d'autres modalités d'institutionnalisation relèvent d'une régulation publique touchant les nouveaux projets institutionnels de santé mentale: la conventionnalisation de missions de service public. Ainsi, certaines habitations protégées tentent de négocier des conventions avec le Collège des médecins directeurs du service des soins de santé de l'INAMI⁷²; d'autres encore, participant d'un régime similaire, bénéficient de conventions avec la Communauté française ou flamande. Pour la première fois de leur histoire, certaines habitations protégées - une minorité, faut-il le rappeler - jouissent d'un financement public.

Fin des années quatre-vingts, Philippe Busquin, alors ministre des Affaires Sociales, commande aux professeurs Groot et Breda une étude scientifique qui vise à évaluer la programmation des équipements hospitaliers psychiatriques et à objectiver les besoins en matière de soins de santé mentale. De cette recherche, il ressort que la resocialisation des patients chroniques stabilisés doit s'opérer dans leur propre milieu de vie; ainsi, les auteurs de la recherche conçoivent l'habitation protégée comme un dispositif ambulatoire encadrant les patients à leur domicile. Un an après que le premier arrêté ministériel ait institué l'habitation protégée en dispositif d'encadrement au domicile des usagers, ce type

⁷¹ Arrêté royal des pouvoirs spéciaux n° 407 du 18 avril 1986, modifiant la loi sur les hôpitaux.

⁷² Vermeylen, J. et Schouters-Decroly, L. (2001), *Hors les murs! Naissance de la psychiatrie extrahospitalière. L'Equipe: histoire et philosophie*, Bruxelles, Groupe secteur recherche, p. 153.

de projet était déjà modifié. Il a fallu, en effet, trouver un compromis entre les lourdes infrastructures, notamment immobilières et gestionnaires, issues du monde hospitalier, et les projets d'autonomisation. Cela a donné l'initiative d'habitation protégée. La mise en œuvre d'une orientation radicalement ambulatoire aurait pu nuire aux intérêts économiques (parc immobilier à rentabiliser, personnel à stabiliser, etc.) et politiques des pouvoirs hospitaliers dans notre pays. En outre, on pouvait craindre qu'un dispositif radicalement ambulatoire n'aggrave la solitude des patients. En conséquence, les arrêtés royaux qui confèrent une base légale et une appellation aux habitations protégées - les initiatives d'habitations protégées - abandonnent le "suivi à domicile" et instituent l'habitation protégée en "maison communautaire" chargée d'accueillir plusieurs résidents. Petit à petit, les habitations protégées existantes sont publiquement reconnues; celles créées après la législation rentrent dans un plan de reconversion des lits psychiatriques hospitaliers. Aujourd'hui, l'agrément est octroyé par les Régions, ou par les Commissions communautaires à Bruxelles.

Inspiré par les multiples expériences locales, précédemment évoquées, et soutenu par les travaux du *Conseil National des Etablissements Hospitaliers*, le législateur assigne aux habitations protégées l'objectif suivant: *"l'hébergement et l'accompagnement des personnes qui ne nécessitent pas un traitement continu en hôpital et qui, pour des raisons psychiatriques, doivent être aidées dans leur milieu de vie et de logement [c'est-à-dire dans des maisons communautaires, dispositifs où les logements individuels côtoient des espaces communs] pour l'acquisition d'aptitudes sociales et pour lesquelles des activités de jour adaptées doivent être organisées"*⁷³.

En matière d'offre de soins de santé mentale, les habitations protégées ont permis de combler une carence majeure du champ de la santé mentale que le rapport Groot-Breda avait mis en évidence: le manque d'alternatives à l'hôpital psychiatrique, c'est-à-dire l'indigence de dispositifs spécifiquement orientés vers la préparation à la réintégration de la vie sociale. Une autre carence de l'offre de soins de santé mentale, mise également en exergue par le rapport Groot-Breda, concerne l'absence de concertation entre les structures ambulatoires et résidentielles. En dépit pourtant, depuis 1975, des obligatoires conventions de partenariat entre services de santé mentale et dispositifs hospitaliers.

⁷³ Arrêté royal du 10 juillet 1990, n° 1859, chapitre 1^{er}, article 2, § 1^{er}.

Dès lors, afin de promouvoir les liens entre le secteur résidentiel et le secteur ambulatoire et afin de garantir la continuité des soins, le législateur prévoit qu'une habitation protégée est constituée en A.S.B.L. à partir d'un hôpital général avec service psychiatrique ou d'un hôpital psychiatrique et d'un service de santé mentale⁷⁴. En réalité, on observe que cette association peut rester purement formelle et ne contraindre en rien l'habitation protégée à collaborer préférentiellement avec les partenaires qu'elle a élus pour pouvoir bénéficier d'un agrément. Écoutons le coordinateur d'une habitation protégée bruxelloise: *"Pour se conformer à la loi de 1990, nous avons deux partenaires au niveau du conseil d'administration qui sont une clinique du quartier et un centre de santé mentale. Mais ça ne veut absolument pas dire, ni que nous prenons prioritairement des gens sortant de cette clinique ou de ce centre, ni que nous envoyons prioritairement des gens chez eux. C'est pas un lien fonctionnel"*! Que le choix des partenaires relève ou non d'une rationalité de « pilier », et quel que soit le degré de coordination fonctionnelle de ces derniers avec l'habitation protégée, les structures identitaires des habitations protégées sont affectées de par le mode même d'institutionnalisation du dispositif. Il reste qu'au sein du paysage institutionnel de la santé mentale, l'habitation protégée se doit, si elle souhaite pouvoir faire émerger complètement les conditions de l'autonomisation de ses usagers, de se différencier de ses partenaires.

La reconnaissance par l'État des habitations protégées ne peut manquer de nous interroger sur les motivations publiques qui ont présidé à ce choix. Alors que, depuis le début des années quatre-vingts, un des référentiels d'action des politiques publiques de santé des pays industrialisés concerne la maîtrise des coûts⁷⁵, l'habitation protégée traduit, selon les propos de tous les professionnels du champ de la santé mentale, une logique de rationalisation budgétaire à l'œuvre chez les décideurs publics. Moins fournie en personnel d'encadrement que les dispositifs hospitaliers - un travailleur équivalent temps plein pour huit lits d'habitations protégées - ce dispositif présente un prix de journée, même à long terme, de huit à neuf fois moins élevé que celui qu'affichent la plupart des dispositifs hospitaliers non universitaires. Aussi, la réforme de la psychiatrie de 1990 - qui a permis, entre autres

⁷⁴ Arrêté royal du 10 juillet 1990, n° 1863, chapitre II, article 4.

⁷⁵ Taylor-Gooby, P. (1996), "The future of health care in six european countries: the views of policy elites", *Int. J. Health Serv.*, 26, 2, p. 203-219.

réalisations, la reconnaissance légale des habitations protégées - a d'abord été une réforme financière. Bien que pertinente, cette lecture fonctionnaliste - qui consiste à ne voir dans l'action de l'État qu'une volonté de réaliser des économies financières - ne permet néanmoins pas de saisir complètement les logiques qui ont présidé à la naissance et à la reconnaissance de dispositifs innovants. Ceux-ci sont également porteurs de potentiels émancipatoires dont les luttes sociales des années 1960 ont affirmé la nouvelle exigence. Ainsi, lorsqu'au début des années quatre-vingts, les professionnels du champ de la santé mentale font le pari de soigner autrement en créant les premières habitations protégées, il s'agit pour eux de se démarquer de la pratique qui a cours dans les hôpitaux psychiatriques. Une éducatrice, qui a travaillé vingt ans en hôpital psychiatrique et qui a saisi l'opportunité qui lui était offerte de travailler en habitation protégée, dira qu'elle a *"quitté le Vif d'Or car la violence y était trop importante"*. Loin de remplir uniquement une finalité économique, la reconnaissance des habitations protégées traduit donc aussi le souci moral qui habite les décideurs publics, celui de pouvoir offrir des dispositifs de santé mentale laissant entrevoir un potentiel de subjectivation que les anciens dispositifs d'État social ne pouvaient légitimement laisser poindre. Ayant tenu compte des critiques dont furent l'objet ces derniers et s'étant alignées sur les nouvelles configurations de la subjectivité, les habitations protégées sont appelées à remplir des finalités d'autonomisation et de responsabilisation des résidents. A octroyer de nouveaux droits, qu'on subsumera sous le concept de "droits-autonomie". En mobilisant, dans le cadre de leur méthodologie de travail, les ressources propres à l'usager, elles participent d'un processus de reconnaissance subjective qui vise à permettre à l'individu de retrouver des capacités susceptibles d'en faire un sujet apte à se prendre en charge lui-même.

2. Les problèmes nés de la différenciation

Alors que certaines habitations protégées préexistaient aux arrêts royaux qui leur ont conféré une base légale, la législation fut conçue de manière à laisser aux dispositifs existants la possibilité de poursuivre leurs activités dans le respect de leurs différences. Aussi, le cadre légal est résolument administratif et financier; la méthodologie de la prise en

charge, quant à elle, reste pour l'essentiel l'apanage des pouvoirs organisateurs de chaque initiative. On notera que cette latitude, implicitement octroyée par le législateur, a parfois même été étendue aux visées du dispositif; nous verrons à cet égard que les caractéristiques de la population hébergée, mais également le degré d'autonomie de l'institution, ont autorisé certains à concevoir l'habitation protégée comme une finalité en soi, alors que la loi la définit comme lieu de transition vers la réinsertion sociale.

2.1. La sélection du public

Parfois fragilisées sur le plan médical, mais toujours en situation de souffrance des liens sociaux, les personnes précarisées - celles ainsi qui ont subi de plein fouet les effets de la nouvelle question sociale - constituent aujourd'hui un public potentiel des habitations protégées. Conscients des réalités socio-économiques contemporaines et des effets pathogènes qu'elles peuvent occasionner chez certaines personnes, c'est souvent sur un mode problématique et réflexif que les professionnels abordent la place légitime des populations socio-économiquement précarisées au sein des habitations protégées. Dans un contexte d'enchevêtrement des champs du mental et du social, la sémantique de la précarité et son succès auprès des professionnels de la santé mentale semblent expliquer la timide mais non moins visible ouverture des critères d'admission vers des problématiques sociales car la précarité se matérialise avant tout par une souffrance des liens sociaux, elle n'est pas seulement synonyme de carence, elle porte aussi sur la manière d'être soi et d'être relié aux autres.

Parmi les autres problématiques progressivement interprétées au sein des habitations protégées en termes de souffrances des liens sociaux, il faut aussi signaler les toxicomanies. Cela autorise dorénavant les populations toxicomanes à prétendre faire partie des contingents nouvellement et potentiellement ciblés par les habitations protégées. Il est cependant parfois difficile d'accepter ce type de population. Non point parce qu'il y aurait un doute sur le caractère de « pathologie » de la toxicomanie. Dans un contexte grandissant de mentalisation du social, il n'est plus pertinent de se poser la question « malade » ou « délinquant », comme dans les années 1970-1980. Le problème est plutôt moral et social. Parmi les candidatures refusées par nombre d'habi-

tations protégées, mais non point par toutes, on retrouve des toxicomanes pratiquants et dépendants, généralement considérés par le personnel d'encadrement comme rétifs à toute volonté de "se prendre en charge". Développant une rationalité de type solidariste, les praticiens de terrain les accusent aussi de dangereusement menacer les relations de voisinage au sein des maisons communautaires: "...Un alcoolique qui boit ou qui continue à boire, aller mettre une personne comme ça avec d'autres? C'est infernal! Alors il rentre saoul, il casse des trucs, il tombe dans les escaliers... Vous imaginez le calvaire pour ceux qui doivent habiter avec lui"?! (un coordinateur). Les stigmates dont sont entachées certaines problématiques toxicomaniaques relèvent donc moins d'une logique de dénegation des souffrances subjectives que d'une conscience de leur impact négatif dans un cadre communautaire. Soucieux de "protéger" les autres résidents et de garantir au sein des maisons communautaires un climat relationnel viable, le personnel d'encadrement, dans son intégralité, semble d'accord pour affirmer que les assuétudes non sevrées nécessitent une prise en charge en habitations protégées individuelles.

Et précisément, depuis 2001, le législateur a permis le financement d'un nombre limité d'habitations protégées individuelles vu qu'il a été constaté que *"le concept d'habitation collective prévu dans les normes d'agrément architecturales des initiatives d'habitations protégées a des effets contre-productifs pour certains occupants d'habitations protégées"*⁷⁶. Il semblerait que les pouvoirs publics auraient été sensibles à l'attente de certains résidents pour qui le "studio équipé du matériel de cuisine et des équipements sanitaires nécessaires" répond plus favorablement à leur problématique: personnes qui, ayant déjà vécu l'expérience de l'autonomie complète, éprouvent des difficultés à vivre en communauté, fut-elle temporaire en ce qui concerne le partage des lieux communs; personnes présentant des pathologies psychiatriques stabilisées mais problématiques dans le cadre d'une vie communautaire: personnalités asociales, paranoïaques, personnes ayant développé des comportements violents envers autrui, etc. En subventionnant ces habitations individuelles, l'État manifestait, lui aussi, sa volonté de répondre à la fois à des impératifs fonctionnels - offrir des dispositifs qui permettent de satisfaire toujours plus aux aspirations d'individualisation - et à la fois à des évolutions normatives qui, de plus en plus, érigent l'usager

au centre des dispositifs thérapeutiques. Il poursuivait les mêmes finalités lorsque début 2001 les ministères fédéraux de la Santé Publique et des Affaires Sociales lancèrent un appel à projets concernant les soins psychiatriques pour patients séjournant à domicile; reposant sur une collaboration entre centrales de soins à domicile et habitations protégées, c'est à ces dernières qu'il appartient d'introduire les candidatures au projet pilote.

Alors que l'habitation protégée est censée accueillir des usagers relevant *stricto sensu* du champ de la psychiatrie, comment expliquer qu'elle encadre, ci et là, des handicapés mentaux? Si certains déficients mentaux souffrent de pathologies psychiatriques, on ne peut ignorer que les habitations protégées ont hérité, en droite ligne des hôpitaux psychiatriques, d'une population de personnes handicapées mentales; et cela en dépit d'une politique différenciatrice qui visait, dès le milieu des années septante, à orienter les handicapés mentaux présents au sein des hôpitaux psychiatriques vers des institutions relevant du champ du handicap⁷⁷. À ce titre, les habitations protégées participent d'une logique à laquelle sont confrontés tous les nouveaux dispositifs du champ de la santé mentale. On voit ici davantage combien envisager, dans le cadre de notre étude, une analyse des politiques d'accompagnement des personnes handicapées était une démarche pertinente. Alors qu'une action publique motivée par des impératifs de régulation peut offrir dans ses interstices des possibilités d'expériences novatrices, à l'inverse des dispositifs répondant à des espoirs d'émancipation se trouvent constamment pris dans des processus où ils ont à négocier avec des logiques, multiples, qui leur sont extérieures. Des logiques liées aux anciens dispositifs, et notamment à la prédominance de l'hôpital. Encore présents aujourd'hui dans certains hôpitaux psychiatriques, les handicapés mentaux pouvant prétendre trouver un encadrement au sein d'une habitation protégée comptent toutefois parmi les plus "autonomes". Et comme le souligne un infirmier psychiatrique, évoquant les réorientations thérapeutiques nées de l'ouverture des habitations protégées, le passage des handicapés mentaux vers l'habitation protégée *"...libère de l'hôpital une population possédant un certain degré d'autonomie et cela nous permet également de concentrer le gros de notre éner-*

⁷⁶ Arrêté royal du 5 juin 2000.

⁷⁷ Bastyns, C. et Orenbuch, J. (1978), 'Fins et moyens de la nouvelle politique psychiatrique belge', *Revue de l'Institut de Sociologie*, 3, p. 214.

gie sur des patients qui présentent des troubles psychiatriques sévères et durables⁷⁸”. L’hôpital psychiatrique remplissant de la sorte sa mission principale de traitement intensif des pathologies, conformément à la définition légale de l’hôpital en vigueur depuis 1985.

2.2. Les logiques de regroupement

Hétérogènes, les populations encadrées méritent aussi qu’on s’intéresse à leurs logiques de regroupement au sein des habitations protégées. Il semblerait qu’on soit face à deux modalités de constitution des maisons communautaires. Le premier critère visant à discriminer la composition des habitations protégées relève de la nature des problématiques qui y sont encadrées, elles-mêmes très étroitement liées au capital potentiel d’autonomie des résidents. Ainsi, dans les dispositifs qui pour des raisons institutionnelles hébergent des déficients mentaux, on observe que ces derniers sont invités à partager les mêmes maisons communautaires. Très dépendants des intervenants sociaux, certains handicapés mentaux ne peuvent prétendre à l’acquisition d’un différentiel d’autonomie significatif; ils nécessitent en conséquence un encadrement fortement développé qui ne pourrait être que peu profitable à la mise en autonomie des autres résidents. Empreinte d’une certaine forme de darwinisme social, cette rationalité professionnelle est également à l’œuvre dans les critiques formulées par *Similes* - association d’aide “aux malades mentaux ainsi qu’à leurs familles et amis” - à l’adresse des praticiens qui, de manière aléatoire ou volontaire, accueillent au sein de mêmes maisons communautaires des problématiques diverses. Et précisément, en pointant du doigt la cohabitation de personnes souffrant de troubles mentaux avec des toxicomanes, « comment permettre aux malades mentaux de remonter la pente dans ces conditions⁷⁹? », se demande l’association. D’une certaine façon, la présence de toxicomanes au sein de certaines habitations protégées ne semble donc pas légitimée, ni par les professionnels, comme nous avons eu l’occasion de le voir, ni davantage par certains groupes d’aide aux usagers du champ

⁷⁸ *Le Soir*, 30 juillet 1996, p. 17.

⁷⁹ *Memorandum. Des mesures proposées par Similes Belgium en faveur des malades mentaux*, Bruxelles, Service documentation de Similes francophones, mars 2001, p. 10.

de la santé mentale. De manière plus générale, ce sont les droits des toxicomanes vis-à-vis du champ qui continuent à poser question.

Concernant les déficients mentaux, la stratégie d’homogénéisation n’est toutefois pas systématique; et le degré de déficience des résidents peut conditionner les coordinateurs à moduler la composition des maisons. Aussi, il est possible d’observer des habitations, que le personnel d’encadrement nomme “semi-autonomes”, où cohabitent différentes populations: handicapés mentaux légers, personnes souffrant de psychose, de dépression, de troubles de l’humeur, etc. Indépendamment de la diversité des problématiques qui les habitent, ces maisons réunissent aux yeux des praticiens de terrain les conditions nécessaires et suffisantes pour qu’un travail d’acquisition des aptitudes sociales puisse être entrepris. Dans des institutions qui visent à développer les potentialités d’évolution des résidents, notamment en survalorisant le monde du faire, l’optimalisation de la réintégration sociale peut aussi s’affiner en visant l’établissement d’un équilibre entre, par exemple, des usagers psychotiques avec des symptômes négatifs, facteurs d’inertie, et d’autres, susceptibles de stimuler un groupe social par leur activité ou leurs initiatives. L’autre critère rendant compte de la composition des maisons repose sur les affinités supposées entre résidents. Dans les dispositifs créés au départ d’un hôpital psychiatrique, il n’est pas rare de rencontrer certaines maisons accueillant des usagers qui se sont préalablement connus à l’hôpital, qui ont développé des relations amicales et qui ont été amenés à gagner l’habitation protégée ensemble. Considérés par les professionnels comme des viatiques octroyant les meilleures chances d’intégration au sein de l’habitation protégée, ces liens privilégiés entre résidents peuvent aussi, en contrepartie, entretenir des logiques “claniques” et créer des clivages relationnels au sein des habitations.

2.3. Du curatif au préventif

A l’image des problématiques rencontrées dans les habitations protégées, le résumé psychiatrique minimum (RPM)⁸⁰ nous indique que la provenance institutionnelle des résidents s’est aujourd’hui fortement

⁸⁰ Effectif dans le secteur des habitations protégées depuis le 1er septembre 1998, il s’agit d’une base de données destinée à la réalisation d’un suivi en continu de l’activité de soins de santé mentale (et notamment les trajectoires des résidents).

diversifiée⁸¹. Originellement, les personnes séjournant en habitation protégée avaient connu, avant que leur pathologie ne soit stabilisée, une hospitalisation de très longue durée dans des hôpitaux psychiatriques. Depuis deux à trois ans, une partie des usagers n'a pas ou peu été hospitalisée dans des services hospitaliers psychiatriques. Si certains résidents ont néanmoins transité quelque peu par des services psychiatriques d'hôpitaux généraux ou par des services aigus d'hôpitaux psychiatriques, il est des demandes d'admission qui émanent de personnes vivant seules, en famille, chez des amis, dans des communautés thérapeutiques, etc. Pour les personnes n'ayant pas été encadrées par un quelconque dispositif institutionnel, mais qui néanmoins se doivent aujourd'hui d'être soutenues dans leur parcours de vie, l'habitation protégée s'assimile à une formule préventive, véritable alternative à une hospitalisation psychiatrique qui, bien souvent, désagrège encore plus fortement des liens sociaux déjà pourtant fragilisés. Relevant des modalités procédurales des nouvelles politiques publiques, la prévention, et partant le rôle préventif aujourd'hui dévolu aux habitations protégées, illustre une transformation du sens de l'action publique. Écoutons un coordinateur d'une habitation protégée bruxelloise: *"On fait parfois même du préventif... On avait un jeune gars entre vingt et vingt-cinq ans, des problèmes psychologiques depuis l'adolescence, jamais d'hospitalisation, un suivi "psy" mais même pas chez un psychiatre ou chez un psychologue... Les parents vieillissent, lui a envie de s'installer à l'extérieur, n'ose pas, les parents non plus... Comment faire? Lui louer un appartement? Ils ne se sentaient pas vraiment à même de l'y préparer. Et voilà, quelqu'un parmi leur entourage a dit "Tiens, ben moi je connais une structure qui en fait accueille des gens et les prépare à l'autonomisation". Et ils nous ont contactés. On s'est dit "Tiens, c'est peut-être pas le cas habituel". Je dis ça parce que c'était la première fois [en 1991], maintenant on se pose moins la question quand même... Et donc ce gars est arrivé chez nous et on a pu faire tout un travail d'apprentissage à l'autonomie puisque chez nous il avait quand même l'avantage de pouvoir faire lui-même ses courses, sa lessive, enfin se prendre tout à fait en charge mais quand même avec un encadrement. Il y avait un référent, quelqu'un de notre*

⁸¹ Rapport national 2000 du Résumé Psychiatrique Minimum dans les Initiatives d'Habitations Protégées et les Maisons de Soins Psychiatriques, Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Cellule des Soins Psychiatriques, Bruxelles, 2002.

équipe qui le suivait pour voir comment il évoluait et je crois qu'il est resté un an, un an et demie et puis il a pris un appartement près de chez l'un de ses frères. Et donc ça c'est bien passé. Je me dis finalement, ce gars, peut-être qu'au moment du décès des parents, il aurait décompensé, il se serait retrouvé en psychiatrie, il aurait fait un séjour en hôpital, peut-être long même ou il aurait essayé de prendre un appartement et se serait cassé la pipe, ça n'aurait pas été avec les risques que ce soit dans une situation de crise avec appel de la police ou d'une ambulance. Donc il y a des choses intéressantes qui se passent comme ça"!

2.4. Une globalisation de la logique de prise en charge

Assumant également, et de plus en plus, une fonction préventive, les habitations protégées appellent dorénavant une sensibilisation accrue des intervenants de première ligne au sein du champ socio-sanitaire: services sociaux des CPAS, généralistes, etc. Selon une étude européenne, ces derniers seraient les premiers dépositaires des plaintes des patients puisque plus de la moitié des patients qui sollicitent le champ de la santé mentale consultent d'abord leur médecin généraliste pour des problèmes mentaux. A ce titre, le généraliste occupe une position privilégiée dans le champ de la santé mentale. Et pourtant, il est souvent *"peu au courant et peu informé du réseau extra-hospitalier. Rien pendant ses études n'est prévu en ce sens. Il s'en suit un réflexe d'envoyer ses patients à l'hôpital et même à l'hôpital psychiatrique alors qu'il pourrait aussi faire appel à d'autres structures pour certains cas"*⁸². Si l'habitation protégée ne s'est pas encore fait connaître auprès de tous les généralistes, on observe néanmoins qu'elle collabore avec des omnipraticiens. Dans le champ de la santé mentale, le nouveau rôle régulateur désormais dévolu aux généralistes⁸³ s'origine dans un contexte de transformation des formes de subjectivation, où apparaissent des insistances nouvelles sur l'intérêt de centrer l'encadrement, non plus sur le dispositif institutionnel, mais sur la figure de l'usager. Aussi, l'habitation protégée reflète tendanciellement une logique à l'œuvre au sein des nouveaux processus thérapeutiques: la reglobalisation de l'usager dans son

⁸² Verhaegen, L. (1991), 'Perspectives de la politique bruxelloise de santé mentale', Bruxelles, Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, p. 328.

⁸³ Donnay, J.-Y. (2002), 'Les coordinations entre intervenants: la place du médecin généraliste et de sa patientèle', *Santé conjugée*, 19, p. 43-48.

environnement social. Et l'émergence de cette tendance, que recouvre par exemple l'idée de "circuit de soins", se traduit, entre autres, par l'importance accrue du généraliste dans le suivi médical des résidents. Devenu acteur clé du champ de la santé mentale - et ce, indépendamment de l'indigence de sa formation académique en soins de santé mentale - le généraliste participe d'une communautarisation de l'encadrement dont la dynamique se donne à voir dans le passage "du traitement individuel d'un patient par un thérapeute à la prise en charge d'un patient par un groupe plus ou moins complet de personnes (...) qui, chacune dans sa position respective, position dont l'une peut prévaloir sur les autres, concourent à l'évolution la plus favorable possible du sujet"⁸⁴. Sollicités par les habitations protégées à opérer une prise en charge intégrée des résidents, les généralistes restent en règle générale, en ce qui concerne les matières non psychiatriques, les référents médicaux des résidents. Alors que le psychiatre attaché ou non à l'habitation protégée se charge, lui, du suivi psychiatrique stricto sensu: établissement du diagnostic psychiatrique (le cas échéant), prescription des psychotropes, révision éventuelle de la médication, etc. Cette répartition des tâches ne se vérifie toutefois pas toujours et il est des situations de "co-thérapie" où, dans un système de double référence, un généraliste assure conjointement avec un psychiatre le suivi médicamenteux des résidents.

3. Constructions normatives: la sémantique de la responsabilité

Dans un monde qui survalorise l'action, l'autonomie et la responsabilité de soi, l'intégration sociale passe avant tout par des impératifs d'activation - "il faut bouger les usagers, les déranger" dira le directeur du SPMV- de gestion de soi et de compétence: "chacun doit impérativement se trouver un projet et agir par lui-même pour ne pas être exclu du lien, quelle que soit la faiblesse des ressources culturelles, économiques ou sociales dont il dispose"⁸⁵. Aussi, y compris pour les plus précarisés et notamment les personnes souffrant de troubles mentaux, il importe que la réinsertion sociale s'accompagne d'une participation active de leur part. Ce sont les obligations

⁸⁴ Lanteri-Laura, G. (2001), 'L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française', in Ehrenberg, A. and Lovell, A.M. (eds.), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, p. 257.

⁸⁵ Ehrenberg, A. (1995), *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, p. 14-15.

positives désormais conférées au résident qui ont requis l'émergence d'un mode contractuel caractéristique des nouvelles politiques publiques⁸⁶. On voit donc bien que la sémantique de l'accompagnement vise à soutenir les créations du résident, l'intervenant professionnel se mettant d'une certaine façon « à son école ».

Plutôt que d'offrir à leurs usagers l'accès à des droits inconditionnels et impersonnels, comme le faisaient les dispositifs institutionnels d'État social, les habitations protégées entendent ainsi proposer un accompagnement psychosocial répondant aux exigences d'une normativité active. Ayant distinctement analysé les nouvelles formes de subjectivation, Ehrenberg souligne que "le style de réponse aux nouveaux problèmes de la personne prend la forme d'accompagnements des individus, éventuellement sur la durée d'une vie. Ils constituent une maintenance se déployant par des voies multiples, pharmacologiques, psychothérapeutiques ou socio-politiques. Des produits, des personnes ou des organisations en sont le support. Ces acteurs multiples, relevant de missions de services publics ou de services relationnels privés, se réfèrent à une même règle: produire une individualité susceptible d'agir par elle-même et de se modifier en s'appuyant sur ses ressorts internes. Cette règle peut servir autant d'instrument de domination que de moyen de réinsertion ou de prise en charge thérapeutique"⁸⁷. A ce titre, l'encadrement en habitation protégée ressortit donc d'une nouvelle dynamique d'action publique qui "refait de l'intériorité en intégrant dans les stratégies de resocialisation ce qui compte personnellement pour l'individu défaillant, en rendant visibles les éléments internes sur lesquels il est susceptible de s'appuyer"⁸⁸.

3.1. La signature du contrat

Les nouveaux impératifs qui s'imposent au sujet donnent naissance, au sein de l'habitation protégée, à deux problématiques majeures: l'évaluation de la motivation du candidat (3.1.1.) et la contractualisation des normes de son séjour (3.1.2.).

⁸⁶ Morel, S. (2000), *Les logiques de la réciprocité. Les transformations de la relation d'assistance aux Etats-Unis et en France*, Paris, Presses universitaires de France.

⁸⁷ Ehrenberg, A. (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, p. 244.

⁸⁸ Ibid., p. 242.

3.1.1. L'épreuve de la motivation

La sémantique de la responsabilisation des usagers se donne à voir dans les différentes phases du processus d'admission et d'évolution des résidents en habitation protégée. Tous les dispositifs proposent, de manière quasi uniforme, une procédure d'admission illustrant la pénétration des nouveaux impératifs de subjectivation, et pouvant potentiellement s'inscrire dans une sémantique managériale, comme nous le montrerons dans notre prochain chapitre. Pour prétendre occuper une place en habitation protégée, il s'agit d'abord que le résident potentiel pose sa candidature. On attend de lui qu'il manifeste une "volonté relative" - la formule semble rencontrer la réalité singulière de personnes souffrant de troubles mentaux - à fréquenter l'habitation protégée, même si cette dernière lui a été suggérée par une institution tierce. Indirectement, la démarche de candidature doit ainsi permettre de neutraliser les éventuelles velléités de "placement en habitation protégée" d'un résident par ses proches. C'est à lui, et à lui seul, qu'il appartient de faire montre de sa motivation à vouloir habiter l'institution; capitale pour que le processus d'admission puisse aboutir, la motivation du résident sera évaluée par les professionnels, généralement au gré de plusieurs entretiens. Pour que l'admission soit toutefois effective, la demande de candidature doit aussi s'inscrire dans le cadre d'une tentative de vie autonome, évaluée à la lumière d'un "bilan d'autonomie". Alors que l'habitation protégée vise à prodiguer à ses bénéficiaires une autonomie susceptible de leur permettre de réintégrer la communauté sociale, on ne peut s'empêcher de s'étonner qu'elle exige d'eux, au préalable, un capital d'autonomie suffisant. Cette dialectique ne fait-elle pas de l'impératif d'autonomisation une injonction paradoxale?

Bien avant la construction d'un projet individuel - le prolongement de la candidature dans le cheminement personnel d'un résident - le candidat est ainsi confronté à une sémantique de subjectivation qui semble lui reconnaître le droit et le devoir d'énoncer la rationalité sous-jacente à sa volonté d'intégrer l'habitation protégée. Pour ce praticien de terrain, la candidature "vient d'abord du fait que, contrairement à l'hôpital psychiatrique, ici nous voulons que la personne fasse une démarche personnelle. C'est poser sa candidature! On n'entendra jamais ça dans un hôpital psychiatrique, ou c'est très rare que quelqu'un pose sa candidature, il y est bien souvent emmené de force, physique ou mentale, on l'oblige quasiment à se faire soigner même s'il n'accepte pas". Le processus de candidature, qui confère

au résident potentiel un statut de "sujet de l'énonciation", caractérise les modalités d'admission en habitation protégée. En tant que ressource personnelle, la motivation du candidat - devenu entre-temps résident - va servir de base à l'élaboration d'un projet de vie individualisé. Loin des supposées vertus de la discipline et de l'enfermement, à distance aussi du paternalisme de la prise en charge hospitalière, les habitations protégées exigent en effet de leurs résidents de montrer qu'ils sont capables de mettre en œuvre des projets, signe d'une subjectivité apte à se prendre en charge elle-même. C'est toutefois encadré de son travailleur référent que le résident va concevoir un projet; à ce titre, les professionnels parlent de "projet négocié", d'"autonomie accompagnée".

Il est difficile de dire jusqu'à quel point l'autonomisation devient une condition du séjour. Il est incontestable que dans certains cas, c'est bien ainsi que fonctionne l'idéal d'autonomie. Lors d'une garde de week-end, alors qu'elle fut appelée à maintes reprises par une résidente qui évoquait la possibilité d'un suicide, une éducatrice de l'Horizon met en mots la normativité qui a cours dans les habitations protégées, et lui répond: "*Tu dois être responsable de tes actes où sinon tu ne restes pas ici*" (réunion de professionnels). S'il faut y voir, à coup sûr, une volonté de conditionnaliser l'aide sociale à des impératifs de prise en charge de soi, il peut être utile de relier le nouvel idéal normatif des praticiens à un contexte institutionnel plus global. Alors que la région wallonne et la région de Bruxelles-Capitale souffrent d'une offre d'habitations protégées structurellement déficitaire, il n'est pas rare d'observer chez quelques praticiens de terrain une propension à vouloir faire prendre conscience aux résidents, en agitant quelquefois le spectre de l'hôpital et de son imaginaire, du privilège dont ils disposent en fréquentant des institutions qui accordent une place de choix au sujet. Dans ces régions, les listes d'attente en vue d'une éventuelle admission en habitation protégée attestent d'un manque dans la programmation de ces dispositifs.

3.1.2. La sémantique du contrat

Offrant un cadre, et donc un espace délimité dans lequel le travail d'accompagnement peut se réaliser, le contrat est considéré par les praticiens de terrain comme un instrument thérapeutique. Au SPMV comme à l'Horizon, on notera que les discours des professionnels sont très fortement imprégnés de la sémantique du cadrage. Il est impératif

de "mettre un cadre d'intervention", entend-on très souvent, et lorsqu'un usager ne remplit pas ses obligations, les praticiens diront qu'il "nécessite un recadrage", qu'il est nécessaire de "recadrer les objectifs". Le contrat permet certes de responsabiliser, comme nous venons de le voir, mais également de participer à la normativité active. En nouant des contrats, les résidents sont d'une certaine façon incités à respecter les engagements qu'ils ont arrêtés, de la sorte ils "deviennent ce qu'ils n'auraient jamais dû cesser d'être s'ils avaient eu le soutien, les opportunités nécessaires: les principaux acteurs de leur existence et de leur qualité de vie". Par ailleurs, le contrat s'avère être un instrument privilégié dans l'accompagnement socio-thérapeutique des personnes souffrant de psychose. Davantage que les personnes souffrant de névrose, les psychotiques requièrent un accompagnement devant s'étayer sur une "réalité tangible qui a une valeur d'échange autre que celle du langage"⁸⁹. Ainsi, le contrat propose "une relation thérapeutique avec un contenu fait de réalité et une délimitation dans le temps qui permet une scansion face à l'intemporel de la psychose"⁹⁰. Lieu-tiers remplissant une fonction de médiation thérapeutique, le contrat permet l'opérationnalisation d'un travail efficient sur la relation "psychose-réalité sociale". Et quand bien même les psychotiques ne le respecteraient pas, sa fonction performative autoriserait toutefois les intervenants sociaux à continuer d'appréhender cette dualité de manière structurante. Ses contenus, par exemple, restent faits d'une réalité sociale scandée par des moments de bilan lors de rencontres entre l'habitation protégée et le résident. Au SPMV, c'est au terme de la durée de la convention de séjour que le résident et son travailleur référent redéfinissent ensemble les objectifs, évaluent la période passée et réfléchissent, le cas échéant, à la possibilité de se diriger vers une prise en charge encore plus autonome, par exemple un appartement extérieur à l'habitation protégée. Ces praticiens partent du postulat que les contrats de courte durée - six mois au SPMV (renouvelables en fonction de l'autonomie acquise) - ainsi que les évaluations régulières qui en sont faites incitent les résidents à tenter, de manière volontariste, de réaliser leurs projets. Par ce biais, les usagers sont sans cesse

⁸⁹ Hamelin, M., Palazzi, S. et Ribeyre, P. (1990), 'Place du contrat thérapeutique dans un foyer de postcure sectorisé', in Goutal, M. and Vidon, G. (eds.), *L'hébergement thérapeutique. Une alternative à l'hospitalisation psychiatrique?*, Toulouse, Erès, p. 86.

⁹⁰ Ibid., p. 86.

interpellés et prennent conscience que l'habitation protégée est avant tout un hébergement transitoire.

Dans d'autres dispositifs, comme l'Horizon, la temporalité de la convention de séjour est faiblement instrumentalisée et tend plutôt à recouvrir la temporalité indéterminée du cadre hospitalier. Un coordinateur met en doute les bénéfices thérapeutiques d'une temporalité conditionnée: "Je trouve essentiel que les personnes qui viennent chez nous, d'abord et avant toute chose, investissent le lieu comme étant un "chez eux" qui n'est pas soumis à des conditions de temps. Il n'y a pas de durée chez nous! Il y a des contrats d'un an renouvelables pour des questions plutôt administratives mais ça se renouvelle toujours s'ils en ont besoin, s'ils le veulent. Et donc quand on est dans cet aspect-là "essai, durée limitée, etc.", on ne permet pas à ces gens d'investir". Cette philosophie de travail ne rentre pas en contradiction avec le cadre légal qui précise que "le séjour dans une initiative d'habitation protégée est justifié aussi longtemps que la personne concernée ne peut être totalement réintégrée dans la vie sociale"⁹¹. Et précisément, il est des résidents pour qui l'habitation protégée représente l'ultime étape d'autonomisation. Incapables d'acquiescer une autonomie suffisante à la réinsertion sociale, ils mettent à mal la fonction transitoire de l'habitation protégée. Alors qu'en 1995, ces résidents peu autonomes représentaient la majorité des usagers d'habitations protégées⁹², "ne va-t-on dès lors pas un jour ou l'autre être confronté au vieillissement des patients qui ne peuvent dépasser ce "stade" d'autonomisation; vieillissement qui nécessitera inévitablement que l'on réfléchisse à l'évolution de la conception même de l'habitation protégée basée sur l'intégration dans la vie sociale"⁹³? se demandaient légitimement les auteurs d'une évaluation qualitative des mesures de reconversion en psychiatrie.

⁹¹ Arrêté royal du 10 juillet 1990, n° 1859, chapitre 1^{er}, article 2, § 2.

⁹² A titre illustratif, on notera qu'au 30 juin 2000, en Belgique, 38 % des résidents d'habitations protégées y séjournaient depuis plus de 3 ans. Cfr. Rapport national 2000 du Résumé Psychiatrique Minimum dans les Initiatives d'Habitations Protégées et les Maisons de Soins Psychiatriques, *op. cit.*, p. II.

⁹³ Mahieu, N. et Van Nuffel, R. (1995), 'Effets des mesures de reconversion pour les patients psychiatriques chroniques', Bruxelles - Gand, Confédération francophone des ligues de santé mentale - Vlaamse vereniging voor geestelijke gezondheidszorg, p. 368.

3.2. *Le travail au sein du dispositif*

Une fois la personne acceptée dans l'institution et le contrat défini, il reste à élaborer des normes de vie commune et de réalisation des objectifs. Dans ce travail de construction de la norme, les référentiels importent. On constate un très grand contraste entre les deux institutions que nous avons étudiées (3.2.1.). Souvent, les normes fondamentales sont de l'ordre de l'hygiène et de la civilité. Ce constat donne toute sa portée à l'idée que nous avançons dans notre première partie: la citoyenneté fondamentale, aujourd'hui, c'est la citoyenneté civique (3.2.2). Mais cette normativité pose la question du maintien d'une référence émancipatrice dans un discours de contrôle et d'éducation. La question des limites de la sémantique de l'autonomie pose un deuxième défi important: jusqu'à quel point des malades, souvent proches du handicap, peuvent-ils se plier aux injonctions de liberté (3.2.3.). Enfin, la question de la ressource financière commence à poindre comme un défi aux objectifs de l'État social, en conséquence de l'individualisation des politiques dont l'habitat protégé se fait le vecteur.

3.2.1. *Deux modèles, médical et citoyen*

Les cadres normatifs de la prise en charge dans les habitats protégés peuvent être extrêmement variables. Les résidents de L'Horizon, par exemple, ont la possibilité - mais pas l'obligation - de participer à divers ateliers thérapeutiques. Parmi ceux-ci, beaucoup attestent de la prégnance de la sémantique hospitalière. Les thématiques qui les nourrissent gravitent autour de la maladie et de la santé, le résident est conforté dans sa condition de malade mental et l'équipe d'encadrement oublie souvent que la santé - et partant la santé mentale - est d'abord une affaire « subjective », voire intersubjective ou culturellement induite. Sur un mode éducatif, ces ateliers visent à montrer que l'autonomisation, c'est d'abord connaître sa pathologie, pouvoir la gérer, anticiper ses fluctuations, la réguler. Spécifiquement adressé aux résidents souffrant de psychose, un atelier tend à entraîner leurs habilités sociales de façon à ce que ces usagers puissent appréhender, dans les meilleures conditions possibles, les interactions sociales génératrices d'angoisse. Ouvert à tous les résidents, un atelier d'éducation à la santé cherche à informer les usagers de leurs pathologies et des effets induits par les médicaments. D'autres ateliers - à l'image de ceux que l'on peut retrouver au sein de l'hôpital psychiatrique du Vif d'Or - relèvent du

registre occupationnel (vidéo, jeux de société), et parmi ceux-ci, certains continuent de cautionner la séculaire naturalisation des rôles sexuels (tricot, buanderie, crochet, point de croix, couture, cuisine).

Pour le SPMV en revanche, la maladie est loin d'être le seul élément à prendre en compte. Aussi, ses ateliers reflètent l'extension du champ de la santé mentale vers le "socioculturel" et le "socioprofessionnel". Le SPMV se situe clairement, au plan normatif, dans une logique citoyenne. Il se réfère volontiers, par exemple, à l'article XXIII de la déclaration universelle des droits de l'homme qui stipule que toute personne a droit au travail. Remarquons que contrairement à L'Horizon, la participation à un quelconque atelier oblige le résident à rentrer dans un processus contractuel explicite - en nouant soit une convention de stage, soit un contrat de participation. Postulant que la culture n'est pas un luxe - qu'elle est même l'instrument essentiel du dialogue social - le SPMV propose, au niveau des ateliers socioculturels, un service d'éducation permanente (café philosophique, module alphabétisation, atelier d'expression plastique brassant différents publics au-delà de l'habitation protégée et de la maladie mentale, etc.). Instrumentalisé à des fins thérapeutiques et de recomposition de la citoyenneté, le travail socio-culturel mis en œuvre dans ces espaces permet assurément d'émanciper ceux qui souffrent des liens sociaux, notamment en rencontrant certaines de leurs légitimes attentes de reconnaissance. Au niveau socio-professionnel, les ateliers sont conçus comme des entreprises d'économie sociale, agréées par la région wallonne. Ils présentent un caractère réel et concret - ce qui est produit doit être de qualité et correspondre aux besoins des clients - et proposent des activités liées aux métiers du bâtiment (ex. rénovation de logements pour des sans abris), de l'horeca, du secrétariat et de l'infographie. Ces ateliers n'ont pas pour finalité de former des maçons ou des infographistes mais bien d'inscrire les résidents dans un cadre de travail proche de celui qu'on peut rencontrer dans le monde "non protégé". Il s'agit qu'ils acquièrent - au travers de processus d'apprentissages basés sur un paradigme de mobilisation des ressources - des aptitudes qui les aideront à s'organiser dans la vie sociale. Parallèlement à certains ateliers de L'Horizon, les résidents disposent de moyens censés leur permettre de recouvrer une autonomie maximale. Mais contrairement à L'Horizon, la nature de ceux-ci diffère. D'un côté, le résident doit apprendre à se débrouiller avec ses symptômes (différents ateliers "santé"), ce qui lui donnera les

meilleures chances de réintégrer la vie sociale; de l'autre, le résident a l'opportunité de tester ses capacités à pouvoir s'aguerrir aux exigences de la vie sociale, mais cette fois au travers d'espaces qui étendent ses sphères de reconnaissance (ateliers socioprofessionnels et socioculturels). "Comment construire une identité dans un monde flexible?" pourrait résumer l'ambition du SPMV. Alors que la polyphonie des centres de préoccupations représente un des idéaux contemporains, le SPMV s'inscrit très ostensiblement dans la veine des nouvelles politiques sociales qui exigent de l'usager d'être une sorte de "super-sujet" capable de réticuler les différents champs sociaux.

3.2.2. Sois autonome!

Un des objectifs affichés par les praticiens de terrain vise à procurer aux résidents les conditions nécessaires à la réintégration sociale complète. Il faut cependant se demander comment cette valeur se traduit en normes quotidiennes d'encadrement et de soins.

On est à cet égard frappé de l'explicitation constante de la valeur d'autonomie en termes de civilité. L'hygiène en est un exemple, ou encore les normes élémentaires du boire et du manger. Si, au début du 20^{ème} siècle, l'hygiène mentale fut l'idéal régulateur de l'action sociale dans le champ psychiatrique, on observe aujourd'hui que la sémantique de l'hygiène, par exemple, reste omniprésente dans les représentations et dans les discours des intervenants de terrain. Ce n'est toutefois plus l'hygiène mentale qui fait figure de cheval de bataille auprès des praticiens; il s'agit donc d'entendre le concept dans son acception restreinte, dans son acception commune même. Vivant de manière grégaire, le résident est explicitement invité à adopter certaines conventions qu'exige la vie sociale. Responsable envers ses colocataires, il lui est ainsi demandé de veiller à la bonne tenue de l'habitation protégée; tel un rite quotidien, le rangement et le nettoyage des parties communautaires et privatives sont requis et contrôlés par les praticiens de terrain. Il lui est aussi demandé de veiller régulièrement à son hygiène corporelle. Dans un espace communautarisé, il s'agit de neutraliser les obstacles qui pourraient entraver le bon déroulement des relations intersubjectives. Essentiellement rencontré chez des praticiens ayant précédemment et longuement travaillé dans des dispositifs hospitaliers psychiatriques, ce souci récurrent de l'hygiène peut aussi s'apparenter à la trace résiduelle d'un monde dans lequel "*l'hygiène est un critère*

*d'évaluation de première importance [...] où existe l'idée, bien ancrée dans les esprits, selon laquelle le relâchement sur les questions d'hygiène est directement proportionnel à l'intensité des troubles*⁹⁴.

Mais l'apprentissage et le maintien de tels préceptes participent également, voire d'abord, d'un processus d'intériorisation des normes dominantes visant à faire prendre conscience à l'usager des prémices d'une vie "normale". Loin d'uniquement se confiner aux questions d'hygiène, cette normalisation s'étend aussi à d'autres registres de la vie quotidienne: "*A l'hôpital, on les servait, tout était fait. Dans certaines unités de soins préparatoires à l'habitation protégée, en plus des activités de thérapie occupationnelle, elles prennent en charge le ménage (...) On modèle leur caractère et on affine tous les comportements sociaux: la tenue à table, la façon dont elles se parlent, etc.*"⁹⁵. C'est qu'il est difficilement concevable, pour certains intervenants de terrain, qu'un résident puisse participer à une quelconque dynamique d'autonomisation si ces normes de socialisation n'ont pas été intériorisées. Au point que le travail d'encadrement peut parfois s'apparenter, pour les usagers les plus rétifs à ces injonctions, à une espèce de "chasse gardée" permanente, au détriment d'un véritable travail d'apprentissage à la réinsertion sociale. "*Je suis arrivée, la table était propre! Heureusement ou j'aurais piqué une crise!*", nous dit une travailleuse référente de l'Horizon lorsqu'elle évoque la visite (d'une maison) que nous venons d'entreprendre. Stigmatisant leurs pairs, d'autres praticiens de terrain semblent moins soucieux de cautionner cette normativité; de manière générale, ceux-là tentent de démarquer leur pratique d'une "*visée trop normative dans laquelle l'idéalisation de 'la santé mentale' conduit à la rectification de la déviance*"⁹⁶.

Cette organisation du mode de vie au sein de l'habitation protégée mène inexorablement à une mise en tension entre deux normativités - l'autonomie et le contrôle - celles qui, au demeurant, illustrent l'*ambivalence de la modernité*⁹⁷. Légèrement chargée de stimuler les résidents à développer leurs potentialités créatives, l'équipe d'encadrement adopte une attitude de contrôle qui, si elle peut parfois s'imposer afin

⁹⁴ Clément, P. (2001), *La forteresse psychiatrique*, Paris, Aubier, p. 105.

⁹⁵ *Le Journal du Médecin*, 22 avril 1988, p. 8.

⁹⁶ Dubois, M. (2002), 'Bagatelles et brouilles', *Feuilleton de l'Ellipse*, automne 2002.

⁹⁷ Wagner, P. (1996), *Liberté et discipline. Les deux crises de la modernité*, Paris, Métailié.

de veiller à la régulation d'une vie communautaire, n'autorise toutefois pas une réelle mise en autonomie des résidents. Sur cette question se joue l'identité de l'institution: la déshospitalisation est-elle seulement organisationnelle ou aussi normative? Si le contrôle et l'éducation l'emportent sur l'autonomisation, il n'y a pas de doute pour une de nos interlocutrices: « *on est dans de petits hôpitaux* »!

Emboîtant le pas à certaines des critiques de la nouvelle normativité, une association d'aide "aux malades mentaux ainsi qu'à leurs familles et amis" stigmatise les dispositifs - nombreux selon elle - qui éconduisent systématiquement de l'habitation protégée les résidents n'ayant pas respecté certaines obligations contenues dans les contrats. Selon ce groupe d'intérêts, les caractéristiques intrinsèques de la maladie mentale empêcheraient les résidents d'honorer pleinement les contrats qu'ils auraient signés; il s'agirait dès lors de remettre en question l'opportunité des conventions de séjour. S'adressant aux pouvoirs publics: "*En faisant signer ce genre de contrat, on veut à juste titre responsabiliser le patient. Il faudrait cependant tenir compte du fait qu'un malade mental handicapé psychique, s'il peut très bien se comporter raisonnablement à certains moments, peut en être tout à fait incapable à d'autres. C'est une des conséquences de sa maladie. Alors, le renvoyer, le mettre à la rue, quand il n'est pas en possession de tous ses moyens, est-ce une bonne politique sociale*"⁹⁸?

Pour le personnel d'encadrement, il s'agit de responsabiliser l'intéressé mais en lui notifiant ses manquements, il s'agit également de lui signifier l'importance que l'équipe accorde au respect des contrats. A cet égard, le SPMV a institutionnalisé un système d'avertissement censé permettre au résident de prendre conscience des conséquences d'un contrat non respecté. Si l'usager fait défaut aux activités obligatoires de la maison communautaire (hebdomadairement: réunion du club de rencontres et de loisirs, discussion entre résidents et souper communautaire) - qu'il s'est par ailleurs engagé à respecter en signant un règlement d'ordre intérieur qui les mentionne - il se voit gratifié d'un carton jaune. Après la troisième carte jaune, une évaluation est fixée avec le travailleur référent de la personne concernée. Si de nouveau il y a non-respect, la quatrième carte jaune entraîne le préavis d'un mois; la

⁹⁸ Memorandum. Des mesures proposées par Similes Belgium en faveur des malades mentaux, op. cit., p. 10.

personne est invitée à quitter la maison communautaire. Toutefois, le respect des obligations pendant quatre semaines consécutives annule toutes les cartes jaunes précédentes.

La catégorie de l'accompagnement cherche à dépasser cette opposition de la liberté et du contrôle sur le mode d'un compromis. Il est difficile d'obtenir des professionnels une définition de l'accompagnement dont ils parlent sans cesse, mais une définition très pragmatique suffit le plus souvent: "*On accompagne des gens, on va au lavoir, au supermarché, on accompagne des gens dans la vie quotidienne... ce sont souvent des moments essentiels d'échange, que si on faisait seulement des entretiens en chambre, les gens ils ne viennent pas ou ils ne vous disent rien ou ceux qui parlent ben ils racontent ce qu'ils veulent... il n'y a pas de rapport à la réalité vraiment tangible* (nous soulignons cette dernière allégation)". Ce qui est recherché par les intervenants de l'accompagnement, c'est la confrontation du résident avec la multiplicité des expériences de la réalité quotidienne, avec l'intégration des différents risques que cela suppose.

3.2.3. L'épreuve de réalité

Confrontés à une épreuve de réalité, les intervenants qui encadrent des populations souffrant de déficience mentale se voient souvent dans l'obligation de tempérer quelque peu cette ambition. C'est que pour les handicapés mentaux qui présentent une grave déficience, limités dans leurs possibilités d'acquérir une autonomie suffisamment développée pour prétendre un jour quitter la maison communautaire et cheminer vers la communauté sociale, l'habitation protégée semble se suffire à elle-même. En décidant - pour des raisons idéologiques et sociales - d'accueillir dans sa maison communautaire un résident souffrant de la maladie d'Huntington, le SPMV rencontre cette fonction. Singularisée par des oublis fréquents et la survenance d'une démence précoce, cette maladie neurologique s'accommode mal d'une visée d'autonomisation. Dès lors, avec ce résident, l'équipe d'encadrement cherche avant tout à savoir comment conserver un maximum d'autonomie, les praticiens évoquent à cet égard un projet "au jour le jour". Néanmoins, à l'instar des autres résidents du SPMV, cet usager est invité à participer aux ateliers susmentionnés, dans un but occupationnel toutefois. Lors de l'observation, ce résident venait juste d'intégrer la maison communautaire et n'avait pas encore eu l'occasion de fréquenter les ateliers. Mais déjà les professionnels de la santé mentale s'inquiétaient de savoir com-

ment les responsables d'ateliers - pour qui le respect des contrats est primordial - allaient accueillir une perspective largement marquée du sceau de l'occupationnel.

Certaines pathologies acceptées en institution sont si graves qu'elles s'apparentent au handicap mental. Si les praticiens de terrain pensent très improbable que certains handicapés mentaux, en raison de la gravité de leur déficience, puissent potentiellement quitter l'habitation protégée, il devient fallacieux d'évoquer leur évolution en termes d'acquisition d'aptitudes sociales. Contraints de devoir compter sur un encadrement beaucoup plus présent que les autres résidents (aides familiales, passages plus fréquents des référents, etc.) - leurs travailleurs référents évoquent la nécessité d'une "présence constante" - ces handicapés mentaux, tout en bénéficiant de libertés que l'hôpital psychiatrique ne pouvait leur octroyer, donnent à voir, au sein des habitations protégées, la transposition la plus fidèle des routines hospitalières. Au point que certains, évoquant l'éclatement du monde hospitalier et sa reconstitution en petits dispositifs institutionnels "résidentiels", ont pu parler d'"asiles extra-muros"⁹⁹. Par ailleurs, la présence de déficients mentaux en habitations protégées, incapables d'un travail de réintégration sociale similaire à celui des autres résidents, traduit très ostensiblement une politique d'encadrement différenciée. Il s'agit dorénavant d'offrir aux usagers un accompagnement individualisé, adapté à la spécificité d'un diagnostic jamais identique. A l'instar des autres dispositifs de santé mentale, l'habitation protégée participe ainsi d'une tendance lourde des changements contemporains dans les différents champs sociaux: l'individualisation des prestations.

3.2.4. Une autonomie financière?

Afin de développer au maximum ses aptitudes sociales et de gagner le règne de l'autonomie, le résident est appelé à remplir divers impératifs de responsabilisation. Parmi ceux-ci, il lui est demandé d'assumer financièrement la totalité des frais d'hôtellerie, à savoir les charges locatives inhérentes à sa place d'habitation protégée. Au travers d'un prix de journée qui lui est alloué par le biais de l'INAMI, l'habitation protégée est financée pour le personnel mais, comme le rappelle un coordi-

⁹⁹ L'expression est du Dr Philippe Hennaux (communication orale).

nateur d'habitation protégée, "ça ne couvre absolument pas les autres frais qui sont à charge de nos résidents [et d'ajouter] ça, c'est vraiment assez difficile parce que ces gens ont des très petits revenus (...) ils ont des indemnités de mutuelles ou une allocation d'handicapé, un minimex et quand ils doivent déjà payer le loyer, les charges et tout ce qui incombe au logement, ça entame une grosse partie de leur budget¹⁰⁰" (à titre illustratif, les frais de séjour d'une habitation protégée avoisinent les 250 à 400 euros). Dans un secteur où les dépenses relatives aux habitations protégées ne représentaient en 2000 qu'1,8% des dépenses publiques de santé mentale, le financement limité de l'habitation protégée traduit ce qu'il est convenu d'appeler un désengagement de l'État. Lequel doit aussi s'évaluer à l'aune d'un processus de reconnaissance subjective qui voit désormais chez l'usager des services de santé mentale un citoyen doté des capacités constitutives de la responsabilité. Ainsi, tout se passe comme si les dispositions à pouvoir fréquenter le chemin de la réintégration sociale devaient obligatoirement s'accompagner de contreparties (notamment financières) visant l'implication de tout un chacun. C'est qu'aujourd'hui la nouvelle normativité, aux antipodes de celle qui régissait l'État social et sa logique pour partie déresponsabilisante, repose sur l'activation des ressources personnelles du résident, lequel est invité à prendre conscience du coût réel d'une réinsertion sociale encadrée. Il reste toutefois que l'activation des dépenses de santé mentale par le biais d'un engagement financier conséquent risque de vulnérabiliser les plus précarisés dans le marché du bien-être. Et en se refusant à ceux-là, l'habitation protégée pourrait participer d'une conditionnalisation de ses prestations de santé mentale.

¹⁰⁰ Autant savoir, "Malades psy: sortir de l'hôpital", RTBF, 2001.

V. Le harcèlement au travail.

Un objet pour l'action publique

Le harcèlement au travail est un objet nouveau des politiques publiques. Il témoigne une nouvelle fois de l'extension du champ de la santé mentale à des phénomènes a priori éloignés d'elle, comme la vie de l'entreprise et la vie au travail.

Nous avons choisi d'inclure une réflexion sur ce sujet pour trois motifs entremêlés qui ont, chacun, d'ores et déjà été soulignés dans ce rapport. D'abord, le harcèlement au travail¹⁰¹ est une problématique de santé mentale neuve qui prend sa source dans un contexte a priori fort éloigné d'elle: l'entreprise¹⁰². Tout se passe comme si l'évolution de la vie du travailleur et de l'organisation du travail ouvrait de nouvelles questions de santé mentale. A nouveau, il ne faut voir rien de naturel dans cette nouvelle "maladie"; plutôt, un produit culturel né des transformations des impératifs normatifs qui pèsent sur le sujet moderne aux prises avec une société "mobilisatrice" et "flexible". Une exigence de citoyenneté prend forme dans un lieu réputé (à tort) séparé du politique. Et on découvrira qu'avec les développements nouveaux intervenus dans le champ du travail, la tension structurelle à l'œuvre dans le champ de la santé mentale s'est redéfinie: à la production normative issue des contradictions entre la famille et la psychiatrie, pourrait se substituer, parallèlement, une autre forme: une relation conjointe entre la GRH des entreprises et les nouveaux dispositifs créés par la loi.

Ensuite, le harcèlement au travail ne relève pas nécessairement de l'action publique. On pourrait en effet penser qu'il relève plutôt de la négociation collective classique ou encore du management pur et simple. Or, dans notre pays, l'action publique s'est emparée de la question dans un contexte d'affaiblissement relatif des institutions nées de la

¹⁰¹ Nous emploierons les termes harcèlement, harcèlement moral au travail, harcèlement moral et harcèlement au travail comme des équivalents.

¹⁰² Nous donnons ici au vocable « entreprise » un sens large, c'est-à-dire incluant également les administrations publiques et le secteur associatif.

"deuxième strate" d'institutionnalisation de l'action publique. Et sous des formes qu'il faudra préciser, l'Etat a joué le rôle à la fois de relève et de modernisateur des rapports sociaux.

Enfin, nous importent également le contenu, la substance de la politique promue par l'action publique. Comme on le verra, il s'agit plus d'une aide à la *formalisation d'un mécanisme délibératif* qu'une véritable action directe sur le terrain. La loi offre dispositif procédural complexe, impliquant de nouveaux acteurs, et obligeant les partenaires sociaux à institutionnaliser, au sein de l'entreprise, une procédure de traitement de la situation.

Nous procéderons en trois étapes. (1) D'abord, nous montrerons le lien existant entre l'apparition de la problématique du harcèlement au travail et les nouvelles normativités proposées par le monde des entreprises. (2) Nous verrons ensuite en effet que l'approche des problèmes posés par cette nécessité d'intégrer la variable « mentale » dans la problématique du travail pouvait se faire, en Belgique, par deux voies fort différentes - une loi ou une convention collective - qui renvoyaient à deux cadres cognitifs opposés, le « civique » et le « domestique ». Nous découvrirons alors que la loi de juin 2002 est un dispositif ajoutant au modèle des compétences de la nouvelle GRH une dimension fondamentale de solidarité. L'idéal normatif qu'elle proclame est donc celui d'un Etat social actif et solidaire. Ce choix de la voie législative sera le refus d'une solution soumise aux principes de la « cité domestique » portée par une convention collective en préparation. (3) En troisième lieu, nous soulignerons certaines innovations législatives qui s'inscrivent dans ce cadre civique et procédural, avant de conclure (4).

1. Les transformations des attentes normatives des entreprises

1.1. *L'exigence de flexibilité comme source logique de transformation du travail*

Pour comprendre la « mentalisation » de la problématique du travail, deux processus de transformation doivent être invoqués: le changement de la nature du travail et la mutation de l'entreprise.

La tertiarisation de l'économie depuis les années 1960 a entraîné de grandes modifications de la nature du travail, touchant ultimement les règles de la *productivité* économique. Deux caractéristiques méritent d'être relevées. La première consiste dans la modification profonde de la nature du travail. Le travail, dans la société industrielle, était typiquement un travail corporel: la question de l'épuisement des corps et du risque physique était au centre de toutes les préoccupations. La tertiarisation de l'économie, qui a désormais atteint, par la robotisation, le secteur manufacturier lui-même, tend à intellectualiser le rapport de l'homme à sa tâche, à faire de lui un manipulateur de symboles. Cela ne signifie pas que toutes les tâches corporelles ont disparu, loin de là. Mais les gains de productivité passent désormais par une amélioration des schèmes d'organisation et des procédures (symboliques), le plus souvent partiellement informatisés, plutôt que par une intensification du rendement du geste corporel. Dans cette économie, c'est, selon le mot de Herbert Simon¹⁰³, *l'attention*, facteur de production purement psychique, qui devient la ressource rare. Deuxièmement, la société post-industrielle se présente fondamentalement comme une économie de services, où la construction de la relation entre l'offre et la demande devient cruciale, appelant le développement des capacités interactives et relationnelles du travailleur.

En conséquence de ces deux mutations, la subjectivité devient un facteur essentiel de productivité, alors qu'elle avait été refoulée par le taylorisme, écrasée par le machinisme, déclarée non pertinente par l'industrie de masse. C'est dans ce cadre que doivent être abordés les problèmes nouveaux que pose « l'autonomisation » du travailleur, bien diagnostiquée depuis le début des années 1990¹⁰⁴. L'incitation à la rentabilité ne peut plus prendre la forme d'une surveillance des comportements. Elle ne peut plus être qu'une incitation à l'engagement subjectif dans la tâche, incitation qui ne peut s'obtenir que par une panoplie d'incitants qui vont de la culture d'entreprise à l'intéressement financier à la productivité. Il ne faut pas s'étonner alors de l'intérêt nouveau du monde managérial pour les questions de psychologie, et

¹⁰³ Simon, H.A. (1978), 'Rationality as Process and as Product of Thought', *American Economic Review*, mai, p. 1-16

¹⁰⁴ Terssac, G.d. (1992), *Autonomie dans le travail* (1re éd. Edition), Paris, Presses universitaires de France; Perilleux, T. (2001), *Les tensions de la flexibilité: L'épreuve du travail contemporain*, Paris, Desclée de Brouwer

du repositionnement de certaines problématiques syndicales autour des questions du stress ou du harcèlement.

1.2. *L'émergence d'une entreprise, productrice de culture*

Cette analyse de la modification du travail suggère, à un niveau plus profond, une *mutation de l'entreprise*. Pour comprendre cette transformation, il faut remonter aux années cinquante et soixante, au moment où des sociologues pionniers ont commencé à aborder l'entreprise sous l'angle culturel et ont découvert qu'elle ne participait pas seulement à la bataille économique de la mondialisation, mais était aussi un acteur intervenant dans la définition de la nouvelle subjectivité. A première vue, ces idéaux normatifs apparus depuis 1980 s'inscrivent dans un tout nouveau type de régulation, que l'on appelle "flexible" ou encore "régime des compétences", lequel fait suite à la régulation fordiste des années de croissance (1950-1980) et à son régime des qualifications¹⁰⁵. Notre hypothèse est que nos vingt dernières années ne constituent pas une rupture avec la période précédente, mais représentent plutôt une inflexion, majeure certes, d'un mouvement lancé plus tôt.

Et effectivement, la sociologie française des organisations fait une grande découverte dans les années soixante: *l'encadrement fordiste ne contraint pas l'acteur, il y a de la place pour les jeux stratégiques*. Le grand livre de Michel Crozier, *Le phénomène bureaucratique*, a été un ouvrage capital dans la mesure où il a consacré la naissance d'un nouveau type de sujet: le stratège. Son apparition renvoie à un thème culturel tout à fait nouveau, thème qui reste toujours une des clés majeures de compréhension des phénomènes actuels: *la négociation*¹⁰⁶. *Sait-on que ce terme de négociation était quasi absent du langage jusqu'alors? Il y a là un réel tournant qui témoigne d'une mutation fondamentale des attitudes à l'égard de l'autorité: ce qu'on a appelé la "pensée 68" était en marche dès les années cin-*

¹⁰⁵ Pour les auteurs de l'école de la régulation, le compromis fordiste établit un échange entre, d'un côté, l'acceptation par les salariés de la modernisation et de l'élévation de la productivité, et de l'autre, la progression du niveau de vie de la population active: le salariat, associé à la couverture des risques par l'Etat social, devient le modèle central de gestion de la main d'œuvre.

¹⁰⁶ Thuderoz, C. (2000), *Négociations: essai de sociologie du lien social* (1re éd. Edition), Paris, Presses universitaires de France

*quante. C'est à Sainsaulieu que l'on doit d'avoir théorisé dès 1975 cette nouvelle réalité culturelle de l'entreprise*¹⁰⁷.

Les années quatre-vingt s'ouvrent avec de nouvelles conceptions: les cercles de qualité se constituent, les séminaires de motivation et de développement de l'employabilité se multiplient. A l'acteur stratège des années soixante, succède l'acteur compétent et flexible. Un grand changement est perceptible avec ce nouveau mode de gestion des ressources humaines: il est fait appel à la motivation et à l'implication dans le groupe. Ces nouveaux idéaux normatifs consacrent l'effritement et la disparition des grandes identités que Sainsaulieu avait découvertes durant la période fordiste.

2. Les cadres cognitifs

En 1999, les acteurs n'avaient le choix qu'entre deux dispositifs: la loi ou la convention collective¹⁰⁸. Chacun des deux est lié à un cadre cognitif¹⁰⁹ spécifique. Il est aussi lié à des régulations croisées différentes¹¹⁰. L'acteur parlementaire s'est saisi du problème et a opté pour une loi, renonçant à la délégation tacite de ses compétences pour une convention collective. L'enjeu était fondamental: la voie législative mobilise des ressources de légitimité précises. C'est un dispositif cognitif collec-

¹⁰⁷ Sainsaulieu, R., *L'identité au travail*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 1977.

¹⁰⁸ Vu que le troisième moyen jusqu'alors caractéristique du champ de la santé et de la sécurité au travail, l'arrêté royal préparé par l'administration « réglementariste », avait démontré son inefficacité depuis le tournant des années 70. On est alors allé vers une internalisation des risques par l'entreprise.

¹⁰⁹ Dans la littérature scientifique, on trouve les concepts de cadre cognitif, de référentiel ou de cité pour cerner les principes de légitimité structurant l'action des acteurs. Nous suivons ici Boltanski qui identifie 7 cités. Pour ce qui est du cadre cognitif patronal, nous nous limitons à la cité "domestique", n'ignorant pas la présence des cités marchandes et connexionniste.

¹¹⁰ Sur le plan conceptuel, notre analyse articulera un système de relations de pouvoir entre acteurs (régulation croisée) et une matrice cognitive (régulation normative), distinguant au sein de cette dernière de grandes orientations culturelles et des idéaux normatifs spécifiques. Le texte présent se limitera à la production conflictuelle du référentiel, à la dynamique cognitive lors de la préparation de la loi, dynamique qui est celle d'un affrontement entre plusieurs cadres cognitifs qui se modèlent et remodelent de manière continue.

tif¹¹¹ qui pose une question de citoyenneté et définit la violence au travail dans des termes civiques.

Si plusieurs cadres ont été mobilisés par les acteurs pour saisir les phénomènes nouveaux qui se produisaient en entreprise, on peut sommairement identifier un cadre domestique et un cadre civique.

2.1. *Le cadre cognitif domestique*

C'est peut-être du champ scientifique que vient la première catégorisation du phénomène avec les travaux de Marie-France Hirigoyen, catégorisation dont l'esprit sera relayé par le monde patronal, le monde syndical étant en évolution rapide.

Le cadre « Hirigoyen » et le cadre patronal voient dans la question du harcèlement une affaire privée, une relation entre deux ou plusieurs personnes. Essentiellement, c'est un problème de nature psychologique qui ne met pas en cause les modalités de l'organisation du travail. Les premiers travaux de Hirigoyen nourrissent cette vision en parlant de la relation entre un pervers et sa victime.¹¹²

Le cadre patronal y voit un problème relationnel dans des situations tendues par les exigences d'accroissement de la productivité. Le stress fait partie de la vie des entreprises: d'aucuns ne vont-ils même pas jusqu'à préconiser un « management par le stress »?

¹¹¹ De Munck, J. (1999), *L'institution sociale de l'esprit. Nouvelles approches de la raison*, Paris, Presses universitaires de France (L'interrogation philosophique)

¹¹² En Belgique, c'est essentiellement le premier livre de M.-F. Hirigoyen qui a sorti le phénomène de l'ombre. Force est de constater que les façons de cerner le phénomène et de le définir s'appuient essentiellement sur les développements qu'elle en a donné. Chez cet auteur, l'aspect volontaire voire pervers du procédé est toujours présent. Même si dans son premier livre déjà, elle dénonce « un certain nombre de caractéristiques de l'entreprise (qui) peuvent faciliter la mise en place du harcèlement », c'est dans le second qu'elle insiste sur le fait que « l'organisation du travail est une donnée nécessaire mais pas suffisante pour expliquer le phénomène ». La mise en cause des pratiques de management actuelles, bien présente, n'occulte cependant jamais la perversité qui reste le ressort premier et indispensable à l'apparition et au développement du phénomène. Pour d'autres professionnels de la psychologie, l'aspect intentionnel voire conscient et le caractère pervers du harceleur sont nettement moins présents ou ne sont pas requis. L'absence du critère d'intentionnalité est d'ailleurs mentionné dans les dispositions de la loi du 11 juin 2002.

Globalement donc, le monde patronal relativisait le problème: les dirigeants des grandes entreprises s'inquiétaient davantage du mauvais climat général qui pouvait résulter de tels comportements et redoutaient les atteintes à la productivité alors que les patrons des PME minimisaient la présence de ces phénomènes dans leurs entreprises. Outre la question de l'objectivation du problème, l'Union des Classes Moyennes était particulièrement réticente au vu des structures, de la taille et des moyens de ses affiliés, généralement réduits et qui connaîtront plus de difficultés que les grosses entreprises à mettre en place les dispositifs de prévention. *"Harcèlement moral, la difficulté c'est que cela a un lien très fort avec la direction dans une PME. Il n'y a pas beaucoup de personnes à la tête, à la direction, souvent juste le chef d'entreprise. Cela va poser des problèmes. Donc blocage de la part des chefs d'entreprise dans les PME. Pas question, quelque part ça ne donne plus le moyen de contrôler leur personnel... Dans les grandes entreprises, une autre logique peut exister et qui dit: oui, on veut comprendre etc. mais avec tout de même la limite de dire: il faut que les gens puissent exercer leur autorité. Donc si quelqu'un ne travaille pas, pas question qu'il se réfugie derrière une loi pour dire qu'il est harcelé et il ne fout plus rien"* (Un syndicaliste).

En ce qui concerne le traitement du harcèlement, tous deux, le cadre Hirigoyen comme le cadre patronal, mettent l'accent sur des solutions qui relèvent de la cité domestique. Pour éviter toute « dérive à l'américaine » avec la judiciarisation et la multiplication de plaintes au pénal, le patronat préférait les solutions internes à l'entreprise avec des « personnes de confiance » aptes à comprendre, à écouter et à rechercher, comme en France, des formules axées sur la conciliation et la médiation. Si l'on comprend bien les risques d'abus et de détournement de la législation, il n'en reste pas moins vrai que cette solution interne conserve de nombreux traits du modèle privé des relations sociales qui marque toujours l'entreprise, et ceci sans même évoquer le fait que la personne de confiance soit désignée par l'employeur et n'ait pas nécessairement des qualifications particulières, ni de statut.

2.2. *L'ébauche d'un cadre cognitif civique : le questionnement syndical*

Face au monde patronal, les positions syndicales évolueront très significativement vers un cadre mettant en cause l'organisation du travail. Et même si certaines centrales siégeant au CNT souhaitent transiger en faveur d'une convention collective, qui préserveraient l'autonomie des partenaires sociaux, les centrales des services publics seront plus favorables au type de solution porté par la loi. Mais au départ, l'identification du problème renvoie davantage à la sphère privée. La culture syndicale est peu préparée, dans les années 1970 et 1980, à traiter ce problème. Christophe Dejours remarque : « Au-delà de la santé du corps, les préoccupations relatives à la santé mentale, à la souffrance psychique au travail ...non seulement n'ont été ni analysées, ni comprises, mais elles ont été le plus souvent rejetées et disqualifiées, heurtées à l'interdiction syndicale et à la condamnation gauchiste. Tout ce qui concernait la subjectivité, la souffrance subjective, la pathologie mentale, les traitements psychothérapiques, suscitait méfiance, voire désaveu public, sauf dans quelques cas notoires (...). Les raisons de cette réticence ? Toute approche des problèmes psychologiques par les psychologues, les médecins, les psychiatres et les psychanalystes était entachée d'un péché capital : celui de privilégier la subjectivité individuelle, d'être censée conduire à des pratiques individualisantes et de nuire à l'action collective. L'analyse de la souffrance psychique relevait de la subjectivité – simple reflet fictif et sans valeur relevant du subjectivisme et de l'idéalisme. Supposées antimatérialistes, ces préoccupations sur la santé mentale étaient suspectes de nuire à la mobilisation collective et à la conscience de classe, au profit d'un « nombrilisme petits-bourgeois » de nature foncièrement réactionnaire »¹¹³.

Les choses vont cependant changer suite aux pressions de la base.

« Sans nous vanter, je crois que nous avons été les premiers à la CNE-CSC à porter cette question. Et en réalité, la préoccupation est venue d'une femme cadre. Donc nous avons des groupes de femmes qui se réunissent habituellement dans les différentes régions. Par exemple dans la région Bruxelles-Brabant, nous évoquons chaque année, en fin d'année, les thèmes que nous essayons d'aborder et donc cette femme cadre ayant été harcelée avait demandé,

moralement bien sûr, avait demandé qu'on puisse traiter du problème. Et donc nous, le harcèlement moral on ne connaissait pas non plus à ce moment-là, et on a commencé à lire, on a dit oui, on a commencé à lire des bouquins, Heinz Leymann et Hirigoyen. Oui bien sûr ce sont les deux livres qu'on lit en premier lieu, pour pouvoir tirer information, parce que cette cadre demandait, au préalable, parce que son problème avait été résolu au bout d'un temps, mais elle était passée par une tentative de suicide, donc ça avait été très loin, elle estimait qu'il fallait informer les travailleurs de ce qui était le harcèlement moral. Et donc, on a fait dans notre journal, *Le Droit de l'Employé*, un article de deux pages sur le harcèlement moral et suite à cela, nous avons eu à peu près une centaine de réactions à l'article. Ce qui n'arrive jamais. On a bien deux ou trois réactions à des articles qui paraissent dans *Le Droit de l'Employé*, mais pas de manière aussi importante. Et donc on s'est rendu compte qu'apparemment ça intéressait les gens et qu'ils se sentaient motivés par la question et même, souvent, aux prises avec ce problème. Donc ceux qui nous téléphonaient nous demandaient quoi faire ? Et donc là, nous n'avions pas encore de pistes de solutions, et donc on s'est dit qu'il fallait creuser cette question. On a mis le point à l'ordre du jour d'une réunion de permanents pour voir si nos permanents avaient rencontré ce genre de problèmes dans les entreprises. Et apparemment c'était effectivement un problème qu'ils rencontraient, certains plus que d'autres, et donc eux-mêmes étaient désireux d'avoir des pistes de solutions. Alors on a mis en place un groupe de travail, avec des personnes qui étaient des délégués désireux d'approfondir la question, mais aussi des personnes syndiquées qui avaient vécu le problème du harcèlement moral et qui donc voulaient essayer aussi d'en sortir, soit elles en étaient sorties, soit elles n'avaient pas de solution à ce moment-là. Et donc, lors des réunions de ce groupe de travail, nous avons chaque fois invité une personne compétente, qui pouvait parler de la question. Donc on a invité un médecin du travail, un psychologue qui avait déjà fait des travaux sur le harcèlement moral. Et donc au fur et à mesure, les pistes de solution sont devenues plus claires pour nous, au contact de ces différentes personnes » (Un membre de la CNE-CSC).

Suite à ce travail « en interne » réalisé par les syndicats, le constat est celui de l'impuissance à régler les situations de personnes harcelées moralement en l'absence de certaines dispositions telles que celles qui permettraient de régler le sort des travailleurs ou le problème de la preuve par exemple.

A cette époque et parallèlement à ce travail, des interventions sont attendues de divers niveaux. Ainsi, les demandes affluent vers les syn-

¹¹³ Dejours, C. (1998), *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil

dicats. Ceux-ci sont appelés à réagir, à s'informer, se former, enquêter auprès de leurs affiliés, multiplier les séances d'informations, etc. La Ministre reçoit des courriers qui lui sont personnellement adressés et qui attirent son attention et la sensibilisent à la gravité de la situation. Début 2001 lors de la conférence inaugurale de la campagne de la lutte contre le stress au travail, elle annonce son intention de déposer un projet de loi. Différents facteurs ont probablement contribué à déclencher la rédaction de l'avant-projet de loi: les courriers reçus; le qu'un de ses conseillers – personnage clé dans la rédaction de l'avant-projet de loi – est magistrat dans un des parquets de la juridiction du travail, parquet au sein duquel le questionnement sur les aspects psychosociaux du travail est d'actualité depuis longtemps déjà¹¹⁴, ou encore l'image sociale de la ministre.

Suite à la proposition de loi Mahoux-Vanlerberghe (cf. point 2.3), le CNT est saisi¹¹⁵. C'est la première rencontre entre le cadre domestique et le cadre civique. Des négociations en vue d'aboutir à une convention collective de travail (CCT) y étaient déjà alors d'actualité¹¹⁶. Elles avaient été entamées à l'initiative d'un syndicat (CSC) dont la volonté était de voir les partenaires sociaux prendre position sur le problème, ce qui ne signifie pas que la CSC oeuvrait dans le contexte domestique. Ces négociations devaient déboucher sur un relatif consensus fin 2000, début 2001. Ce projet de CCT qui insistait sur l'aspect prévention du harcèlement moral au travail, restera toutefois à l'état de projet. Il ne verra jamais le jour et ne sera jamais diffusé en suite du dépôt de l'avant-projet de loi de la ministre de l'emploi et du travail. Jean Jacquemain, fonctionnaire au ministère, professeur à l'ULB et conseiller juridique à la CGSP commentait de la manière suivante, en 2001, les travaux du CNT: « L'ébauche de convention collective de travail du C.N.T. souscrit entièrement à ce texte¹¹⁷, se bornant à en retirer les exemples de manifestations du comportement fautif pour les faire passer en "Commentaire". Celui-ci préciserait aussi que "Les comportements visés peu-

¹¹⁴ Christophe Dejourné avait été invité en 1998 par des juristes et travailleurs sociaux de la juridiction dont était membre le conseiller du cabinet.

¹¹⁵ Proposition soumise pour avis au CNT par le Président du Sénat en date du 17/11/2000.

¹¹⁶ Initiative du Bureau du CNT inscrite à l'ordre du jour des travaux à mener en date du 13/09/2000.

¹¹⁷ En l'occurrence la définition du harcèlement moral de Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe.

vent émaner de l'employeur ou d'un supérieur hiérarchique à l'encontre d'un préposé, ou s'inscrire dans le cadre de relations de travail entre collègues", en exceptant "l'exercice normal du pouvoir hiérarchique de l'employeur" (art. 17, 2° de la loi du 3 juillet 1978) ».¹¹⁸

2.3. *Le cadre cognitif civique de la proposition Mahoux-Vanlerberghe*

Cette proposition de loi sera la première ébauche du futur cadre civique. Elle émanait de deux parlementaires, Philippe Mahoux et Myriam Vanlerberghe, qui l'avaient déposée fin avril 2000 avec l'aide de la FGTB. Cette initiative montrait déjà le positionnement syndical ou, plutôt d'une partie du syndicat (le secteur public), en faveur de la voie législative. Le dispositif prenait également appui sur la loi de 1996 qu'il venait compléter par l'exigence imposée à l'entreprise de prévenir « ... tout harcèlement moral par la dégradation délibérée des conditions de travail »¹¹⁹.

Une « coalition » semble se dégager: l'acteur parlementaire a élaboré ce premier texte en collaboration avec un acteur syndical¹²⁰, la FGTB. A la lecture, on détecte en effet un « sous-référentiel » assez typiquement syndical instaurant principalement des obligations pour l'employeur et des « protections » pour les travailleurs, dans l'esprit de la loi du 4 août 1996.

¹¹⁸ Jacquemain, J. (2001), 'Le droit du travail comme insecticide: le harcèlement professionnel', *Le contrat de travail et la nouvelle économie*, Bruxelles, Editions du jeune barreau de Bruxelles

¹¹⁹ En France, mettant l'accent sur l'aspect préventif, les sénateurs retiennent la définition d'un harcèlement moral par la dégradation délibérée des conditions de travail figurant dans la proposition déposée en décembre 1999 à l'Assemblée nationale française. Sous la direction de G. HAGE, le groupe parlementaire communiste a déposé une proposition de loi réprimant le harcèlement moral défini comme « toute dégradation délibérée des conditions de travail », document N°2053 enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 décembre 1999.

¹²⁰ Ce fait qui nous a été rapporté lors d'entretiens est également signalé dans le dossier harcèlement de la FGTB (www.fgtb.be/code/fr/Dossiers/2000/Harcelement/c01_0700.htm).

2.4. Un déplacement sémantique

On peut retenir que l'arrivée récente du thème du harcèlement moral au travail a posé un problème inédit tant pour les personnes concernées au premier chef que pour les partenaires sociaux ou encore pour les autorités publiques, acteurs traditionnels de la négociation collective. En cette matière, le défi posé était ni plus ni moins de parvenir à trouver les mots pour exprimer des formes de souffrance qui, sans être réellement neuves, ne connaissaient pas de formes d'expression publique. Si la sémantique habituellement mobilisée renvoie bien au régime protectionnel, celui des droits sociaux et des formes de protection attachées à l'Etat social, il faut relever, avec le harcèlement, l'apparition de toute une nouvelle sémantique relevant d'une grammaire du for-intérieur (Ehrenberg), du respect de l'autonomie et des droits de la personne. Ainsi le texte de loi, apparaît-il bien comme montage composite sur la question. Les différents articles de loi sont constitués à partir de vocables dont on peut, dans un premier temps, identifier les références au régime protectionnel: *travail, travailleur, employeur, exécution, entreprise, lieu de travail, membres, représentants, organisations représentatives, accords, protection du travail, conditions de travail, médecine du travail, juges sociaux, organisations représentatives, conventions collectives de travail, ligne hiérarchique, indemnité, commissions paritaires, administrations, Conseil National du Travail, statutaire, fonctionnaire, surveillance, règlement de travail, licenciement, juridiction du travail*, etc. Autant de termes ou d'expressions relevant du compromis civique et industriel qui permet à l'Etat social de se déployer pleinement. Tous ces vocables rappellent combien la négociation collective s'est appuyée sur des acteurs sociaux et sur tout un équipement juridique et technique précis. A ce registre bien connu est venu se greffer comme un second raisonnement, comme une seconde voix pour exprimer et traduire ces nouvelles difficultés que ne rencontraient précisément pas les textes légaux. Une nouvelle intentionnalité est entrée dans le texte, appuyée sur un référentiel renvoyant aux droits de la personne et à l'intervention de nouveaux acteurs en provenance de la société civile ou du champ judiciaire (notamment les juridictions pénales): *harcèlement moral, victime, persécuté, abusives, violence, paroles, intimidation, actes, gestes, personnalité, dignité, intégrité physique ou psychique, dégradant, humiliant, offensant, sexuel, psychologique, confiance, droit de la victime, agir personnellement, utilité publique, associations, conseiller en prévention, pénales*, etc.

3. Le cadre cognitif de la loi de juin 2002

Nous avons dit plus haut que l'acteur parlementaire, optant pour une loi, pose de ce fait une question de citoyenneté en définissant la violence au travail dans des termes civiques. La loi proclamera un citoyen compétent bien plus qu'un travailleur compétent dans le cadre d'un *Etat social actif et solidaire*. Examinons ce cadre cognitif qui articule deux éléments: la catégorisation du problème et la solution préconisée.

3.1. La catégorisation

Examinons la manière dont cet enjeu civique est décliné, d'abord au niveau de la catégorisation des nouveaux phénomènes apparus au travail, ensuite à celui du traitement. Trois aspects de cet enjeu civique apparaissent dans la catégorisation du harcèlement moral. Tout d'abord, recourir à une loi signifie que nous avons affaire à une question de société, transversale aux secteurs public et privé. En ce qui concerne l'identification d'un problème, et de l'affirmation de son importance, la loi est une instance de reconnaissance tout à fait centrale. Seule une loi peut donner un fondement, doté d'une haute légitimité, à une catégorie nouvelle de problèmes sociaux, catégorie destinée à reconnaître la souffrance des travailleurs pris au piège des pressions nouvelles de l'organisation du travail. La violence au travail change de catégorisation: elle n'est pas qu'un problème privé, entre 2 personnes, un pervers et sa victime, mais une question d'organisation du travail qui devient une question publique de part l'intervention des trois pouvoirs classiques: le Parlement vote la loi, l'administration gouvernementale inspecte et les instances judiciaires interviennent en dernier recours. La loi a donc la légitimité nécessaire pour modifier les arrangements organisationnels d'une société: elle seule peut établir les grands principes juridiques fondant le droit à une certaine qualité de travail ou le droit à la participation (notamment via les SPPT des entreprises).

En second lieu, la loi proclame une valeur d'égalité. Cette volonté égalisatrice se manifeste sur deux terrains. Avec une convention collective ne concernant que le secteur privé, les travailleurs du secteur public étaient condamnés à attendre plus que de raison une solution à leur situation, puisque couvrir le secteur public exigeait l'accord du Ministre de la Fonction Publique pour les administrations fédérales, celui des Ministres compétents au niveau régional et communautaire pour leurs

administrations respectives et celui des 589 pouvoirs communaux pour leurs administrations municipales. Et puis, deuxièmement, il y a la question de l'égalité des hommes et des femmes: le harcèlement moral et professionnel ne frappe-t-il pas surtout les femmes?

Troisièmement, la publicité. L'importance sociétale que la voie législative donne à ce problème tient aussi au fait qu'elle s'appuie sur une des exigences démocratiques les plus essentielles qu'est le débat public. Bien sûr, une convention collective est le fruit d'un accord discuté par le CNT qui a une légitimité incontestable. Mais personne n'a connaissance du contenu des débats. Or, comme le disait en 1979 déjà Monique Sojcher-Rousselle, « le vote d'une loi peut être l'occasion de réfléchir à l'ensemble des problèmes (...) posé par l'organisation de la prévention, d'en débattre publiquement et d'y éveiller l'intérêt de l'ensemble de la population ». Cette publicité du débat parlementaire est bien la condition de reconnaissance de la souffrance des victimes des excès de la nouvelle GRH. En outre, la définition de la publicité change avec notre société contemporaine. Aujourd'hui les formes du débat démocratique évoluent: elles ne se limitent plus au moment initial de la discussion d'une loi car la nécessité d'une évaluation des effets de la loi est de plus en plus rappelée et le Parlement a prévu cette évaluation dans le texte qu'il a voté.

Tels sont, en conclusion, les axes d'une réflexivité législative: catégorisation publique dans des termes civiques, présence des trois pouvoirs, égalité des citoyens, débat public, évaluation.

Cette orientation civique portée par la loi apparaît encore mieux si elle est comparée à l'autre voie: celle du CNT et de la convention collective, et ce tant dans la catégorisation que du traitement du problème. Pour ce qui est de la catégorisation du phénomène, on a vu que les faits de harcèlements sont perçus comme des problèmes relationnels entre deux personnes, de nature psychologique (par exemple entre un pervers et sa victime). On voit bien toute la différence d'avec une loi qui, cognitivement, oriente le regard des membres d'une société dans une direction différente: elle estime qu'il s'agit de comportements attentatoires à la dignité des personnes. Quant au traitement du problème, le statut public donné par la loi à ces nouveaux phénomènes apparus au travail, signifiait que l'on s'écarterait aussi de la direction, que l'on peut qualifier de "privée", retenue par le CNT.

3.2. *Le contenu de la nouvelle loi ou la solution préconisée*

Parmi les dispositions qui allient prévention, médiation/conciliation et répression, il faut noter les ingrédients suivants, particulièrement novateurs:

1. la gestion des processus de collectivisation et de judiciarisation.

Un des grands enjeux du débat autour du harcèlement est de savoir si le règlement du conflit appartient à l'entreprise, à la concertation sociale ou au pouvoir judiciaire. Plusieurs conceptions s'affrontent à ce sujet, qui concerne la détermination des acteurs et de la procédure mise en place. Par l'intervention de différents intervenants, à différents niveaux de pouvoirs, dans différents lieux, à des moments soit différents soit concomitants, cette procédure s'éloigne de celle où classiquement, on distingue deux formats cognitifs et politiques du traitement du problème: la voie hiérarchique interne à l'entreprise d'une part, les procédures horizontales de médiation de l'autre. Les solutions en vigueur allient souvent ces deux dispositifs.

2. L'introduction d'un nouvel acteur: le conseiller en prévention.

Un conseiller en prévention d'un genre nouveau et, selon le cas, faisant directement partie du personnel de l'entreprise ou d'un service externe de prévention et de protection au travail, fera son apparition sur la scène du travail.

Les modalités de désignation de cet acteur font l'objet de l'article 32 sexies. Dans les entreprises de moins de 50 travailleurs ou dans celles où le comité n'a pas pu dégager un accord sur la désignation du conseiller, ce dernier appartiendra à un service externe pour la prévention et la protection au travail. Dans le cas contraire, c'est-à-dire dans les entreprises occupant plus de 50 personnes où le Comité a dégagé un consensus, le conseiller fera partie du service interne de prévention et protection au travail de l'entreprise.

Le conseiller en prévention, comme les plaignants et leurs témoins, bénéficient de nouvelles protections, mesures accueillies très différemment selon le côté duquel on se place.

3. L'introduction du droit d'ester en justice pour les ONG.

La reconnaissance du droit d'ester aux associations dotées de la personnalité juridique depuis trois ans au moins est considérée comme la porte ouverte aux risques d'abus par les uns (le patronat) et la fin d'un quasi-monopole pour les autres (syndicats) en terme de représentation des travailleurs. Le patronat refuse toute interférence avec la société civile, les ONG symbolisant ce débordement. Simultanément, les syndicats rejoignent le patronat sur ce terrain. Eux qui « ..accueillent avec intérêt l'initiative de la Ministre... »¹²¹ et l'appuient « ...dans la mesure où il aborde la question d'une manière satisfaisante...quant à sa portée en fait ou quant à son approche des processus de solutions préconisées... »¹²², manifestent des craintes quant au risque de judiciarisation croissante et replacent alors la problématique sur le lieu du travail. En effet, ce pouvoir d'ester en justice pour toute une nouvelle catégorie d'associations ouvre la porte à un nouveau type de représentation de l'individu et donc à une perte de terrain depuis longtemps monopolisé.

4. L'inversion de la charge de la preuve.

Le partage de la charge de la preuve était la solution dégagée par les partenaires sociaux au terme de leurs négociations. Cependant, les syndicats affichent une nette préférence pour la solution ministérielle qui leur paraît un « élément novateur dans l'avant-projet de loi, en permettant de fournir des preuves souvent difficiles à apporter dans cette matière »¹²³. La position du patronat est divergente. Il estime qu'il convient de toujours préférer une charge de la preuve partagée et que « le renversement de la charge de la preuve dans le chef de l'employeur ne peut s'appliquer que s'il n'a pas mené une politique de prévention »¹²⁴.

¹²¹ Avis 1.366 du CNT, 17 juillet 2001, p. 13

¹²² Avis du CNT, ibidem

¹²³ Avis du C.N.T., p. 16

¹²⁴ Avis du C.N.T., p. 11

4. Quelques conclusions de l'initiative publique concernant le harcèlement au travail

Certains ont été frappés du fait que l'initiative ministérielle a, dans le cas du harcèlement moral, littéralement « doublé » la concertation sociale. Trois éléments sont à retenir.

1. Tout d'abord, fait que l'on n'a pas assez noté, cette loi traite d'une matière qui relève du champ de la santé et de la sécurité au travail. Ce dernier, dominé depuis 1903 par l'acteur Administration, voit le retour, après un siècle d'absence, de l'acteur parlementaire.
2. Le contenu de la loi sur le harcèlement moral est essentiellement procédural. Il s'agit d'instaurer un dispositif de résolution des problèmes plus qu'une réglementation substantielle du harcèlement au travail. Et l'administration, qui a dominé le champ de la santé et de la sécurité au travail pendant trois quarts de siècle, cède la prééminence au Parlement qui non seulement vote une loi mais requiert une évaluation périodique. A l'examen, les dispositions procédurales introduites par la loi sont loin d'être anodines. A titre d'hypothèse, on peut se demander si elles témoignent d'une volonté d'articulation entre deux strates historiques de l'action publique: entre la logique protectionnelle de l'Etat social et celle, procédurale de l'Etat réseau, il a fallu trouver une formule de compromis. Ainsi, le *renversement de la charge de la preuve* de même que la *protection du conseiller* renvoie à une claire logique protectionnelle qui se substitue à la logique contractuelle de la charge partagée. De cette manière, l'Etat social perpétue sa tradition « protectionnelle » issue de la deuxième « strate d'action publique ». En revanche, *l'introduction du droit des ONG d'ester en justice* et la *fonction du conseiller en prévention* pointent plutôt vers un cadre référentiel typique de la nouvelle logique de la troisième strate de l'action publique: encouragement à la pluralisation des acteurs au-delà de toute forme de monopole institutionnel, même syndical; introduction de cadrages psychologiques professionnels dans la gestion de la vie au travail.
3. A la lecture du texte de loi et des débats qui l'ont accompagné, on sent se dégager une tension entre un cadrage purement travailliste

du problème du harcèlement et un cadrage victimaire¹²⁵ qui renvoie à une défense de l'individu contre des atteintes psychologiques et mentales venant d'un au-delà du cadre de la vie du travail. Cette victimisation est incontestablement une thématique montante de l'agenda public des dix dernières années. Dans ce sens, on doit noter la globalisation qu'opère la loi entre harcèlement sexuel et harcèlement moral, de même que la référence à la vulnérabilité du travailleur face à des violences d'origine externe à l'entreprise, la situation du client étant à cet égard ambiguë. Le patronat a protesté contre ce « globalisme » et les syndicats sont, dans leur avis, restés d'une prudence éloquente à ce sujet.

4. S'agit-il, dans le cas du harcèlement, encore de droit du travail? La réponse est oui, si on tient compte des efforts faits pour maintenir dans le cadre des institutions classiques du droit du travail (CPPT, auditeur du travail); la réponse est non si on tient compte du fait que la situation du travail n'apparaît plus dans la loi que comme un cas d'une violence plus générale et plus diffuse. Nous devons constater une profonde évolution de la régulation du travail: elle ne porte plus uniquement sur les salaires, les qualifications ou les conditions de travail. Elle engage désormais la personne dans ses manières d'agir, de dire ou d'être au travail. La régulation n'est plus rivée au seul espace de l'entreprise. Elle tente d'épouser les trajectoires et parcours de tout un chacun. Les nouveaux dispositifs en matière de harcèlement témoignent bien de l'évolution actuelle également repérée à propos des initiatives d'habitations protégées: ils illustrent un processus de dédifférenciation des sphères du travail, de la santé et de la santé mentale en particulier, voire de la famille dans le traitement de la chose publique.
5. Enfin, dans le cadre des dispositions de lutte contre le harcèlement moral, la manière dont le dispositif même est prévu est, lui aussi, significatif de cette articulation entre le registre protectionnel et une logique d'implication-accompagnement devenue prépondérante. La spécificité du harcèlement (son *caractère impalpable* diront certains) entraîne quasi « naturellement » une orientation privilégiée de l'action publique sur le préventif. Il s'agit donc, comme nous

l'avons vu plus haut, d'obtenir en cas de problème une attitude active des personnes qui seront alors accompagnées par le conseiller en prévention notamment. Il s'agit de favoriser « un idéal actif » via un dispositif de la prévention; de « *faire avec* » la personne et non plus de « *faire à sa place* ». Dans ce contexte, tout en s'appuyant sur des référents d'ordre psycho-relationnel, l'action publique tend à davantage insister sur les procédures à suivre que sur les contenus, les causes ou les limites mêmes du harcèlement. Et la victime de se voir proposer de river sa propre trajectoire aux nouveaux dispositifs. Tout comme en matière d'habitations protégées, il appartient à la victime d'agir par elle-même, d'accomplir des choses, de se fondre dans un dispositif censé l'aider à obtenir réparation mais aussi restauration de soi en tant que sujet.

¹²⁵ Kutu, O., Vrancken, D. et Faniel, A. (1998), *Les comités blancs, un défi citoyen?*, Ottignies, Louvain-La-Neuve, Quorum

Troisième partie Prospective

Pour une politique de
santé mentale au XXIème siècle

PAR LE GROUPE SMS

Introduction de la troisième partie

Grâce à l'appui des SSTC, un groupe de professionnels en santé mentale et de chercheurs en sociologie s'est réuni pendant une année et demi, de juin 2001 à janvier 2003. L'objectif de ce groupe était de permettre, au travers d'une discussion pilotée par les chercheurs, un apprentissage réciproque entre une équipe de recherche travaillant sur la santé mentale et un groupe de professionnels engagés à des titres divers dans le champ de la santé mentale. Ce groupe s'est baptisé "groupe SMS".

L'objectif du groupe

Le groupe SMS ne correspond ni à un "focus group", ni à un groupe d'intervention sociologique (à la manière du CADIS, en France). Ces classiques démarches collectives de constitution du savoir répondent au louable objectif d'une relative maîtrise méthodologique par le chercheur. Le problème est qu'elles font reposer la légitimité du savoir collectif produit sur un cadre externe au travail collectif lui-même, à savoir la méthodologie sociologique qui le justifie. Nous avons voulu éviter cet écueil dans un triple souci: éviter la déconnexion du savoir des chercheurs et du savoir des professionnels; tenter de mener de front une recherche intellectuelle et une recherche politique; engager une expérience de délibération soutenue dans le champ de la santé mentale. Il s'agit donc d'un groupe délibératif qui vise à constituer en toute liberté un savoir sur les politiques publiques par un apprentissage réciproque des professionnels et des chercheurs. Les chercheurs ont apporté leurs outils sociologiques, leur connaissance distanciée du champ, les résultats de leur recherche en cours; les professionnels ont apporté leurs références médicales, psychologiques et sociales, leur connaissance pratique du champ, leurs conceptions d'acteurs politiques engagés.

L'objet du travail du groupe a lui-même fait l'objet d'une délibération continue. Si l'objectif heuristique d'une réflexion sur les politiques publiques en santé mentale était sans cesse à l'horizon, la portée précise

de cet objectif n'a pu être précisée qu'à partir de la deuxième phase du travail, c'est-à-dire à partir du travail de rédaction entrepris par l'équipe des chercheurs. Il est apparu au groupe que l'articulation entre logiques des soins en santé mentale et logiques d'administration publique était sa préoccupation centrale. La spécificité de son approche tenait à l'angle social et collectif sous lequel il abordait la problématique de la santé mentale, et sur son souci de point délier la logique des politiques publiques de ses effets sur le soin psychiatrique, psychologique et social du trouble mental. A la fin seulement de son parcours, en novembre 2002, il s'est doté d'un nom: le "groupe SMS". Le label "SMS" signifie "Santé mentale et Société". Il désigne aussi une problématique et un contexte. La problématique est celle de la "socialisation du mental, mentalisation du social" qui caractérise désormais le champ des professionnels de la santé mentale. Le contexte est celui de la société post-industrielle, entraînée dans de profondes transformations des modes de communication et de symbolisation que métaphorise bien, finalement, cet objet fétiche des adolescents qu'est devenue la technologie SMS.

Le problème était d'éviter de produire un discours trop lié aux débats politiques immédiats dans un champ soumis à des mutations importantes; mais aussi d'éviter de s'élever à un degré de généralité conceptuelle trop abstrait qui pousserait à perdre le contact avec les questions de régulation publique telles qu'elles se posent dans notre pays. Le groupe s'est donc centré sur un niveau intermédiaire qu'on pourrait qualifier de "philosophie fondamentale de l'action publique en santé mentale". Il tente d'en articuler quelques principes.

La composition du groupe

Le groupe réuni ne visait aucune forme de représentativité statistique ou organique. Ses membres ont été cooptés en plusieurs phases à partir d'une rencontre entre les chercheurs et quelques professionnels, sur initiative des chercheurs. La composition chercheurs/professionnels est paritaire. La participation au groupe est bénévole. Cette donnée fut un obstacle évident au recrutement des professionnels pressentis. Ajoutons qu'aucun mandat ne liait les membres de ce groupe à leurs milieux politiques ou professionnels d'origine. Les personnes s'y sont inscrites

sur la seule base de leur compétences respectives dans le champ des politiques publiques en santé mentale. Les membres en sont:

- Charles Burquel (psychiatre, président de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM))
- Paul Jacques (psychologue, président de la Ligue wallonne pour la santé mentale (LWSM) et de l'Institut wallon pour la santé mentale (IWSM))
- Anne Claude (psychologue, criminologue, prison de Forest)
- Lydwine Verhaegen (sociologue, Télé-Accueil Bruxelles)
- Vanni Della Giustina (psychologue, maison médicale à Seraing)
- Jean-François Lavis (sociologue, coordinateur de la plate-forme de concertation en santé mentale de la région du Centre)
- Silvia Di Matteo (psychologue, directrice du Wolvendael et du Mesidor)
- Jean De Munck (professeur à l'UCL, coordinateur de la recherche)
- Jean-Louis Genard (professeur à l'ULB)
- Didier Vrancken (professeur à l'ULG)
- Martin Moucheron (chercheur à l'UCL)
- Jean-Yves Donnay (chercheur à l'ULB)
- Didier Delgoffe (chercheur à l'ULG)

L'intégration de la problématique fédérale belge

L'objet de ce travail est une réflexion sur la politique de santé mentale en général. Cette politique relève partiellement du gouvernement fédéral. Il eut été utile d'intégrer dans notre groupe SMS des membres du milieu professionnel néerlandophone pour nous aider à clarifier les aspects fédéraux de cette problématique. Contactés par nos soins, des professionnels néerlandophones ont manifesté leur intérêt tout en déclinant l'offre: l'obstacle linguistique s'est pour eux ajouté à la difficulté de dégager du temps. En outre, les équipes universitaires franco-

phones sont presque totalement inconnues en Flandre, suscitant de leur part une prudence compréhensible. Compte tenu du peu de temps dans lequel le groupe pouvait travailler (une année et demi), l'option fut prise de commencer le travail sans attendre que des collègues flamands rejoignent le groupe.

Cette absence fut compensée par un effort d'interview mené par l'équipe des chercheurs auprès de professionnels néerlandophones. Les entretiens semi-directifs, menés par les chercheurs, ont porté sur tous les aspects pertinents de la problématique traitée par le groupe des professionnels et des chercheurs. Ont ainsi été interrogés:

- Mme Josée Van Remoortel, présidente de Santé mentale Europe (organisme dépendant de l'OMS)
- Prof. Mark De Hert, psychiatre, directeur-adjoint de l'Universitair Psychiatrisch Centrum St-Joseph (Kortenberg)
- Mr Jos Lievens, directeur de la Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheid
- Pr. Herman Meulemans, sociologue, Professeur Universitaire Instelling Antwerpen
- Mr Paul Arteel, directeur de la Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VVGG)
- Mr Gie Goyvaerts, sociologue, coordinateur "soins de santé" au CPAS d'anvers, directeur hôpital "Stuivenberg"
- Prof. Jozef Peuskens, psychiatre, professeur Katholieke Universiteit Leuven, directeur général Universitair Psychiatrisch Centrum St-Joseph (Kortenberg)
- Mr Jef Van Holsbeke, Sectorcoördinator Geestelijke Gezondheidszorg, Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen

Nous les remercions pour leur accueil et les renseignements précieux qu'ils nous ont communiqués. L'interprétation qui suit dans ces pages reste la nôtre.

La temporalité du groupe

Le groupe SMS a travaillé en trois phases. La première phase a consisté en une phase d'exploration de la thématique collective. De juin 2001 à juin 2002, sept séances de travail d'au moins trois heures de discussion, dont un week-end résidentiel, ont réuni les membres du groupe SMS. Chaque séance était centrée sur une problématique et introduite par un rapport établi par un chercheur avec la collaboration d'un professionnel du groupe. Les thèmes abordés furent (dans l'ordre): objectifs généraux et calendrier de travail, évolution historique de la santé mentale en Belgique, santé mentale et précarité, santé mentale et identité professionnelle, Belgique fédérale et compétences en santé mentale, réforme de la santé mentale en France (avec la participation du professeur Delion, psychiatre, de l'Université d'Amiens), ville et santé mentale.

Dans une deuxième phase, allant de juin à octobre 2002, le groupe des chercheurs a établi les lignes de force d'une proposition de synthèse, à la fois conceptuellement articulée et opérationnellement pertinente, pouvant servir de base à un rapport collectif.

Dans une troisième phase, de novembre à janvier, trois séances de travail ont permis au groupe de s'accorder sur un texte commun.

VI. Lignes de réflexion

prospectives pour l'orientation de la politique de santé mentale

Parmi les transformations du champ de la santé mentale au cours des vingt dernières années, quel est l'aspect majeur qui mérite de retenir l'attention du pouvoir politique et d'orienter l'action publique dans le futur? Sans nier l'importance de transformations affectant tant le traitement pharmacologique que psycho-dynamique de la maladie mentale, c'est la conjonction d'une évolution institutionnelle interne au champ et d'une nouvelle question sociale qui constitue l'élément le plus déterminant pour les politiques publiques aujourd'hui (1). De ce constat, se dégage l'exigence d'une vision non-réductionniste de la santé mentale qui conduit l'action publique à se mettre au point sur trois principes de base qui ne peuvent être violés sans dommage sérieux pour la totalité du champ: un principe de neutralité et de pluralisme thérapeutiques; le dépassement du schéma offre/demande de soins dans la conception des politiques publiques; une gouvernance de réseau qui tire toutes les conséquences d'un changement majeur de paradigme (2). A partir de cette axiomatique, le groupe s'est interrogé sur quelques-uns des aspects majeurs d'une action publique en la matière. Il formule quelques recommandations qui portent sur le type de savoir sur lequel doivent s'indexer les politiques publiques (3.1); sur la coordination entre secteurs ambulatoire et hospitalier (3.2); sur les plateformes de concertation (3.3) et sur la formation permanente (3.4).

1. Les trois anneaux de la santé mentale

La question clé qui doit nous orienter pour affronter les défis nouveaux en santé mentale est la suivante: en quoi la normativité intrinsèque du soin en santé mentale nous oblige-t-elle à développer des politiques particulières? Sur ce point, il est essentiel de prendre appui sur les évolutions internes du monde de la psychiatrie et de la santé mentale dans les quarante dernières années. Rétrospectivement, nous pouvons com-

prendre ces évolutions comme une conquête progressive d'une nouvelle dimension de la psychiatrie, ouvrant de nouveaux questionnements et de nouvelles pratiques qui interpellent directement le pouvoir politique et, pour ainsi dire, le mêlent de façon étroite à la pratique du champ.

Qu'est-ce qu'une maladie mentale? Quelle pratique de soins appelle-t-elle? Tout le monde conviendra qu'en aucun cas, on ne peut traiter une maladie mentale sous le seul angle de la dysfonction organique. Par évidence, et quelle que soit sa cause, la maladie mentale ajoute à la dimension *organique* une dimension *psychologique* et une dimension *sociale*. Ainsi, G. Salem attire l'attention sur la distinction faite par les anthropologues anglo-saxons "entre *disease*, maladie définie selon des critères biomédicaux, *illness*, vécu psychologique de la maladie et *sickness*, définissant les formes de socialisation de la maladie, de sa prise en charge collective"¹²⁶. Si on jette un regard rétrospectif sur les quarante dernières années, il est incontestable que le champ a évolué dans les trois dimensions. Mais il nous semble que, pour les politiques publiques, c'est surtout l'importance des évolutions dans la troisième dimension qui mérite d'être soulignée.

1.1. L'émergence de la question institutionnelle

Classiquement, la psychiatrie moderne s'est surtout structurée autour des deux premières dimensions, dont l'intersection a constitué le point focal de sa problématique. D'un côté, la psychiatrie a eu tendance à traiter la maladie mentale comme une maladie organique, une "maladie comme les autres", affectant le cerveau de l'homme malade. Cette approche lie une étiologie organique à une clinique du regard, bien décrite par Michel Foucault¹²⁷. La recherche des causes de la maladie passe par l'identification de symptômes, réunis en syndromes. Le soin est conçu, dans cette perspective, comme un acte technique médical. D'un autre côté, dès Pinel et son "traitement moral", la psychiatrie moderne a aussi considéré la maladie mentale dans une perspective psychodynamique. Dans ce cas, c'est par un langage intentionnel, renvoyant aux croyances et aux désirs du sujet, que la psychiatrie

cherche à élucider la nature et la cause des troubles. Cette approche donna lieu à une clinique de l'écoute, dont Freud fut, entre 1890 et 1937, l'incontestable pionnier. Le soin, dans cette perspective, ne peut être conçu comme une technique instrumentale et objectivante. Il ne peut être conçu que comme un processus d'élucidation subjective, mené à la première personne avec l'aide d'un thérapeute.

Ces deux versants de la problématique psychiatrique correspondent au fond à deux dimensions de l'anthropologie occidentale telle qu'elle s'est constituée dans la foulée du platonisme et telle qu'elle a été confirmée, à l'époque moderne, par les dualismes cartésien et kantien. Il est pratiquement inévitable qu'ils constituent les axes, à la fois opposés et complémentaires, de toute recherche sur l'esprit. Ils divisent en conséquence le champ thérapeutique, même s'ils ne cessent de se mêler dans la pratique courante des soins.

Sur ce plan, l'évolution de la santé mentale des cinquante dernières années n'a nullement infirmé cette structuration. Au contraire, sur les deux axes, l'histoire fut remarquable d'avancées et de débats qui ont profondément enrichi l'abord de la maladie mentale. D'un côté, la révolution des "neuroleptiques" et des antidépresseurs des années 1950 a ouvert la voie à de réels progrès pharmacologiques qui ont permis d'alléger bien des souffrances et d'ouvrir de réelles perspectives d'insertion à des malades chroniques qui, sans eux, en seraient réduits au confinement. Aujourd'hui, la révolution des neurosciences permet de construire des modèles du fonctionnement cérébral qui suscitent de grands espoirs; et la révolution du génome laisse entrevoir la possibilité d'une approche renouvelée des facteurs de risque génétique. D'un autre côté, à partir des années 1960, des psychothérapies, l'explosion des recherches en ce domaine et l'institutionnalisation progressive du métier de psychologue témoignent de la fertilité du deuxième axe de recherche.

Un changement structurel fondamental a affecté le champ psychiatrique dans sa troisième dimension, celle que, d'une manière (trop) générale, nous pouvons qualifier de "sociale". La question de la socialisation de la maladie et de sa prise en charge a accompagné la psychiatrie moderne depuis la fondation de l'univers asilaire par Pinel et Esquirol. L'asile a constitué une fantastique invention institutionnelle répondant à un souci de rationalisation du traitement de la maladie mentale.

¹²⁶ Salem, G. (1998), *La santé dans la ville*, Paris, Karthala, p. 302

¹²⁷ Foucault, M. (1963), *Naissance de la clinique*, Paris, PUF (Quadrige)

Comme on le sait, cette construction a longtemps servi de modèle de référence. La question sociale amena, dans la société industrielle triomphante de la fin du XIX^e siècle, une reformulation de la dimension sociale de la maladie mentale sous la forme d'une interrogation, de type épidémiologique, sur ses facteurs sociaux. Cette interrogation a même donné naissance à des institutions relativement marginales comme les dispensaires d'hygiène mentale, à partir des années 1920¹²⁸. Mais cette question n'a pas débouché, au XX^e siècle, sur une *réorganisation d'ensemble* du champ de la santé mentale. En réalité, tant l'asile que l'hôpital articulent leurs pratiques de soins sur l'extraction du malade des milieux de vie. A ce *modus operandi*, s'opposent les nouvelles formes d'institutionnalisation de la santé mentale.

Deux grandes évolutions rendent compte de l'émergence, et puis de l'insistance, d'une nouvelle problématique institutionnelle de la santé mentale. D'une part, il s'agit d'une évolution interne au monde des soins en santé mentale, née de la déconstruction du paradigme asilaire; d'autre part, il s'agit d'une transformation importante des exigences que la société fait peser sur le champ.

1.2. *Le nouveau paysage institutionnel de la santé mentale*

Il faudra attendre la critique de l'institution asilaire, entamée dans les années 1950, pour que devienne possible une reformulation de la question du "troisième anneau" de la santé mentale. Sous l'impulsion, notamment, de l'antipsychiatrie, la forme asilaire fut déconstruite dans les années 1960. Des expériences surgirent (qu'on songe à la fondation de *l'Equipe* ou du *Club Antonin Artaud* à Bruxelles) qui ouvrirent une époque d'innovation institutionnelle qui, à ce jour, n'est pas close. En particulier, le développement du réseau ambulatoire en santé mentale fut, à partir des années 1970, une source importante de renouveau.

Dès les années 1950, un vaste mouvement réformateur s'était fait jour, en France notamment, qui visait à désenclaver l'hôpital et à réinsérer le malade dans un milieu de vie extra-hospitalier. Des psychiatres de

¹²⁸ La Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale est fondée en 1923. Simultanément, les premiers dispensaires voient le jour à Bruxelles, Jumet, Louvain et Gand. En 1924, viennent s'ajouter ceux d'Anvers et de Liège.

renom, tels que Tosquelles, Oury, Daumezon, Misès, Bonafé, Hochman ont tenté de frayer une voie nouvelle, dite de « psychiatrie sociale ». Celle-ci allait trouver une institutionnalisation partielle dans la psychiatrie de secteur. Ce courant intellectuel et politique, qui aujourd'hui est toujours bien vivant, a promu des concepts importants, tels celui de « fonction soignante » qui permet de penser la prestation de soins au-delà de la « performance » des professionnels de la psychiatrie et de la psychologie. Une interrogation permanente à propos de l'incidence du milieu institutionnel sur la pratique thérapeutique a permis à ce mouvement d'accompagner bien des expériences au cours du dernier demi-siècle¹²⁹. On ne peut être que surpris de l'actualité nouvelle de cette réflexion, due à la situation inédite du champ de la santé mentale.

A la critique idéologique de l'asile se sont en effet ajoutés trois changements qui ont profondément influencé l'évolution du champ. D'abord, on assista à une augmentation de la demande de soins en psychiatrie et en psychothérapie, dès les années 1960-1970, augmentation qui ne pouvait être rencontrée par les seuls médecins et psychologues libéraux. Ensuite, dans les années 1980-1990, la crise des budgets de santé publique a amené à une progressive réduction du nombre de lits psychiatriques, obligeant à une nouvelle forme de prise en charge de la maladie chronique. Enfin, le développement des neuroleptiques a permis, depuis une vingtaine d'années, d'insérer certains malades dans la vie sociale quotidienne en diminuant les facteurs de risque, pour eux-mêmes comme pour leur entourage.

Cette triple transformation, s'ajoutant à la critique de l'asile, a conduit à un décentrement du paysage institutionnel qui n'évacue pas, mais repose avec d'autant plus d'acuité, la question de l'institution. Trois traits caractérisent le paysage institutionnel de la santé mentale tel qu'il s'édifie progressivement à partir des années 1970.

D'abord, nous assistons à la fin de toute forme de *monopole institutionnel*. La fin de l'asile ne signifie nullement la fermeture de tous les asiles; en 2001 encore, demeurent des centres fermés, bien nécessaires pour la protection et les soins de certains malades. Elle signifie plutôt qu'aucune institution ne peut plus, dans le champ, fournir le para-

¹²⁹ Sur cette histoire, cfr. notamment Arveiller, J.P. (2002), *Pour une psychiatrie sociale*. 50 ans d'action de Croix marine, Toulouse, èrès.

digme de toute pratique institutionnelle légitime. Les innovations institutionnelles sont marquées, à partir des années 1960, du sceau de l'originalité, de la singularité et de l'imitabilité. Cela crée un champ institutionnel complexe, foisonnant, extrêmement divers.

Ensuite, les institutions de santé mentale se présentent comme *expérimentales* et *réflexives*, en ce sens qu'elles constituent pour elles-mêmes une question permanente. Les intervenants en santé mentale y consacrent un temps considérable à la coordination et à la justification de leurs activités.

Enfin, les institutions de santé mentale sont constituées au croisement d'intérêts extrêmement divers, situation que nous pouvons résumer par l'expression de *complexité des constituants*. Quatre groupes de constituants peuvent être distingués :

- les pouvoirs subsidiaires des institutions, souvent multiples et enchevêtrés;
- les travailleurs au sein de l'institution, dont les compétences sont multiples;
- les usagers des institutions et leurs familles;
- les pouvoirs qui, au sein de l'environnement de l'institution, ont un intérêt quelconque à son existence et son développement (ce sont les "stakeholders", comme la commune, la province, la Région, l'hôpital etc.)

En Belgique, tout particulièrement, cette question de la complexité des constituants s'avère particulièrement difficile en raison de la multiplicité des pouvoirs de tutelle née de la communautarisation et de la régionalisation du pays.

Caractérisée par ces trois traits, la complexité institutionnelle n'est pas restée extérieure à la logique des soins. Nous ne pouvons plus penser les questions de gestion institutionnelle d'une manière séparée des pratiques thérapeutiques pratiquées au sein de l'institution, comme si l'une relevait de la gestion et l'autre de la médecine.

1.3. *Le changement de la problématique de la santé mentale*

Indépendamment de ces changements qui ont affecté la structure institutionnelle du champ, des exigences nouvelles se sont imposées à lui en

provenance de son "extérieur", des problématiques sociales et individuelles qui accompagnent la progressive sortie de la société industrielle. Si le champ de la santé mentale a changé, ce n'est pas seulement parce qu'en vertu d'un dynamisme interne, il fait voler en éclats le monopole asilaire. C'est aussi parce que les *coordonnées de la normalité sociale* sont en voie de mutation, redéfinissant les situations problématiques relevant de son champ d'intervention.

Les *transformations des coordonnées de la normalité* sont étroitement liées à l'érosion des formes traditionnelles de l'intégration sociale. Les sociologues ont souvent souligné, depuis une quinzaine d'années, l'érosion des formes traditionnelles de l'intégration sociale: la famille stable, l'armée, l'église, la classe sociale comme monde culturel unifié ... À la place de ces groupes intégrateurs ne vient aucun substitut. Au contraire, les idéaux nouveaux de la socialisation du sujet font peser sur ses épaules individuelles de lourdes exigences de prise en charge de soi et de responsabilité. Dans la société industrielle, la normalité passait par l'intégration d'idéaux normatifs d'appartenance à des groupes identifiés comme des groupes stables dans la société. Ces idéaux sont construits de manière extérieure aux parcours individuels. Aujourd'hui, la normalité passe par la construction subjective de modèles d'interprétation des idéaux normatifs de responsabilité, d'adaptabilité, d'intensification de la vie.

Cette transformation des idéaux de la normalité a convergé avec l'évolution du champ de la santé mentale sous l'effet des psychothérapies qui se sont développées au fil du XX^{ème} siècle. Depuis la révolution freudienne, la distinction entre le normal et le pathologique a été mise en question de manière radicale. Dès lors, les catégories du savoir expert de la santé mentale ont pu pénétrer le trouble psychique ordinaire. Au plan de la division du travail, la diffusion de la culture psychothérapeutique au sein du champ de la santé mentale est allée de pair avec la constitution de la profession de psychologue, qui, à partir des années 1960, est venue contrebalancer le monopole de la psychiatrie. À partir des années 1970, la sémantique d'inspiration psychologique s'est largement diffusée dans le grand public, légitimant toujours plus l'intervention d'experts en santé mentale.

Il ne faut donc point s'étonner du fait que la *pathologie et les thérapies* censées l'affronter subissent un déplacement parallèle aux déplace-

ments de la notion de normalité. La normalité dans le champ de la santé mentale ne peut être déterminée sous la forme brute d'une régularité positive; elle est autoréflexive, c'est-à-dire que ses modes de nomination et de catégorisation importent pour sa constitution même. Dans cette perspective, beaucoup d'auteurs ont longuement commenté les formes nouvelles des troubles psychiques observables dans les sociétés contemporaines¹³⁰. Pour notre propos, il nous suffira de constater qu'au plan institutionnel, ce déplacement s'est marqué par un double phénomène:

- une surcharge progressive du secteur de la *santé mentale* par des problématiques complexes liées à des troubles de *l'insertion sociale* des individus dans une société qui attend que les individus s'insèrent activement en elle plutôt qu'elle n'offre de cadres intégrateurs *ready-made*
- un décentrement du secteur du cœur de son métier psychiatrique vers des formes plus diffuses du trouble psychique. Il s'agit de plus en plus de traiter les "avatars de la normalité souffrante"¹³¹ plutôt que le trouble mental caractérisé.

D'une manière générale, cette "mentalisation du social" qui est, simultanément, une "socialisation du mental", a mis au premier plan la question du lien entre santé mentale et institutionnalisation de la vie. Dans une large mesure, la question de la santé mentale ne peut plus être détachée de la question du lien social. Alors que la psychiatrie classique faisait fond sur un monde institutionnel stable, quoique souvent problématique, la santé mentale aujourd'hui doit aider le sujet à rétablir un lien social qui fait défaut.

¹³⁰ cfr. notamment Ehrenberg, A. (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob Ehrenberg, A. et Lovell, A. (2001a), *La maladie mentale en mutation: Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob et Hacking, I. (1998), *L'âme réécrite: étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance

¹³¹ Comme disent Stéphane Latté et Richard Rechtman in Fassin, D. et Rechtman, R. (2002), 'Traumatisme, victimologie et psychiatrie humanitaire', Paris, Cesp, Cesames.

1.4. *Le travail institutionnel est un travail thérapeutique*

Au croisement de cette double évolution, c'est la dynamique des soins elle-même qui se trouve inextricablement mêlée à la question institutionnelle. L'institution n'est donc en rien un décor ou une toile de fond. Elle co-constitue, avec les deux autres dimensions, le soin lui-même. C'est dire que les questions de *design* institutionnel ne sont pas des questions d'intendance ou de gestion, mais des questions directement thérapeutiques; et que les questions thérapeutiques ne peuvent être isolées du contexte d'interaction réglée que constitue l'institution au sein de laquelle elles sont insérées. Cette situation complexifie beaucoup, et rend encore plus importante, l'action publique dans le champ.

Dans un contexte qui reste dominé par l'hôpital, la portée de l'institution à la dynamique des soins se laisse entrevoir dans trois dimensions importantes des institutions de santé mentale: l'institution est un espace de reconnaissance publique (1); elle est un espace de contextualisation (2); elle est l'installation d'une présence (3).

(1) Un espace de reconnaissance publique

Le champ de la santé mentale doit d'abord offrir l'espace d'accueil d'une souffrance. Cet accueil doit se décliner sur les trois registres que nous avons identifiés. En cela, elle se distingue de deux autres modes de réception de la souffrance: la réception technique et médicale, la réception thérapeutique transférentielle. Pour identifier la première, nous pouvons ici faire fond sur la distinction, introduite par Paul Ricoeur, entre douleur et souffrance. La douleur est d'ordre objectif et physique, liée à un organe du corps. Elle appelle naturellement le soin médical. Les maladies mentales présentent, dans la plupart des cas, cet aspect de douleur. La souffrance, en revanche, renvoie à "des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, à autrui, au sens"¹³². Même lorsque la douleur est apaisée, cette souffrance demeure, appelant une prise en charge spécifique. D'un côté, les

¹³² Ricoeur, P. (1994), 'La souffrance n'est pas la douleur', *Autrement*, 142, p. 58-69. Cfr. également sur ce thème Blais, L. (2002), 'Pour penser la souffrance sociale', *Intervention*, 115, p. 6-14. Les concepts de "collective suffering" et de "social healing" avancés par un groupe de chercheurs réuni autour d'Arthur Kleinman, Veena Das et Margaret Lock vont dans le même sens: Kleinman, A., Das, V. et Lock, M. (1996), 'Social Suffering', *Daedalus*, 125, 1, p. 1-283

psychothérapies ouvrent un support à une prise en charge subjective de cette souffrance en proposant un travail d'élucidation (comportementale, systémique ou psychanalytique). Mais cette souffrance appelle aussi une prise en charge collective et publique.

L'institution est le lieu de cette prise en charge. Sa première efficacité, elle la trouve dans le *statut* qu'elle confère au malade qui s'y affine, d'une manière ou d'une autre. Ce simple marquage symbolique dans l'espace des interactions sociales possède, *en lui-même*, une potentielle vertu thérapeutique. En second lieu, l'institution offre des ressources qui pourraient permettre aux personnes en difficulté une insertion dans l'espace public.

Dans l'espace public, la souffrance apparaît sous de multiples formes spécifiques: difficultés de communiquer, instabilité relationnelle, discrimination sociale, difficultés de représentation symbolique de sa propre position etc. Face à la différence de la maladie mentale, la vie quotidienne des sociétés contemporaines ne se comporte plus, de manière générale, comme un censeur violent, mais comme un dispositif propre à engendrer une violence symbolique produisant une multiplicité de petits effets destructeurs. Leur somme peut n'être pas moins violente que l'exclusion pure et simple. Pour éviter la désinsertion totale, les personnes en difficulté doivent donc pouvoir trouver un premier espace de réassurance sociale. Cet espace est le lieu où peut être reçue publiquement, c'est-à-dire par des professionnels et des non-professionnels, la manifestation d'une souffrance et où peut s'engager un travail de mise en forme de cette souffrance dans son rapport au public. L'enjeu central est donc celui de la reconnaissance, qui suppose un travail culturel de longue haleine et une vigilance éthique de tous les instants.

Dans cette perspective, on comprend aussi les effets néfastes d'une saturation du champ de la santé mentale par le langage médical. La médecine, constitutive du premier anneau, est un ingrédient indispensable et irremplaçable de toute thérapie. Dans la mesure où elle est toujours présente, elle a tendance à s'imposer comme cadre de référence tant aux professionnels qu'aux usagers. Mais sa sémantique ne permet pas de créer un monde commun habitable. La médecine ne donne pas consistance au troisième anneau car elle n'est que l'instrument du premier. C'est pourquoi la médecine ne peut orienter, à elle seule, une

politique de santé mentale. Seule, l'inscription de l'institution de santé mentale dans des sémantiques culturelles, politiques et morales est susceptible de lui permettre de jouer le rôle thérapeutique spécifique au troisième anneau. L'orientation vers l'art, la culture, le droit ou la citoyenneté est infiniment plus fertile que la médecine quand il s'agit d'offrir un espace de reconnaissance dont on reconnaît non seulement la valeur morale mais aussi, et d'un même élan, l'efficacité thérapeutique.

(2) Un espace de contextualisation

Une des caractéristiques centrales de l'asile et de l'hôpital était leur caractère séparateur, leur action de rupture et d'isolement du patient par rapport à son milieu d'origine. Tant l'asile que l'hôpital arrachent l'individu malade à l'environnement, pour lui constituer un milieu artificiel transitoire, supposé thérapeutique. Depuis une quarantaine d'années, du point de vue strict d'une logique de soins en santé mentale, on a pris conscience des effets les plus souvent pervers de ce type de traitement, qui ne s'impose que pour des cas extrêmes (qui existent, bien évidemment). En aucun cas donc, ce type de traitement ne peut constituer un paradigme autour duquel il serait possible de construire un champ d'action pertinent.

Au contraire des rites de désinsertion que repérait Goffman dans "Asiles"¹³³, une institution en santé mentale doit aujourd'hui être un vecteur d'insertion dans des milieux que le sujet est potentiellement appelé à habiter. Diverses modalités de ce travail d'inscription, d'insertion, de liaison peuvent être distinguées. Une institution peut servir de lieu d'accueil de secours dans une trajectoire en difficulté; d'opérateur d'insertion vers le monde professionnel ou vers le monde familial; de facilitateur administratif et social pour l'entrée dans des circuits externes à elle. Elle peut ouvrir un séjour prolongé dans un quartier, ou au contraire permettre un retrait temporaire hors du monde quotidien. Dans tous les cas, l'institution est vue comme une *ressource*, à la fois matérielle et psychologique, fournie aux personnes en difficulté. Elle est un dispositif de capacitation en vue d'une insertion.

¹³³ Goffman, E. (1968), *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, éditions de Minuit

Cette dimension d'insertion efface les frontières de l'institution. Idéalement, une institution de santé mentale au début du XXI^{ème} siècle a la forme d'un ruban de Moebius: son intérieur communique sans rupture avec son extérieur. Cela signifie que les personnes qui lui sont affiliées peuvent l'être à des degrés divers. Si des professionnels sont très liés, par leur pratique, à l'intériorité institutionnelle, d'autres intervenants, professionnels ou non peuvent y avoir un rapport relativement relâché, à partir de l'extériorité. Ce rapport n'en est pas moins extrêmement efficace pour la mission d'insertion.

Cette problématique de l'insertion, finalement très nouvelle dans la modernité thérapeutique, se révèle à l'expérience une problématique pleine de chausse-trappes et de paradoxes. En particulier, deux questions émergentes cristallisent ses enjeux. La première question est celle du rapport, signifiant ou causal, pouvant exister entre maladie mentale et milieu de vie. Pour certains patients, il importe de maintenir le lien entre eux et leur milieu d'origine; mais pour d'autres patients, il convient de créer un milieu alternatif au milieu d'origine en offrant un "asile" non au sens d'une institution totale, mais au sens d'un "refuge", éventuellement permanent. Pour d'autres patients encore, l'errance peut avoir une fonction essentielle de protection et de mise en acte de tentatives de guérison. C'est dire que le projet d'insertion ne peut être pensé sur le mode d'une adaptation à des idéaux de sédentarité et d'intégration sociale supposées normales. Sans une *clinique* de l'insertion, tournée vers la singularité des personnes et le sens des situations, la volonté d'insertion n'est qu'une forme renversée d'adaptation forcée à des idéaux sans autre consistance que celle que donne le pouvoir social. L'insertion, à cette aune, n'est que la prolongation du projet d'enfermement asilaire sur un mode renversé. Une telle clinique de l'insertion exige, de la part des pouvoirs publics, et dans la ligne même de la dynamique propre au champ de la santé mentale, une pleine reconnaissance, à la fois de la spécificité des trajectoires de vie, mais aussi de la contingence des institutions, aucun modèle institutionnel ne pouvant plus prétendre a priori à un quelconque privilège thérapeutique. C'est dans une telle optique qu'une place pourrait par exemple être laissée à des institutions dont la fonction d'accueil et de refuge aurait supplanté, voire effacé, l'exigence thérapeutique¹³⁴, ou que

pourraient être pleinement reconnues les ressources offertes par la diversité des milieux de vie eux-mêmes. C'est seulement en faisant droit à une telle reconnaissance de la pluralité des trajectoires et de ressources institutionnelles dont la valeur ne serait plus mesurée à l'aune de visées thérapeutiques formatées à partir d'idéaux de normalité (en particulier aujourd'hui à partir d'exigences d'autonomie et de capacité de projets qui dans certains cas ont des effets simplement excluants) définis *a priori* que pourrait être pensée une politique de santé mentale pleinement ouverte aux exigences du troisième anneau. A distance donc tant du médico-centrisme, que d'un volontarisme institutionnel centré sur des idéaux de normalisation (y compris celui de l'autonomisation) qui peuvent se révéler destructeurs.

La deuxième question émergente est celle de la stigmatisation. La réussite de projets d'insertion des malades mentaux se heurte à un paradoxe. Les dispositifs d'aide à l'insertion, dès lors qu'ils sont labellisés "santé mentale", impriment un stigmate qui discrimine le public qu'ils prétendent aider. Cette question de la stigmatisation n'est évidemment pas du ressort du malade lui-même. Elles appelle d'abord une réponse dans le chef des professionnels et des dispositifs d'intervention. Il importe de souligner que la spécialisation et l'identification des services d'aide à partir du symptôme (toxicomanie, violence sexuelle, alcoolisme...) est souvent, pour cette raison même, dysfonctionnelle. Une préférence doit être donnée à une réponse généraliste aux questions posées par les personnes en souffrance. La stigmatisation pose aussi la question de l'éducation générale du grand public au trouble mental et la question de l'information sur ce type de pathologie. Dans le lieu du travail, de l'école, de la famille, du quartier, les pouvoirs publics doivent être attentifs à éduquer et réguler, y compris par un droit anti-discriminatoire, le rapport au trouble mental. Cette exigence devient particulièrement importante dans le cadre des mutations du traitement réservé aux malades mentaux.

Disons enfin un mot sur la fausse évidence d'un slogan *ready-made* qui circule aujourd'hui dans le champ de la santé mentale: celui qui nous invite à « placer l'utilisateur au centre des pratiques ». Ce slogan peut très bien conduire à de nouvelles pratiques individualisantes qui s'avèreront pathogènes. Il ne faut point oublier qu'une très grande part des patients ne s'adressent pas aux thérapeutes de leur propre mouvement (la catégorie du « propre » étant, en l'occurrence, hautement suspecte),

¹³⁴ Declerck, P. (2001), *Les naufragés: avec les clochards de Paris*, Paris, Plon

mais à la demande de tiers dont les multiples figures méritent un traitement différencié: entourage scolaire, entourage familial, entourage carcéral, appels des médecins de première ligne, des juges, des assistants sociaux etc. Même si cela peut paraître paradoxal, le problème thérapeutique est de *placer les entours de la personne au centre du traitement autant que la personne elle-même*. Les normes actuelles de santé publique et les discours qui accompagnent le développement de la santé mentale empêchent le plus souvent de voir l'entourage et dévalorisent cette partie pourtant extrêmement importante du travail quotidien qu'est le travail avec l'entourage. Une institution de santé mentale doit résolument tourner le dos à cette sémantique individualiste et jouer sa fonction de recontextualisation.

(3) L'installation d'une présence

A un extrême de l'éventail, l'institution est un lieu de vie quotidienne, le point d'ancrage d'un sujet en difficulté, le séjour familial d'une existence. A l'autre extrême, elle peut être le lieu d'une écoute anonyme, sans autre fonction que la capacité d'écouter et de répondre. Entre ces deux modalités, se déploient une multitude de modalités de la présence.

La présence est une des fonctions centrales remplies aujourd'hui par le champ de la santé mentale. Les trajectoires incertaines des individus engendrent le risque permanent de la désaffiliation. La déliaison est une relation sociale complexe où se joue la perte d'identité qui est si souvent liée au trouble psychique. Elle constitue aussi une évanescence de la fonction de l'adresse et du repère externes, incarnés dans une ou plusieurs personne(s) susceptibles de répondre. A cet égard, il est remarquable de noter que les formes d'institutionnalisation ne peuvent, pour remplir cette fonction essentielle, prendre l'allure classique du dispensaire hospitalier ou du centre de services spécialisés. Non point que l'expertise ne soit pas nécessaire dans les services de santé mentale. Mais la capacité de faire repère et de constituer une présence relève d'un registre étranger à la logique fonctionnelle du service spécialisé. Il faut parvenir à lier le savoir expert au savoir profane, éventuellement multiculturel, qui circule dans des lieux de vie et donne sens à la maladie mentale¹³⁵.

¹³⁵ Cfr. Corin, E. (1999), 'L'écoute de l'étranger', *Les Cahiers de la santé de la Commission française*, n° 8, « L'écoute: promesses et impasses », compte rendu des IIèmes Rencontres européennes de l'écoute, Bruxelles, 1998

L'essentiel du travail résulte dans ce cas de la permanence des institutions dans le territoire, la ville, le quartier, de même que dans la capacité des intervenants à y établir des relais divers. C'est dans ce cadre qu'il faut désormais concevoir des dispositifs institutionnels décentralisés, itinérants mais néanmoins porteurs d'ancrage dans des quartiers et des territoires taillés à la mesure du vécu des personnes. On mesure en ce point l'importance de la diversité des professionnels pour le secteur de la santé mentale. Par exemple, les éducateurs de rue jouent dans ce processus un rôle crucial. Les *Maisons Médicales* et *Centres de Santé Intégrés* qui cherchent à introduire, dans leur pratique de soins de santé primaires de proximité, des dispositifs de prise en compte des "déterminants non médicaux de la santé", ont adjoint dans ce but des accueillants et des travailleurs psycho-sociaux à leurs équipes transdisciplinaires non-hiérarchisées.

Il faudrait aussi souligner l'importance, à cet égard, d'un public "mitoyen au social", composé de personnes dont la problématique ne relève pas directement de la santé mentale. Ces personnes en situation de "malaise" sont des personnes qu'on peut qualifier de "déracinées" ou "déterritorialisées". Elles se situent à califourchon entre des appartenances résiduelles et des affiliations aux institutions de l'Etat protectionnel. Dans cette situation, elles échappent à des formes structurées de rapports sociaux. La présence de professionnels (spécialistes ou non de santé mentale) peut les aider à au moins structurer des bribes d'histoire en des récits circonscrits et circonstanciés. Dans les meilleurs des cas, ces personnes deviennent les artisans de mise en intrigues d'événements de leur vie.

L'institution ainsi comprise comme lieu de reconnaissance, de contextualisation et de présence constitue un milieu éthique spécifique. On peut dire que le travail en cours sur cette dimension résulte de la prise de conscience des limites de la déontologie comme forme exclusive de l'éthique du champ de la santé mentale. La déontologie est l'ensemble de normes qui régit le rapport du professionnel au patient dans le cadre d'une relation de soins réduite au pire au premier anneau, au mieux aux deux premiers anneaux de la santé mentale. Mais l'espace public institutionnel est un espace de vie déspecialisé qui appelle à une éthique quotidienne bien plus étendue que le respect de règles déontologiques, aussi exigeantes soient-elles. Nous pensons notamment à des impératifs de respect des personnes, d'égalité de traitement, de destig-

matiation et de civilité. De cette nouvelle réalité éthique témoigne notamment l'émergence de *Chartes des usagers*¹³⁶. L'action publique doit veiller à encadrer et à développer ce milieu normatif par des mesures spécifiques d'incitation.

Un dernier point mérite un commentaire spécial. Une question éthique et politique particulière se pose *dans le milieu des institutions fermées* (prison, maison d'arrêt, centre d'"accueil" de réfugiés...). Dans ce cas aussi, le repérage des l'action publique en santé mentale à partir des trois anneaux que nous avons identifiés est pertinent. Même des lieux très spéciaux comme les services psycho-sociaux en milieu carcéral n'y échappent pas.

Les *deux premiers* anneaux de la santé mentale sont l'objet de bien des questionnements dans les lieux d'enfermement. L'intervention par rapport à la santé mentale des personnes détenues (souffrance psychique et maladie mentale) est comprise dans les missions des intervenants psychosociaux mais est en même temps éludée au bénéfice d'un autre statut de l'expertise en "santé mentale", celui d'élément intervenant dans un processus de décision concernant la dangerosité des personnes. La tension entre ces deux missions, le privilège que l'action publique donne à la seconde au détriment de la première, créent un important malaise chez les professionnels.

Celui-ci trouve son origine profonde dans la contradiction entre le discours officiel sur la santé mentale et l'idéologie de ces institutions fermées. Le statut de la souffrance est au cœur de cette difficulté. La souffrance des détenus engendre en effet un permanent paradoxe. Elle place clairement l'institution dans un "double bind". D'un côté, elle n'appelle comme réponse de l'institution que l'externalisation car, de l'intérieur, la souffrance est constitutive de l'institution, elle la légitime. En admettant en son sein des professionnels chargés de la gérer, de la soigner, l'institution carcérale se contredit. Mais d'autre part, l'Etat qui incarcère s'engage à prendre soin des personnes dont il a la charge. Cette contradiction génère des stratégies défensives qui rendent très précaires les possibles interventions sur la santé mentale des personnes

¹³⁶ Cfr. la Charte des personnes souffrant de troubles mentaux, texte rédigé par Similès. Belgium avec le soutien de la Fondation Médicaments et Société à l'occasion du colloque "Santé mentale et société" du 7 novembre 2001.

détenues de tous les intervenants psychosociaux, qu'ils fassent partie ou non de ces établissements fermés.

Il conviendrait de résolument sortir de ce paradoxe en reconnaissant beaucoup plus clairement, du côté des Autorités publiques, les importantes missions de soin que doivent remplir au XXI^{ème} siècle les centres fermés, prisons incluses. Cela suppose l'abandon pur et simple de l'idéologie désuète de la souffrance mentale comme instrument de resocialisation. Un travail de distinction entre ce qui relève de la privation de liberté et ce qui relève de la construction d'une subjectivité devrait être systématiquement mené. Cela supposerait d'extraire la politique des centres fermés de l'agenda uniquement sécuritaire pour la restituer à sa vraie dimension, celle du service aux personnes. Cela supposerait de reconnaître que la présence de services de santé mentale en prison n'est pas seulement utile à titre de conseil dans le processus de gestion des populations "dangereuses"; elle est absolument déterminante dans la reconquête pour ceux-ci d'un statut de sujet et d'une resocialisation à moyen terme.

Dans cette perspective, le concept de soin ne mériterait pas seulement d'être clarifié et enfin, honoré par des mesures pratiques facilitant l'accès aux soins et le traitement. Il devrait aussi être entendu dans toute son extension. C'est pourquoi, indépendamment de l'accès aux soins relevant du premier et du deuxième anneaux de la santé mentale, il importe de reconnaître aux services psycho-sociaux en milieu carcéral *une mission concernant le troisième anneau de la santé mentale*. Les services psycho-sociaux en milieu carcéral constituent des lieux où les aspects de reconnaissance, de contextualisation et de présence sont particulièrement importants, à côté de leur mission de soins psychomédicaux et de conseil aux instances de décision en matière de libération conditionnelle. On peut dire que la mission de ces services trouve une de leurs dimensions constitutives dans le troisième anneau de la santé mentale. Dans le droit fil de ce que nous venons de dire, on peut parler à leur sujet de mission de civilisation et d'éthicisation des milieux carcéraux. Dans ces services apparaît donc avec une clarté particulière l'importance nouvelle d'une formalisation du troisième anneau de la santé mentale.

1.5. *Les effets épistémologiques de cette nouvelle réalité institutionnelle*

Michel Foucault avait souligné, dans son histoire de la clinique¹³⁷, que l'invention d'une institution thérapeutique comme l'hôpital n'était pas seulement le *résultat* d'une modification épistémologique du savoir médical. On ne peut en effet simplement concevoir l'hôpital moderne comme l'appareil du médecin qui, par sa médiation instrumentale, applique un savoir constitué en-dehors de lui. Au contraire, l'hôpital comme institution disciplinée et soumise à des impératifs de performance, comme dispositif politique donc, *précède* généalogiquement la constitution du regard médical moderne. Dans une large mesure, il en constitue une des conditions de possibilité. À partir du moment où l'hôpital s'est *politiquement et socialement* constitué comme un espace rationnel de classement de la population, de séparation des malades et des bien portants, d'aménagement du temps et des lieux de la maladie, un regard *médical* rationnel, clinique, classificatoire et causaliste, est devenu possible. C'est dire qu'une révolution institutionnelle est une condition de la révolution épistémologique, même dans le cas de la médecine positive.]

A bien des égards, cet enseignement de Foucault mérite d'être transposé dans le contexte actuel des soins en santé mentale. Nous ne pouvons alors être que frappés du fait que si les pratiques institutionnelles se diversifient et innovent, les épistémologies officielles en vigueur dans le champ restent peu sensibles à cette mutation, entraînant de curieux clivages entre la pensée psychiatrique et la théorie psychologique d'une part, les pratiques des intervenants dans les institutions d'autre part. Les nouvelles pratiques institutionnelles sont en principe porteuses de possibilités de regard neuf sur le réel de la maladie et de la souffrance, car elles font apparaître dans le champ de la visibilité thérapeutique toute une série de facteurs, conditions et effets sociaux de la pathologie. D'ores et déjà on assiste à d'étonnants progrès du savoir social chez les intervenants professionnels. Mais ce potentiel n'est pas exploré systématiquement. Tout se passe comme si on avait affaire à une pratique en manque de théorie et à une théorie inerte et conserva-

¹³⁷ Pour une présentation synthétique de ses thèses sur la généalogie hospitalière de la clinique, cfr. Foucault, M. (1978), 'L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne', in Foucault, M. (ed.), *Dits et écrits*, Paris, Gallimard.

trice face à des mutations institutionnelles profondes. Il conviendrait de prendre très au sérieux ce décalage entre les paradigmes de la recherche officielle (scientifique, universitaire, académique..) et la pratique officieuse (institutionnelle, sociale..) pour tenter de le dépasser.

Cet effort épistémologique aurait de profondes conséquences en santé publique, puisque, comme le souligne Gilles Bibeau¹³⁸, *"certaines des catégories communément acceptées et respectées en santé publique au nom, dit-on, de la bonne rigueur méthodologique reposent en réalité sur une théorie implicite de la société, le plus souvent libérale et fonctionnaliste"*. Et cet auteur d'ajouter: "Les notions de "souffrance sociale" et de "guérison collective" s'ancrent en effet dans le refus des dichotomies dépassées dans lesquelles les souffrances personnelles et les maladies qui les accompagnent sont détachées des tragédies collectives, les individus extraits et sortis de leurs groupes d'appartenance, les réalités locales désamarrées des phénomènes macroscopiques qui s'imposent aux personnes, l'environnement domestique (espace de maison) désarticulé de l'espace du travail et du milieu écologique général, et l'étude des conditions matérielles de vie (niveau économique) amputée de toute attention aux valeurs (spirituelles, religieuses, esthétiques..) des personnes".

Une réflexion sur la part de l'institution dans la thérapeutique devrait donc être développée en relation avec une problématique renouvelée de la "causalité sociale" de la maladie mentale. Deux voies s'ouvrent à ce type de problématique. La première voie, déjà développée, est celle de l'épidémiologie. Dans ce cas, la recherche des relations systématiques entre santé mentale et caractéristiques sociales passe par une méthodologie quantitative rigoureuse. Cette voie est évidemment fertile. Elle met notamment en lumière la corrélation existant entre des formes d'inégalité sociale et la distribution du risque dans la population. Mais elle ne peut plus suffire car elle n'éclaire pas par elle-même les liens causaux existant entre maladie mentale et situations socio-culturelles. Pour approfondir ce lien, et donc piloter les pratiques d'intervention institutionnelle, il faudrait sans aucun doute engager des programmes de recherche qui tentent de comprendre les "dispositifs pathogéni-

¹³⁸ Bibeau, G. (1999), 'Une troisième voie en santé publique', *Ruptures*, 6, 2, p. 209-236, p. 221.

ques¹³⁹ qui structurent le rapport entre situation sociale et pathologie mentale. Ces programmes de recherche sont trop absents au sein des départements de psychiatrie, de sociologie et de psychologie de nos Universités. De cette manière, la recherche est non en avance, mais reste en retard sur les questions qui émergent des nouvelles pratiques institutionnelles.

2. Les nouvelles exigences de l'action publique en santé mentale

La lecture que nous venons de proposer des transformations du champ de la santé mentale des quarante dernières années a de profondes répercussions sur la conception de l'action publique qui doit y être menée. Le problème central réside, à nos yeux, dans la difficulté de construire un concept opératoire non-réductionniste de santé mentale dans l'action publique. Trop souvent, pour des raisons historiques et disciplinaires, la santé mentale est rabattue sur une ou, au plus, deux de ses dimensions.

Cette perspective non-réductionniste est sans conteste, il convient de le souligner, convergente avec les recommandations faites par l'Organisation mondiale de la santé¹⁴⁰. Largement proclamée au plan des discours officiels, cette approche intégrée ne fait pourtant pas toujours l'unanimité dès qu'il s'agit de l'action publique concrète et quotidienne. Faute de tirer clairement de cette approche globale de la notion de soins des principes d'orientation de l'action publique, le champ de la santé mentale se trouve de fait soumis à des grilles d'évaluation, des structures de délibération, des modes de coordination qui relèvent encore de l'hospitalocentrisme.

¹³⁹ Pour une explicitation de ce concept, cfr. **Corin, E., Bibeau, G., Martin, J.C. et Laplante, R.** (1990), *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal

¹⁴⁰ Rappelons la définition de l'OMS: "La santé est un état complet de bien-être physique, social et psychique et pas seulement l'absence de maladie et de déficience". Si cette définition est contestable en raison de la conception anthropologiquement naïve et utilitariste de la notion de santé qu'elle semble véhiculer, elle est en revanche importante pour une orientation non-réductionniste de la santé mentale.

2.1. Le principe de pluralisme

Deux figures, contradictoires et complémentaires, ont jusqu'aux années 1970 présidé à l'action publique en matière thérapeutique. La première figure est libérale. Dans ce cas, l'Etat est supposé neutre. Le choix thérapeutique appartient au consommateur qui, sur le marché, rencontre l'offre de soins. Cette neutralité de l'Etat est le corollaire objectif, dans le champ des politiques publiques, de la liberté de choix du patient, au plan des droits subjectifs¹⁴¹. La deuxième figure est, au contraire, planificatrice et dirigiste. Le monopole institutionnel, asilaire et hospitalier, a constitué un modèle d'action publique jusque dans les années 1970. Dans ce cas, l'action publique ne se soucie pas de neutralité, mais au contraire impose un mode de prise en charge de la maladie en exerçant une emprise directe sur son organisation et son financement. Sous l'Etat social, le champ de la santé mentale était divisé par ces deux modèles complémentaires, qui s'appelaient et se complétaient mutuellement.

La figure de l'action publique que l'on voit émerger aujourd'hui en santé mentale est irréductible à ces deux premiers modèles. Pour la première fois, nous assistons à l'émergence potentielle d'un modèle authentiquement pluraliste en santé mentale. Ce modèle n'est pas la liberté du marché car la validation de l'offre ne dépend pas seulement du choix du consommateur mais aussi d'une validation étatique; il n'est pas non plus le monopole institutionnel, car il donne une grande liberté aux professionnels dans la définition des projets qu'ils se proposent de mettre en place¹⁴². Ce modèle doit être exploité dans toutes ses potentialités.

Cette nouvelle situation politique correspond à une situation épistémologique elle-même nouvelle, qui modifie profondément le rapport à l'expertise qui a marqué le déploiement de l'Etat social après la guerre. La querelle des experts qui caractérise aujourd'hui le champ de la santé mentale est loin d'être une exception dans les sociétés contemporaines.

¹⁴¹ Cfr. La loi relative aux droits du patient du 22 août 2002.

¹⁴² Lydwin Verhaegen, dans un rapport de 1991 sur la santé mentale à Bruxelles, notait déjà cette tendance à développer des "organisations à projets" au sens sociologique défini par Tixier, Sainsaulieu et Marty. Cfr. **Verhaegen, L.** (1991), 'Perspectives de la politique bruxelloise de santé mentale', Bruxelles, Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, p. 172, p. 202 et svtes

Les sociologues ont noté que, depuis une quinzaine d'années, les prétentions des experts à produire une connaissance objective, dépolitisée et neutre sur le plan moral sont de plus en plus mises en doute, pour de bonnes raisons qui tiennent à l'évolution même des sociétés modernes. Même dans le champ des sciences dites naturelles, qui se prêtent le plus facilement aux illusions du scientisme et du positivisme, on ne peut plus prétendre à une pure objectivité des faits qui se tiendrait inaltérée face au conflit des valeurs. Les modes de construction des faits sont eux-mêmes marqués par des orientations normatives implicites qui ouvrent un espace de débat et d'incertitude au sein de l'expertise¹⁴³.

Il serait vain de vouloir refermer cette situation par le recours à un langage "neutre" supposé pouvoir faire l'économie des nécessaires délibérations. L'illusion du DSM est celle de l'*esperanto*: la constitution d'une langue artificielle qui éviterait, à travers un langage purement instrumental de description de la réalité, les choix culturels et les sédimentations historiques des langues particulières. Cette illusion a été déconstruite par la philosophie des sciences depuis belle lurette. Sa réactivation incongrue risque aujourd'hui d'entraîner une dislocation de la culture clinique du champ de la santé mentale européenne. A ce projet, les administrations d'Etat participeraient si, en vertu d'une paresseuse volonté d'uniformisation, elles en venaient à imposer cet *esperanto* sans consistance à tous les professionnels. Les gains en automaticité des contrôles et de standardisation des nomenclatures se paient alors en pertes bien plus importantes en qualité clinique, en articulation de la recherche et de la pratique et en capacités de connexion du champ de la santé mentale au champ culturel.

Le pluralisme des savoirs et des pratiques ne doit donc pas seulement être toléré: il doit être encouragé et voulu comme un bien politique. En d'autres termes, il est de la plus haute importance que l'Etat n'engage pas sa politique de santé mentale dans une perspective réductionniste. Dans notre perspective, réductionnisme signifie clairement toute tentative de réduire le champ de la santé mentale à un de ses anneaux ou à la combinaison de deux d'entre eux au détriment d'un troisième. Il existe logiquement six types de réductionnisme: le tout organique, le tout psycho-dynamique, le tout institutionnel, l'alliance de l'organique et du

psycho-dynamique, l'alliance de l'organique et de l'institutionnel, l'alliance de l'institutionnel et du psycho-dynamique. Mais la carte logique des réductionnismes possibles doit être corrigée au regard des pratiques réelles qui, dans l'histoire du champ de la santé mentale, a sélectionné deux d'entre elles pour en faire d'authentiques options institutionnelles:

- la tradition psychiatrique la plus classique a eu tendance à privilégier les deux premières dimensions au détriment de la troisième et à fonder sur cette exclusion tant la pratique en cabinet privé que la pratique hospitalière. Cette tradition ouvre à une logique de *décontextualisation* du traitement de la maladie mentale.
- la tradition ambulatoire, qui s'est surtout développée après 1975, a eu tendance à privilégier une alliance entre une pratique psycho-dynamique conçue à partir du modèle de la dyade patient/thérapeute et une pratique institutionnelle innovante, riche en coordinations multilatérales.

Les dangers inhérents au premier type de réductionnisme sont relativement bien connus. Ils ont fait l'objet d'une critique argumentée en provenance des psychothérapies et des pratiques alternatives en milieu institutionnel¹⁴⁴. Ces dangers demeurent pourtant bien présents dans le champ de la santé mentale. En revanche, les dangers nés de la deuxième logique sont moins connus et commencent à émerger de trente années d'expérience. Dans ce registre, deux conséquences peuvent déjà être isolées. D'abord, il n'est pas douteux qu'existent des tendances à délester les services de santé mentale de problématiques relevant de la psychiatrie aiguë, au profit d'une nouvelle clientèle présentant moins de risques et de difficultés d'insertion. Cette sélectivité à l'entrée des centres prive une partie de la population de soins adéquats. Ensuite, on peut craindre des tendances à appliquer un langage et des pratiques conçues pour des troubles légers à des malades profondément handicapés. En prison par exemple, les psychiatres, psychologues et assistants des services psycho-sociaux sont confrontés à des pathologies lourdes, qui mériteraient un accompagnement psychiatrique beaucoup plus systématique et professionnel que ne peuvent l'offrir les maigres ressources médicales

¹⁴³ cfr. Callon, M., Lascoumes, P. et Barthe, Y. (2001), *Agir dans un monde incertain: essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil,

¹⁴⁴ Cfr. en ce sens Jacques, P. (2000), 'Psychanalyse et santé mentale', in: *Psychanalyse. Que reste-t-il de nos amours?*, Revue de l'Université de Bruxelles et éditions Complexe, 131-142

et psychiatriques des établissements pénitentiaires. Dans les écoles, dans les C.P.A.S., il n'est pas rare que psychologues et assistants sociaux soient amenés à gérer des cas délirants, suicidaires ou paranoïaques. Dans des organismes d'insertion professionnelle aussi, le personnel se trouve confronté à des problématiques psychiatriques pour lesquelles il n'est pas formé.

2.2. *L'insuffisance du schéma offre/demande*

Dans leur immense majorité, les spécialistes des politiques publiques décrivent la relation de santé mentale comme la rencontre d'une offre et d'une demande de soins. Dans la relation de soins, il y a en effet un *produit* (le médicament, le traitement) qui transite d'une offre à une demande; il y a un *service* (l'écoute réflexive et informée du thérapeute, le traitement méthodique du symptôme etc.) qui est fourni par l'offrant au demandeur. Ce schéma cognitif de la relation de soins permet d'instituer un marché.

Une institution comme le *marché* de la psychiatrie et de la psychologie ne peut fonctionner sans une forme d'appariement de l'offre et de la demande via des conventions¹⁴⁵ stabilisant les systèmes d'attente et créant une certaine objectivité sociale. Dans ce cas, le "marché" est construit en standardisant les *produits et les services* qui sont échangés. Il est essentiel d'identifier la relation de soins à un "acte", c'est-à-dire une performance identifiable dans le temps, dans l'espace, concernant une dyade thérapeute/patient. La nature et la portée de cet acte sont à la discrétion de la dyade, quoique même si le marché est très libre, des conventions mettent des limites à la liberté des parties contractantes. Il est également fondamental d'homologuer l'*offre de soins* via une reconnaissance des compétences et des diplômes. Enfin, il convient de sélectionner la *demande recevable* dans l'espace de soins par des schémas cognitifs fondant le champ de la spécialité "psychiatrique" et

¹⁴⁵ Nous utilisons ici la notion de convention au sens où l'emploie le courant de recherche dit d'"économie des conventions". Pour une explicitation de la notion de convention sur un marché des produits, cfr. Salais, R. (1994), 'Incertitude et interactions de travail: des produits aux conventions', in Orléan, A. (ed.), *Analyse économique des conventions*, Paris, Presses universitaires de France; pour une explicitation de la notion de convention sur un marché du travail, cfr. Salais, R., Thévenot, L., Boyer, R., Silvestre, J.-J. (1986), *Le Travail: marchés, règles, conventions*, Paris, INSEE,

"psychologique". Ce travail de construction de repères communs est un processus social compliqué, impliquant divers partenaires. On peut noter le rôle de l'Etat, qui est un instituant fondamental de ce marché, mais il n'est évidemment pas seul: les professions et les universités y jouent également un rôle important.

Notre système de Sécurité Sociale ne fonctionne pas, il est vrai, comme un marché, mais comme un quasi-marché régulé par l'Etat, en tout cas en ce qui concerne la psychiatrie, branche de la médecine. Au lieu de répondre à un système de formation libre du prix, le système de formation des prix dépend de négociations entre partenaires sociaux portant sur la valeur des actes. Au plan du fonctionnement quotidien, la différence avec un marché classique réside essentiellement dans le degré de formalisation des conventions mises en œuvre. Fortement juridicisées, ces conventions prennent la forme de nomenclatures et de "résumés psychiatriques" dont les codes prédéterminent fortement les contenus admissibles de la relation thérapeutique.

Ce mode de construction de la relation thérapeutique est devenu très incomplet. Certes, tout un pan de la santé mentale continue de correspondre à ce schéma, à la fois technique et économique. Dans la mesure où il n'est institué que pour limiter l'espace de contingence liée à l'interaction thérapeutique, il faut s'attendre à ce qu'il s'impose comme une évidence, passe pour un schéma naturel de relation thérapeutique aux yeux du public comme aux yeux des décideurs politiques. Mais, de manière insistante, l'expansion de la psychothérapie dans les années 1960 et la nouvelle donne institutionnelle érodent l'évidence de ce schéma. Deux objections complémentaires peuvent en effet être adressées à cette représentation de la relation thérapeutique: l'une à partir de la réflexivité, l'autre à partir de l'institutionnalité des pratiques thérapeutiques.

D'abord, ce modèle économique de la relation thérapeutique contraste fortement avec la description qu'en donne la pratique psychothérapeutique, surtout d'inspiration psychanalytique. La demande est en question dans la relation elle-même, et ne peut être identifiée *a priori* dans le cadre neutre et objectif de besoins recensés comme des faits. D'abord, il existe un en deçà de la demande, qui prend la forme de la plainte, du malaise ou de l'exigence d'une écoute pure sans autre finalité qu'elle-même. Il faut savoir aller à la rencontre de cette non-demande,

de cette demande errante, sans trop préjuger de sa mise en forme ultérieure. Ensuite, même lorsque la demande est formulée, il importe de mettre en question la constitution de la demande dans le traitement de la demande. Cette réflexivité de la relation thérapeutique est volontairement méconnue dans les pratiques d'appariement de l'offre et de la demande. A ce dernier couple conceptuel, il faudrait donc préférer le couple de la question et de la réponse, supposant le travail de l'interprétation.

Cette critique nous semble juste, à la condition de ne pas tomber dans un romantisme de la thérapie. Le processus thérapeutique est marqué en effet d'une forte singularité, d'une imprévisibilité et, finalement, d'une liberté qui pourrait conduire à une sorte de défense du vécu ineffable face à l'objectivation fonctionnelle par des systèmes. Ce romantisme, quelquefois cultivé par le monde des psychothérapeutes, conduit en réalité non seulement à la disqualification de tout contrôle politique extérieur, mais aussi de toute tentative d'objectivation des processus. Dans le pire des cas, cela débouche sur un nouvel obscurantisme du colloque singulier. Cette dérive de la critique des catégories réifiantes de l'offre et de la demande doit être dénoncée. Elle renonce aux exigences du discours public sur les pratiques de psychothérapie. Le discours public sur ces questions est important car il ouvre à la fois l'espace de la transmission, de la révision et de l'apprentissage.

En second lieu, c'est donc au nom de l'institutionnalité bien comprise de la relation thérapeutique qu'il convient de critiquer le schéma réducteur offre/demande dans le champ de la santé mentale. Le problème essentiel de ce mode de raisonnement est la réduction de la relation thérapeutique à une triade thérapeute/produit/patient décontextualisée. De cette manière, l'ancrage de la relation d'aide dans des processus socio-thérapeutiques disparaît du champ de visibilité du décideur public. La nomenclature des actes et des pathologies vaut comme description de l'effectivité des pratiques. Or, ce qui importe désormais, c'est de reconnaître la "fonction soignante" de tous les intervenants. On ne peut plus s'en tenir au modèle thérapeutique de la consultation: l'accueillant, l'infirmier, le garde-malade, l'assistant social, l'éducateur ... participent à part entière de la fonction soignante. En poussant le raisonnement à son terme, on peut dire que ceux qui se trouvent en dehors des dispositifs de soins ne sont pas nécessairement sans soins, s'il existe un tissu associatif suffisamment développé pour les accueillir.

Il y a donc une fonction thérapeutique des institutions non-thérapeutiques. C'est pourquoi la politique de santé mentale doit être pensée non seulement dans le cadre de la santé publique, mais surtout dans le cadre des politiques sociales.

Si l'Etat est concerné par le champ de la santé mentale, ce n'est pas seulement à titre d'organisateur d'un marché médico-psychologique, ni de redistributeur de ressources de santé sous forme de droits-créances assurant l'accès aux soins médico-psychologiques. C'est aussi en tant qu'*instituant d'un contexte socio-sanitaire non réductible à l'appariement d'une offre et d'une demande*. Telle est à notre sens la nouvelle signification du service public de la santé dans les sociétés post-industrielles. Cette définition n'efface point la définition du service public d'Etat providence construite par la planification hospitalière après la seconde guerre mondiale, mais la complète d'une nouvelle strate d'exigences pour l'action publique.

L'action publique doit veiller d'une part à la justification éthique et politique des dispositifs institutionnels déployés en santé mentale. Les exigences de non-discrimination, d'insertion dans le territoire, de respect des usagers font partie des missions publiques que ces institutions doivent remplir. Elle doit veiller aussi aux effets des dispositifs institutionnels dans le champ social au sens large. C'est pourquoi elle doit développer des observatoires et ouvrir des espaces de délibération sur les pratiques qu'elle soutient et encourage. Pour cela, le fonctionnaire doit se muer en médiateur entre "shareholders" et "stakeholders".

2.3. Vers une régulation de réseau

Depuis une quinzaine d'années, le modèle organisationnel proposé en santé mentale est le modèle du *réseau*. La notion de réseau ne date pas d'aujourd'hui dans le champ de la santé mentale. Dès la naissance du secteur de l'ambulatoire, les professionnels de la santé mentale ont été les Monsieur Jourdain du réseau: ils en faisaient sans le savoir. Désormais, à la faveur des évolutions des modèles sociologiques, des référents philosophiques et de la sémantique de l'action publique, le terme de "réseau" s'est imposé comme un mot-valise faisant consensus. Mais en réalité, il fait l'objet d'un conflit à la fois social, institutionnel, politique, thérapeutique. En simplifiant une discussion extrêmement confuse, nous pouvons ici distinguer deux notions de réseau qui sont

aujourd'hui en conflit (1 et 2). Seule la première d'entre elles nous semble cohérente avec la conception des soins que nous avons développée dans la première partie de ce texte. Il est important de constater qu'après une première formulation (en 1997¹⁴⁶), le CNEH aujourd'hui semble lui aussi s'acheminer vers ce type de conception¹⁴⁷. Cette conception du réseau appelle, à nos yeux, une nouvelle philosophie de l'action publique (3).

2.3.1. Première acception: le réseau comme pratique de l'hétérogénéité sociale

Entendue en un premier sens, la notion de réseau renvoie à une pratique d'intervention qui ne cherche jamais à se clôturer dans un langage et des institutions homogènes. Un réseau est alors à la fois un modèle de coordination du travail divisé, de constitution du savoir, de définition des situations et de construction des trajectoires

Il s'agit d'abord d'un modèle de *coordination des tâches*. En tant que telle, une organisation en réseau s'oppose à une organisation centralisée, intégrée dans un plan géré par un centre. Une organisation asilaire du XIX^{ème} siècle, par exemple, un hôpital général au XX^{ème} siècle, constituent des exemples d'organisations centralisées. Dans ce cas, une planification (ou encore, une programmation) des tâches et des séquences d'exécution peut être envisagée *ex ante*. Le réseau échappe par principe à une telle pré-programmation.

Il s'agit, ensuite, d'un mode de *constitution du savoir*. Le modèle d'organisation hiérarchique suppose, en corollaire, une hiérarchie des savoirs. Dans le modèle non-réticulaire de la santé mentale, le savoir médical est placé au centre des procédures de validation des connaissances relatives aux patients. Aujourd'hui au contraire, nous nous trouvons face à un polycentrisme et un perspectivisme obligés. Il importe de prendre en compte le décalage croissant entre clinique et nosologie. La clinique,

¹⁴⁶ Avis (deuxième partie) du groupe de travail permanent "psychiatrie" du CNEH concernant l'organisation et le développement futurs des soins de santé mentale, 12 juin 1997.

¹⁴⁷ Avis du groupe de travail permanent "psychiatrie" du CNEH concernant la spécificité et le développement des circuits de soins et réseaux dans le domaine des soins de santé mentale et le rôle facilitateur des plate-formes dans ce processus, 14 novembre 2002.

liée à la singularité de la rencontre, est de moins en moins gouvernée par une nosologie rigide. Même une démarche qui maintient une référence systématique à des structures, comme la psychanalyse d'inspiration lacanienne, ne lie pas systématiquement sa clinique à celles-ci. Si la clinique a un sens, c'est de permettre la décomplétion des savoirs et la prise en compte de la singularité des sujets, des contextes. Le réseau est la forme de coordination la mieux ajustée à cette démarche.

Troisièmement, il s'agit d'un mode de *traitement de la situation-problème*. Du point de vue du mode classique de constitution du savoir et du pouvoir médicaux, la situation-problème qui se présente est un *cas*. Le cas est ce qui tombe dans des catégories prédonnées. Dans un réseau au contraire, toute situation est singulière et faite elle-même de connexions avec d'autres situations. Pour être identifiable et traitable dans le réseau, elle doit être verbalisée, et des connexions doivent être construites. Cela amène à des exigences renouvelées de délibération et d'implication des personnes concernées.

Enfin, le réseau implique, du point de vue des personnes concernées, une *entrée dans une trajectoire* qui se veut le contraire du "placement" en institution caractéristique de l'ordre asilaire. Cela ne signifie pas seulement que la personne doit "bouger" au lieu d'être fixée. L'essentiel tient au mode de constitution de la trajectoire. Dans cette première acception de la notion de réseau, la position des personnes dans le réseau est déterminée de façon autoréflexive et délibérative. Autoréflexive parce que loin d'être fixée *a priori*, les caractéristiques des personnes sont potentiellement mises en question à chaque moment de la trajectoire, dans un langage dont le lexique est révisable et échappe à tout cadre disciplinaire. Délibérative, parce que les positions des personnes ne relèvent pas d'un acte unilatéral, ni de la personne concernée, ni d'un quelconque intervenant, mais sont négociées dans les lieux appropriés. Bref, le réseau est une ressource pour la personne, et non un système d'identification. De ce point de vue, c'est la notion de *carrière* des malades qui devient pertinente pour l'analyse des politiques publiques¹⁴⁸.

¹⁴⁸ Cette notion a été élaborée par Lydwin Verhaegen notamment. Cfr. Verhaegen, L. (1985), 'Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques', *Sociologie et sociétés*, XVII, 1, p. 51-60

2.3.2. *Deuxième acception: le réseau comme pratique de l'homogénéité sanitaire*

Par souci de clarification, nous pouvons distinguer de cette première acception du réseau une seconde acception, plus restrictive. Celle-ci se rapproche plutôt de la notion de système autorégulé. Cette notion, dont le théoricien le plus important fut Niklas Luhman¹⁴⁹, est fondé sur la dualité système/environnement. D'un côté, même s'il est "cognitive-ment ouvert", le système est normativement fermé car il se constitue par une réduction de ses éléments à des prédicats homogènes constitutifs d'un "secteur" de la vie sociale. Tout élément qui entre dans un réseau ainsi entendu doit être décrit dans le langage qui fixe *a priori* les limites du système. D'un autre côté, l'environnement du système est supposé divers, inorganisé, fournissant des informations disparates qui ne peuvent être mises en ordre, classées et synthétisées que par les opérations cognitives internes au système.

Il nous semble qu'il est possible de concevoir des "circuits" de soin en santé mentale qui correspondent à cette seconde définition théorique générale du réseau. Supposons qu'on définisse le réseau comme un ensemble coordonné d'institutions fonctionnellement homogènes (hôpital psychiatrique, hôpital général et services de santé mentale), distinguées d'un environnement social, économique, culturel, dont on pose que les logiques échappent par principe à la logique des institutions mises en réseau. Dans ce cas, les circuits ne partagent plus avec la première acception que la première caractéristique (absence de "Command-and-Control"). En revanche, ils se distinguent nettement sur les autres caractéristiques. D'abord, ils limitent fortement les possibilités de constitution du savoir légitime en fixant un cadre restrictif d'interprétation des situations autour d'une sémantique supposée claire séparant le sanitaire du social, du travail, des valeurs culturelles etc. En second lieu, les situations-problèmes sont censées rentrer dans des nomenclatures fixées *a priori*, et formulées dans le langage officiel du circuit (il s'agit par exemple de catégories nosographiques de type D.S.M.). Enfin, les personnes sont identifiées, dans le réseau comme des porteurs de caractéristiques stables. L'outil conceptuel d'organisation du réseau devient donc déterminant des individus qui y rentrent et des connexions qu'ils peuvent établir, alors que dans la première acception,

¹⁴⁹ Luhmann, N. (1995), *Social systems*, Stanford, Calif., Stanford University Press,

c'est l'individu et sa situation qui déterminent, de manière réflexive et délibérée, le mode d'organisation du réseau. La promotion du concept de réseau ne conduirait pas alors à une transformation du rapport à l'environnement; il ne s'agirait que de répéter la clôture du secteur propre à l'hospitalocentrisme tout en incluant l'ambulatoire et en décentralisant le pouvoir de décision.

2.3.3. *Les nouvelles tâches de l'action publique*

Il nous semble que la notion de réseau ne renouvellera les questions de santé mentale que si elle propose des connexions entre éléments hétérogènes et subvertit, de ce fait, la distinction entre système et environnement. Il nous faut donc idéalement concevoir un modèle d'action publique qui réponde à la première acception du terme de réseau. Sans prétendre du tout épuiser le sujet, il nous semble que quatre tâches nouvelles s'imposeraient à l'action publique en santé mentale si elle prenait conscience de cet enjeu.

2.3.3.1. *Veiller à l'égalité des partenaires*

Dans un système hiérarchisé, la coordination est verticale; des formes de subordination des personnes et des savoirs qu'elles véhiculent sont parfaitement rationnelles. En revanche, un des obstacles principaux à la bonne coordination en réseau est le sentiment qu'y développent certains intervenants d'être instrumentalisés par d'autres. Ce sentiment engendre de la rétention d'informations, des limites à la coopération et une lutte permanente, sourde et ruineuse. S'ils prennent en compte cette exigence de la vie en réseau, les pouvoirs publics doivent être particulièrement attentifs à ne pas encourager, statutairement, de telles subordinations qui peuvent se faire jour à différents niveaux: (a) celui des acteurs, (b) celui des institutions, (c) celui des rapports entre les institutions de la santé mentale et leur environnement

- (a) Au niveau des acteurs, on doit aujourd'hui s'inquiéter de l'absence de prise en compte sérieuse, par les pouvoirs publics, de la question du statut du psychologue clinicien. Trop souvent, dans le contexte hospitalier, le psychologue est traité comme un outil ou un adjuvant du pouvoir médical, comme s'il ne s'agissait que d'un complément

de travail périphérique aux soins primaires¹⁵⁰. Entre un modèle médico-centré et un modèle de réseau, il doit désormais être clair que le pouvoir politique doit choisir; il ne peut maintenir les deux références à la fois.

Des problèmes semblables se posent en ce qui concerne la reconnaissance du travail des infirmiers, des assistants sociaux, des éducateurs... La sortie d'un modèle institutionnel dominé exclusivement par le regard médical, la prise en compte du troisième anneau, comme de celle de l'importance des facteurs relationnels ou d'accueil...devraient inciter les pouvoirs publics à une réflexion sérieuse qui prendrait pour thème les implications statutaires de la sortie du modèle médicalo-centré.

- (b) La question de l'égalité se pose bien sûr également au niveau des relations entre partenaires institutionnels du réseau. Là devraient pouvoir être tirées les conséquences de l'éloignement d'un imaginaire hospitalo-centré, comme aussi de la sortie d'un modèle organisationnel basé sur des piliers qui, à partir du modèle hospitalier, chercheraient à couvrir le terrain d'une offre de soins désormais pluralisée. Dans ce cas, la constitution du réseau obéirait autant à des stratégies organisationnelles cherchant, de manière centralisée, à contrôler l'offre de soins et à rendre les patients captifs, plutôt qu'elle ne répondrait à des exigences de coordination et de complémentarité entre institutions hétérogènes. Ainsi, le passage à la logique du réseau doit-il être l'occasion de poursuivre et de conforter le travail de reconnaissance de l'innovation institutionnelle entamé au travers des conventions INAMI.
- (c) Les tentatives d'instrumentalisation peuvent également venir de l'extérieur du champ de la santé mentale. Nous pensons en particulier aux injonctions nouvelles venues du monde judiciaire ou de

¹⁵⁰ On a encore eu une preuve de l'incompréhension de cet enjeu dans le "projet de loi réglementant l'exercice de la psychologie clinique" déposé par la Ministre de la Santé publique le 20 novembre 2001 (modifiant l'Arrêté royal 78 du 10 novembre 1967 sur l'art de guérir) sur la table du Conseil des Ministres. Dans ce texte, le psychologue était subordonné au médecin, sur le modèle des kinésithérapeutes, pour l'exécution de missions qui relèvent des "troubles psychiques" liés à une affection somatique ou psychopathologique. De tels textes rendent presque impossible la coordination d'un réseau. De telles dispositions n'ont de pertinence que dans le monde pyramidal qu'on est précisément en train de quitter.

l'enseignement. La *connexion* avec ces secteurs externes n'est pas ici ce qui est en question. En revanche, la *subordination* est vécue comme un déni de l'autonomie professionnelle des praticiens de la santé mentale qui vide leurs pratiques de leur sens.

- (d) Enfin, il convient d'être plus que jamais attentif à la question de la parole des usagers et de leur entourage. Depuis une dizaine d'années, la question de "l'usager" est placée au centre des discours politiques sur la santé mentale, donnant une vie nouvelle à la notion de citoyenneté. On ne peut que se réjouir de cette volonté d'associer à leur traitement les personnes concernées. On doit cependant rester extrêmement attentif à la sémantique qui justifie cette participation et aux formes institutionnelles qui lui donnent son effectivité. La participation n'a rien en effet de naturel et de spontané et certaines voies qui paraissent la favoriser restreignent, en réalité, son efficacité. En particulier, certaines réserves s'imposent à l'égard de deux formules de participation qui tendent, aujourd'hui, à s'imposer.

Un premier courant réformateur a pour visée de susciter des "associations d'usagers". Il ne peut être que favorisé. Cependant, il cherche parfois à s'appuyer sur la réduction de la problématique de la santé mentale à "une maladie comme les autres", ce qui peut être entendu comme une maladie ou un handicap dont la réalité serait épuisée par la catégorie nosographique qui les désigne. Ce type de représentation des usagers se réalise alors au croisement d'un double mouvement: une part, on prélève une catégorie dans le discours du premier ou du deuxième anneaux (autisme, schizophrénie...); d'autre part, on fait fonctionner cette catégorie comme un point d'identification pour le patient et son entourage, permettant ainsi de faire lien social et politique (parents d'autiste, groupes de schizophrènes...). Ce double mouvement se justifie d'une volonté de banalisation de la maladie mentale et de la volonté d'organiser un support associatif aux soins, au-delà de la soumission au savoir expert.

Ce cadrage peut s'avérer contre-productif. Il pousse les personnes à une identification au symptôme socialement "validé" et, de ce fait, rend problématiques les déplacements, révisions et recontextualisations que pourraient produire les soins. Transformer une identité ravalée en une identité fière n'a jamais été la voie d'une authentique déstigmatisation. Loin de permettre la construction d'une authentique politique de santé

mentale, on réduit ainsi la question publique à celle de la reconnaissance de catégories de malades, éventuellement dotées de droits spécifiques.

En ce dernier point, la première dérive rencontre la seconde: la tentation de juridiciser à outrance l'intervention des usagers. Les "droits du patient" sont devenus à cet égard une panacée trop facile, qui élude certaines questions plutôt qu'elle ne les résout. Il faut évidemment asseoir un cadre contraignant garantissant le respect de droits élémentaires. Mais il convient aussi de se méfier de deux effets bien connus du discours juridique. Le premier effet est l'introduction, dans l'interaction thérapeutique, d'une sémantique individualiste. Dans ce cas, le "droit du patient" est vécu comme la zone de souveraineté, opposable à un Tiers, d'un individu qui n'a de compte à rendre qu'à lui-même. Entendu en ce sens, le droit n'est pas un support mais un obstacle au dialogue. Une interaction thérapeutique qui commence ainsi débute sous les auspices les moins favorables à sa fertilité. Le deuxième effet du discours juridique est la réduction de la communication à la transmission d'informations. Ainsi, par exemple, le droit croit favoriser l'implication du patient en lui permettant l'accès à son propre dossier médical. Il est certainement vrai qu'en principe, "tout" peut être dit et communiqué au patient. Mais il ne va pas de soi que "tout" doive être dit, ni que "tout" puisse être dit n'importe comment et n'importe quand. Dans ce cas, le droit à l'information peut devenir un obstacle à l'entrée dans le champ de la parole.

2.3.3.2. *Offrir des ressources de transaction et de délibération*

Une organisation en réseau implique que chacun des interacteurs, individuels ou collectifs, a accès à tous les autres sans médiation hiérarchique par un tiers "représentatif". Cette organisation accroît la diffusion des informations, permet de singulariser les traitements des situations, agrandit le champ des options de travail, mais entraîne simultanément une augmentation des *coûts de transaction*. Ces coûts, exprimables en temps et en argent, doivent être couverts par l'instance régulatrice qui prend en charge le bon fonctionnement global du réseau, c'est-à-dire par l'Etat. Dans le cadre des systèmes *actuels* de financement, il est essentiel d'introduire les réunions de coordination dans les nomenclatures d'actes médicaux. Il est également essentiel de défrayer les psychologues et autres professionnels, selon des modalités adaptées, pour

leurs multiples contacts de coordination. A moyen terme, une réflexion fondamentale devrait s'engager sur les instruments de financement et leur contrôle. Dans bien des cas, on peut considérer que le paiement "à l'acte" est une fiction sans grande pertinence. Quant au concept de "lit", il représente une survivance de l'hospitalocentrisme peu compatible avec le nouveau mode d'organisation de la santé mentale. La vérité est que l'organisation en réseau appelle de nouveaux instruments de mesure, comme le soulignait la "note" de politique des Ministres de la Santé et des affaires sociales¹⁵¹. En attendant leur apparition, il convient de ne plus traiter qu'avec beaucoup de prudence les anciens instruments.

2.3.3.3. *Garantir des principes éthiques fondamentaux permettant la coopération des partenaires*

Comme nous y avons insisté, un réseau n'exclut pas, mais au contraire, implique une pluralité des savoirs de référence. Une telle hétérogénéité ne doit donc pas être découragée par les pouvoirs publics. En revanche, il importe que ceux-ci favorisent la formation d'un consensus sur les principes éthiques et déontologiques minimaux qui doivent être respectés au sein d'un réseau. Depuis quelques années, les milieux psychiatriques organisent lesdites "conférences de consensus" supposées dégager des accords minimaux en matière de diagnostic et de traitement des maladies mentales. Nous pensons qu'un autre type de conférence de consensus s'impose de manière urgente, portant non sur les recoupements éventuels des connaissances et des langages épistémologiques qui les formulent, mais sur les normes et les principes éthiques d'une coopération entre professionnels et avec les usagers dans le champ de la santé mentale.

2.3.3.4. *Développer des sémantiques émancipatrices*

Comme l'a montré Jean-Daniel Reynaud¹⁵², aucune régulation autonome ne peut exister sans une régulation de contrôle. Si le réseau appelle à une coordination autorégulée, il n'en reste pas moins qu'une

¹⁵¹ Cfr. Alvoet, Magda en collaboration avec Vandenbroucke, Frank (2001), *op. cit.*, p. 13

¹⁵² Reynaud, J.-D. (1989), *Les règles du jeu: l'action collective et la régulation sociale*, Paris, A. Colin,

place essentielle doit être dévolue à une instance de contrôle lointaine et surplombante, en l'occurrence l'Etat. Cependant, il est vrai que le réseau ne peut fonctionner si cette instance de régulation n'a pas une vision claire des mutations qu'elle doit imposer à des modes de contrôle bureaucratiques et formalistes qui sont, en tant que tels dysfonctionnels au sein d'un réseau. La régulation de contrôle ne peut fonctionner par injonctions; elle doit donc veiller à encadrer et fixer des principes de coordination, à encourager la communication et à orienter les décisions autonomes en diffusant une sémantique du bien commun. C'est pourquoi *il devient urgent de s'interroger sur les sémantiques qui sont diffusées par l'Etat* au travers notamment de son discours public sur les politiques sociales, de ses référents cognitifs en matière de calcul des coûts, de ses exigences de résultats.

A cet égard, on ne peut qu'être frappé du fossé qui se creuse entre un imaginaire objectivant des pratiques de santé mentale d'une part, les pratiques subjectivantes du champ psychothérapeutique et les pratiques institutionnelles que nous décrivons en première partie de ce texte d'autre part. L'usage du DSM, né d'une fraction du champ psychiatrique américain, cristallise cet enjeu¹⁵³. Il se propose aujourd'hui comme instrument cognitif de simplification de la santé mentale et à ce titre, séduit une administration peu encline à se détacher d'une conception de la nomenclature datant de l'Etat providence. Si par cette adoption, elle en venait à complètement se couper de la culture du champ professionnel par souci d'objectivation à finalité administrative et budgétaire, l'action publique ne faillirait pas seulement, comme nous le disions plus haut, au principe de pluralisme qui doit orienter son intervention. Elle tuerait aussi la dynamique du champ en privant la régulation autonome de son langage, de ses repères et, donc, de sa fertilité.

En outre, on doit mettre en garde contre la montée en puissance d'une sémantique éducative dans le champ de la santé mentale. Les exigences d'adaptation prennent alors le pas sur celles de l'autonomie; la mesure

¹⁵³ Sur l'histoire du DSM, cfr. la monographie très éclairante: Kirk, S.A. et Kutchins, H. (1998), *Aimez-vous le DSM?: le triomphe de la psychiatrie américaine*, Le Plessis-Robinson, France, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance. Pour un commentaire, Martens, F. (2002), 'Comment être fou dans les règles?', *La Revue nouvelle*, 115, 2, p. 44-49

des performances comportementales prend le pas sur celle de la perception subjective de la santé; les parcours d'insertion se transforment en course d'obstacle programmée comme une sorte d'enseignement spécial en milieu ouvert. Cette sémantique éducative, elle aussi aisément transposable en instruments cognitifs, est contraire à la longue construction et diffusion, au cours du XXème siècle, d'une clinique de la maladie mentale décentrée des visées adaptatives. Ce gain d'intelligence et d'émancipation qui est le fruit des quarante dernières années de l'évolution du champ doit être préservée par l'action publique comme son bien le plus précieux.

3. Les dispositifs institutionnels

La mutation des principes de l'action publique corrélée aux transformations du champ de la santé mentale appelle un nouvel effort d'imagination institutionnelle. L'action publique doit veiller à réguler le réseau à travers des dispositifs relativement stabilisés, mais ouverts aux exigences de réflexivité que nous avons soulignées.

De multiples conséquences pourraient en effet être tirées des principes généraux que nous avons explicités ci-dessus. Elles concerneraient autant les droits des usagers que les formes multiples d'institutionnalisation de dispositifs thérapeutiques, le financement des projets ou les pratiques d'évaluation. Pour notre part, nous aimerions ici insister sur trois aspects qui nous semblent fondamentaux pour engager, sur tous ces aspects, des politiques publiques qui soient à la hauteur des nouveaux enjeux.

Nous allons d'abord évoquer la question des procédures d'expertise et de délibération des politiques de santé mentale; en second lieu, les questions de coordination entre ambulatoire et hospitalier; enfin, la question de la formation continue des intervenants en santé mentale, qui pourrait faire l'objet d'une politique communautaire.

3.1. Un savoir critique sur la santé mentale

Un des enjeux majeurs du développement actuel des politiques publiques réside à n'en pas douter dans la constitution du savoir social pertinent. Sur ce plan, les processus d'évaluation (des besoins, des projets,

des réalités) sont politiquement très importants. Ils dépendent d'épistémologies sous-jacentes et de choix sociaux et politiques. C'est pourquoi il ne suffit plus aux pouvoirs publics de constituer un savoir sur le champ; il faut aussi qu'il veille à la portée critique de ce savoir.

Dépasser les attentes d'efficience magiques à l'égard des professionnels de la santé mentale

Un premier problème tient aux attentes d'efficience adressées aux dispositifs de santé mentale. Il n'est en effet pas douteux que se développent aujourd'hui, en situation de grande incertitude sociale, des attentes quasi-magiques à l'égard des professionnels de la santé mentale. Les pouvoirs publics participent largement de ce mouvement en attribuant au psychologue et au psychiatre une responsabilité particulière dans la gestion des risques sociaux. Cela se manifeste notamment lorsqu'au lieu de se contenter d'une obligation de moyens, l'autorité politique leur impose, de manière plus ou moins explicite, une obligation de résultats.

L'origine de ces attentes quasi-magiques doit sans doute être recherchée dans le besoin de sécurité qu'engendre l'incertitude croissante de la vie sociale contemporaine. Dans un monde qui cherche à objectiver tous les risques (de la procréation à la mort, en passant par toutes les situations de l'existence), l'échec de la maîtrise de soi et d'autrui appelle la promotion d'un expert chargé d'objectiver l'inobjectivable - la subjectivité, qui ne se définit que par sa dimension d'imprévisibilité, et donc de liberté. Situé dans la position impossible de la maîtrise de ce qui, par principe, échappe à toutes les maîtrises, le professionnel de la santé mentale jouit et pâtit d'une position impossible où se condensent toutes les impasses du projet de "gestion" de la vie.

Un savoir critique en santé mentale consisterait d'abord en un savoir qui chasserait systématiquement ce type d'attentes magiques à l'égard des professionnels. Au lieu de participer à la construction du mythe de l'efficience totale, le champ de la santé mentale devrait au contraire ouvrir à une conscience de l'échec de tout projet de sécurisation absolue de l'existence. Cela supposerait de la part des pouvoirs publics une vraie attitude d'ouverture à l'égard du champ de la santé mentale: non point une instrumentalisation de plus pour une supposée maîtrise, mais la culture d'un champ qui révèle l'impasse des projets de maîtrise

et à ce titre, par sa seule existence, a une portée immédiatement critique et politique.

L'importance des instruments cognitifs pour la politique publique en santé mentale

Il est bien sûr essentiel que les pouvoirs publics, tous niveaux confondus, développent une connaissance fine et rapide des pratiques de santé mentale. Mais cette constatation de bon sens pose d'emblée le problème des médiations et des instruments de cette connaissance. Dans l'ordre de ce que nous avons appelé le "premier anneau", on a développé le Résumé psychiatrique minimum (R.P.M.). Cet instrument est certes utile à une objectivation de l'activité des services, mais il ne suffit absolument pas à rendre compte des deux autres anneaux constitutifs d'une politique de santé mentale. En aucun cas, les données du R.P.M. ne sont complètes ni ne s'interprètent elles-mêmes. Elles ne constituent qu'une *part* du savoir pertinent. Pour un usage adéquat dans l'évaluation des besoins et la définition des politiques publiques, elles doivent être complétées par des contextualisations cliniques et sociales. Ces dimensions de l'activité du champ ne peuvent passer par ce type d'instrument cognitif. Il faut plutôt penser à des rapports qualitatifs d'activité du secteur, dont la forme ne peut être standardisée. Il faut surtout penser à établir des circuits communicationnels adéquats entre les fonctionnaires et les lieux d'échanges entre professionnels.

La délibération contre l'objectivation

On distingue souvent deux approches à propos de l'évaluation des politiques publiques. La première approche peut être dite technocratique. Elle se développe à partir de l'accumulation de données objectivantes et quantitatives. Celles-ci sont évidemment essentielles. Cependant, une telle approche est toujours susceptible de ressusciter le mythe du savoir positif qui a structuré les politiques de l'Etat protectionnel. De cette façon, il commet une faute épistémologique et politique. Epistémologiquement, il reste en-deçà de la critique du positivisme menée par la philosophie et la sociologie des sciences de la seconde moitié du XXème siècle. Politiquement, il conforte la domination sociale de l'appareil gestionnaire sur un champ dont la logique interne doit échapper à la logique de la gestion. C'est pourquoi on doit opposer à l'approche technocratique une approche démocratique et délibérative de l'évaluation. Celle-ci serait avant tout basée sur les savoirs générés

par le réseau des professionnels et de ses usagers, selon des méthodes non pas imposées de l'extérieur mais discutées avec les intervenants et avant tout orientées vers l'enrichissement de débats publics.

Face à la complexité croissante du champ, les pouvoirs publics sont aujourd'hui amenés à créer de nouveaux dispositifs de connaissance. Ceux-ci prennent le plus souvent la forme d'observatoires. Un projet d'Institut wallon pour la Santé mentale a ainsi récemment été inauguré (le 10 octobre 2002). Il importe donc que ce type de dispositif réponde aux trois critères que nous venons de souligner: un souci de ne point instrumentaliser le champ de la santé mentale en veillant à la diffusion d'un savoir critique et non gestionnaire sur la santé mentale; le développement d'instruments cognitifs qualitatifs et contextualisés à côté des classiques instruments quantitatifs de l'épidémiologie; le soutien à la délibération en incluant tous les acteurs du champ¹⁵⁴.

3.2. *Les procédures de coordination des politiques de santé mentale*

Il existe aujourd'hui un accord général sur l'idée d'une intégration plus grande du secteur hospitalier et du secteur ambulatoire de la santé mentale. Cette intégration se justifie pour différentes raisons. La première d'entre elles est la politique de déshospitalisation (reconversion des lits) qui oblige à structurer un milieu ouvert de prévention, de protection et de soin. L'idéal est désormais la constitution d'un continuum d'institutions territorialisées qui dispensent à la carte une variété de services, de soins, de possibilités d'insertion. À terme, la distinction entre ambulatoire et hospitalier deviendra inopérante car les services et soins intermédiaires entre les deux modèles représenteront la majorité des accompagnements.

À ce jour, cette intégration est cependant loin d'être acquise. À l'analyse, le clivage hospitalier/ambulatoire correspond à au moins trois

¹⁵⁴ Notons à cet égard que le nouvel Institut Wallon pour la Santé Mentale rassemble sept catégories de membres fondateurs: les structures hospitalières; les structures intermédiaires; les structures ambulatoires; les plates-formes de concertation régionales; les familles et usagers; les structures psycho-médico-sociales et les intervenants de première ligne; la Ligue Wallonne pour la Santé Mentale.

logiques de structuration étrangères l'une à l'autre, mais empilées et mêlées inextricablement.

D'abord, le clivage hospitalier/ambulatoire a correspondu à une certaine époque de la santé mentale, organisé autour d'une opposition assez nette entre psychiatrie et psychopathologie, même si, dès le départ, ce clivage n'allait pas sans tolérer une zone de mixité importante, surtout prise en charge par les psychiatres libéraux. Le secteur *hospitalier* s'est constitué autour du référentiel médical positiviste tel qu'il s'est imposé dans l'histoire de la psychiatrie à partir de la fin du XIX^e siècle. À bien des égards, au sein de l'hôpital asilaire, ce référentiel a pris la place du "traitement moral" qui était, chez Pinel, à l'origine de l'institution asilaire. Le secteur *ambulatoire* a été développé, pour l'essentiel, après 1975. Il s'est ancré dans des référentiels cognitifs extrêmement différents du référentiel médical et, sous un certain angle, hostiles à lui. Les trois sources d'inspiration furent le comportementalisme, la systémique et la psychanalyse. À cette différenciation des pratiques thérapeutiques, a correspondu une différenciation des professions: pris dans le champ de la santé mentale structuré à partir de la psychiatrie, le métier de psychologue n'a pu affirmer sa distinction et conquérir droit de cité à la fin du XX^e siècle qu'en accentuant ce clivage cognitif et pratique.

Aujourd'hui, on observe une situation contradictoire: d'un côté, ce clivage continue d'être structurant des pratiques, des idéologies et des identités professionnelles; d'un autre côté, il perd d'une bonne part de sa pertinence. L'action publique qui vise à réunifier le champ de la santé mentale autour de pratiques de réseau se heurte à cette difficulté interne au champ. Il importe de noter qu'elle n'est cependant pas neutre dans cette structuration, et qu'elle contribue elle-même à maintenir le clivage en le surdéterminant de deux manières.

3.2.1. *La surdétermination du clivage hospitalier/ambulatoire*

Deux logiques directement politiques viennent en effet surdéterminer le clivage hospitalier/ambulatoire qui structure la santé mentale: un clivage historique qui correspond à des cultures d'action publique différentes; un clivage institutionnel qui renvoie à l'organisation de l'État.

Le clivage n'est donc pas seulement endogène; il est aussi exogène, et dans ce cas relève directement d'une logique étatique.

Au plan historique, le développement du secteur hospitalier et du secteur ambulatoire de la santé mentale ont correspondu à deux dynamiques assez différentes. Le secteur hospitalier a été un produit de la structuration de l'Etat providence dans sa phase ascendante, entre 1945 et 1965. Quoiqu'il soit né bien avant les années 1960, le secteur ambulatoire n'a cependant pris de l'importance qu'à partir de l'Arrêté royal de mars 1975 créant les services de santé mentale. Dès ce moment, le développement du secteur ambulatoire a pâti de la crise de l'Etat providence et a accompagné la redéfinition de la question sociale que nous soulignons en introduction de ce rapport. La logique de structuration du secteur hospitalier fut une logique de planification concertée et d'investissement de moyens sur une base programmée. Elle a été fortement liée à une représentation de la relation thérapeutique en termes d'appariement d'offre et de demande (ou, en termes planificateurs, de services et de besoins). La logique de structuration du secteur ambulatoire fut plutôt articulée sur le concept de projet, impliquant des appels d'offres plutôt que des programmes. Alors que les bases de structuration du secteur hospitalier sont d'ordre national, celles du secteur ambulatoire sont d'ordre "territorial". Même une institution typique comme l'INAMI témoigne de l'existence de ce double paradigme de l'action publique: ses nomenclatures renvoient à la première forme d'action publique, tandis que lesdites "conventions INAMI"¹⁵⁵, surtout développées dans la partie francophone du pays, réfèrent à la seconde logique.

A ces différences culturelles, se lient des différences institutionnelles. Elles concernent les compétences des pouvoirs publics. Depuis la réforme de l'Etat de 1980, une distinction a été établie entre les compétences fédérales et les compétences communautaires en matière de soins de santé. Les compétences fédérales incluent la législation organique, le financement de l'exploitation des institutions de soin, l'assurance obligatoire soins de santé (branche de la sécurité sociale), la fixation des règles de base relatives à la programmation, le financement de

¹⁵⁵ Techniquement, il s'agit de conventions conclues dans le cadre du secteur de la rééducation fonctionnelle dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en Belgique.

l'infrastructure (en ce compris l'appareillage médical lourd), la détermination des conditions et de la désignation comme hôpital universitaire. Aux pouvoirs communautaires, reviennent les matières culturelles et personnalisables: la politique de dispensation des soins dans et en-dehors des institutions de soins (à l'exception de ce qui relève de la compétence fédérale) et la politique de promotion à la santé, de médecine préventive à l'exception des mesures prophylactiques nationales.

A la lecture de cette liste de compétences, on devine que le pouvoir dominant, mais non exclusif, dans le domaine hospitalier est le pouvoir fédéral; et que le pouvoir dominant, mais non exclusif, dans le secteur ambulatoire est le pouvoir communautaire. Comme si cette complexité n'était pas suffisante, il faut en outre ajouter que depuis la réforme de 1994, les compétences communautaires sont exercées en région wallonne par le pouvoir régional, et à Bruxelles par les commissions communautaires française et flamande.

3.2.2. *Comment favoriser la coordination entre ambulatoire et hospitalier?*

La question de la collaboration entre secteur hospitalier et ambulatoire ne peut donc être réduite à une pure question de gestion de la santé. Elle se présente comme une question surdéterminée par des logiques qui, largement, échappent à des logiques de santé mentale. Nous pouvons distinguer deux modèles de coordination hospitalier/ambulatoire dans le champ de la santé mentale.

Historiquement, nous pouvons identifier les pratiques de *piliers* (*verzuieling*) comme un premier modèle de coordination entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire. Le monde catholique, en particulier, a développé une pratique de réseau permettant une vraie coordination entre institutions hospitalières et ambulatoires. Dans ce cas, la pilierisation permettait la mobilité des professionnels, les liaisons institutionnelles et le développement de complémentarités. A côté du monde catholique, une mouvance dite "laïque" s'est constituée en miroir et a pris progressivement de l'extension. La base de ce type de réseau réside dans un sentiment d'appartenance socio-culturelle puissant, consolidé par de multiples contraintes institutionnelles. Si ce sentiment d'appartenance continuait d'exister aujourd'hui, nous pourrions penser que les formes de pilierisation structurantes de la société belge pourraient, une

fois de plus, être mobilisées pour rencontrer les *nouvelles exigences* d'intégration du secteur hospitalier et du secteur ambulatoire en santé mentale. Cependant, de nombreux indices laissent penser que cette source d'intégration est désormais tarie. Trois points méritent d'être notés. D'abord, la perception d'une identité socio-culturelle forte et distincte s'est affaiblie, au point de totalement disparaître dans certains secteurs du champ de la santé. Ensuite, les impératifs de maîtrise des coûts ne permettent plus de penser qu'il est avantageux de développer plusieurs réseaux de soins complets en parallèle. Dans le domaine de la santé comme dans celui de l'enseignement, il est essentiel de développer des complémentarités entre piliers. Enfin, les logiques de structuration du champ se sont autonomisées et reconstituées autour de référentiels politiques et scientifiques détachés des référentiels culturels propres aux "piliers". Pour des professionnels de la santé mentale, il est plus important désormais de se situer sur la carte des "trois anneaux" dont nous parlions ci-dessus que sur celle des piliers de la société belge.

C'est pourquoi il devient impératif de donner poids et consistance à un autre système d'intégration entre monde hospitalier et monde ambulatoire. Faute de base socio-culturelle, l'intégration doit désormais s'appuyer sur des logiques de territorialisation. En un certain sens, le système des soins de santé belge rejoindrait la logique de la sectorisation qui a été mise en œuvre en France à partir des années 1960. Dans ce cas, il s'agit d'identifier une portion de la population (aujourd'hui, 70 000 habitants) et de lui assurer une infrastructure de bon niveau en santé mentale¹⁵⁶. Jusqu'aux années 1990, cette logique n'a pu être développée en Belgique en raison de l'existence des piliers qui induisaient, on vient de le dire, une autre forme d'intégration. Mais à présent, c'est elle qui nous semble devoir s'imposer pour structurer le nouveau champ de la santé mentale.

¹⁵⁶ La politique du "secteur" en France, déjà vieille d'une quarantaine d'années, connaît aujourd'hui un moment de redéfinition important. Depuis la circulaire de 1990, nous assistons à une tendance à l'abandon de l'hospitalocentrisme du secteur et à la valorisation d'une forme-réseau dont témoigne le rapport Piel-Roelandt de 2001. Cfr. à ce sujet Golse Anne et Plichart Philippe, 'Les transformations de la psychiatrie' in **Golse, A., Boulenger, B., Duquesnes, G., Golse, A., Kessar, G. et Plichart, P.** (2002), 'Transformation de la psychiatrie et pratique des psychologues', Caen, Laboratoire d'analyse socio-anthropologique du risque (LASAR)

3.2.3. Vers une politique des territoires?

Dans de nombreux domaines (école, sécurité...) l'évolution récente des politiques publiques laisse apparaître une tendance forte à la territorialisation des interventions. On ne doit cependant pas sous-estimer ses dangers, spécialement les risques de stigmatisation ou encore d'affaiblissement des exigences d'universalité des droits que portait l'Etat social, même si, pour de nombreux professionnels de la santé mentale, cette territorialisation constitue un atout et apparaît comme un des compléments nécessaires d'une réorganisation réticulaire des politiques de santé mentale.

Tout d'abord, la territorialisation ne peut être l'occasion de produire des disparités d'accès aux soins. Parce qu'elle rompt avec certaines logiques propres à l'Etat social, la territorialisation des politiques se doit d'en préserver les acquis essentiels et, dès lors, s'accompagner d'une réflexion sur la cohérence de réseaux de soins minimaux, accessibles à tous.

Ensuite, il importe, comme l'a rappelé le CNEH¹⁵⁷, que les découpages territoriaux obéissent aux logiques de soins et ne se calquent pas sur des découpages qui leurs sont hétérogènes. Ainsi, l'imposition d'un découpage par province des plates-formes de concertation, non seulement va à l'encontre de la manière dont la territorialisation s'était en quelque sorte auto-organisée à ce niveau, mais elle laisse penser que les politiques publiques voient dans le territoire avant tout un nouvel arrière-plan administratif et bureaucratique, bien plutôt qu'une ressource nouvelle pour une politique de soins repensée. Pensé comme ressource et non pas comme carcan administratif, le concept de territoire doit bénéficier d'une souplesse qui permettrait aux territoires de se recouvrir au moins partiellement et de faire droit à la mobilité des patients.

Enfin, contre la tendance à l'extra-territorialisation qui a marqué les phases asilaires et hospitalières, la territorialisation devrait être l'occasion de réfléchir bien davantage l'ancrage des institutions de la santé

¹⁵⁷ Cfr. l'"Avis concernant la spécificité et le développement des circuits de soins et réseaux dans le domaine des Soins de santé mentale et le rôle de facilitateur des plates-formes de concertation dans ce processus", Groupe de travail permanent "psychiatrie", 14 novembre 2002

mentale sur les ressources offertes par les milieux de vie et de repenser sur de nouveaux frais la question de dedans et du dehors du champ de la santé mentale. Bref, la territorialisation devrait faciliter la voie de politiques plus réceptives au troisième anneau de la santé mentale.

3.3. *Le projet des plates-formes de concertation*

C'est dans ce cadre que nous pouvons donner sens au projet de développement d'un nouveau type d'institution: la *plate-forme de concertation en santé mentale*. Ces institutions ont été créées par le Ministre Busquin en 1990¹⁵⁸. Elles sont mises à l'honneur par la "Note de politique relative aux soins en santé mentale"¹⁵⁹ des Ministres Aelvoet et Vandenbroucke. Elles constituent un élément nouveau dans le paysage de la santé publique. Par principe, elles échappent au clivage entre hospitalier et ambulatoire. Elles ont une base territoriale et induisent une forme de participation des professionnels.

De telles institutions ne peuvent devenir effectives et remplir la mission qui lui est dévolue si elles ne disposent pas des moyens politiques, financiers et intellectuels nécessaires. Nous plaçons donc pour un renforcement significatif de ces moyens.

Au plan de la composition d'abord, les objectifs initiaux de permettre la rencontre, au sein des plates-formes, de partenaires internes et externes au champ de la psychiatrie et de la psychologie devrait être plus strictement et systématiquement poursuivi. En suivant la suggestion d'un rapport français récent¹⁶⁰, nous pouvons distinguer, outre les usagers et leurs familles, trois groupes d'intervenants:

- les intervenants de première ligne auprès de publics en difficulté psychique ou atteints de troubles mentaux: travailleurs médico-sociaux, enseignants, associations de bénévoles dans ce domaine,

¹⁵⁸ Arrêtés royaux du 10 juillet 1990 n° 1858, 1859, 1860, 1863 et 1869.

¹⁵⁹ Aelvoet, Magda en collaboration avec Vandenbroucke, Frank (2001), Note de politique relative aux soins de santé mentale. La psychè: le cadet de mes soucis?, publication du Ministère de la Santé publique, de la protection de la consommation et de l'environnement.

¹⁶⁰ Rapport du groupe de travail de la Direction générale de la santé du Ministère français de l'emploi et de la solidarité relatif à "l'évolution des métiers en santé mentale: recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé", avril 2002.

professionnels CPAS, professionnels FOREM, missions locales, magistrats...

- les professionnels de soins primaires: médecins généralistes, pédiatres, infirmiers, médecins du travail, pharmaciens, médecins et infirmiers scolaires...
- les intervenants spécialisés en psychiatrie et psychologie: psychiatres et psychologues en institutions spécialisées, psychiatres et psychologues libéraux

Avec les usagers, ces trois groupes devraient être effectivement présents au sein des plates-formes. Cela supposerait qu'un travail de structuration de la représentation de ces différents intervenants soit réalisé au sein des sous-régions correspondant aux différentes plates-formes.

Au plan des moyens ensuite, les plates-formes sont actuellement sous-équipées en matière de secrétariat. Une telle entreprise entraîne une surcharge de coordination (convocation de réunions, rapports...) et d'information (collecte de données régionales) qui ne peut être résorbée par le seul bénévolat des responsables des plates-formes. Il est aussi essentiel de disposer de locaux appropriés et fonctionnels pour ce type de mission.

Au plan des missions enfin, les plates-formes de concertation devraient être capables d'organiser au moins une journée par an destinée à toutes les composantes de son territoire. Elles devraient aussi être dotées de moyens d'investigation en vue de prospecter les besoins spécifiques de sa région et de pouvoir jouer le rôle de conseil à l'innovation régionale. Cela suppose en particulier la capacité de financer des études ciblées, éventuellement menées en coordination, en Région wallonne, avec l'Institut Wallon pour la Santé mentale, en Flandre, avec la Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg et, à Bruxelles, avec la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale.

3.4. *La formation continue des intervenants en santé mentale*

Les nouvelles formes d'organisation du champ de la santé mentale engendrent un besoin nouveau de formation des multiples intervenants. Si on prend au sérieux les diverses orientations que nous proposons dans ce texte (approche non-réductionniste de la santé mentale,

soutien au pluralisme, démarche de construction réflexive et délibérative des situations-problèmes), il va de soi que les compétences des intervenants doivent être sans cesse améliorées. On peut d'ailleurs constater que ce champ est un des champs de l'action sociale où la demande spontanée de formation continue est remarquablement élevée. Elle se marque notamment dans un grand nombre d'initiatives d'enseignements et de colloques en tous genres, avec un taux de participation très élevé des professionnels.

La formation doit s'adresser autant à des professionnels spécialisés en santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers spécialisés...) qu'à des professionnels non-spécialisés, tels les éducateurs ou les assistants sociaux. Un accent particulier devrait être mis sur la formation des infirmiers qui seront appelés, à n'en pas douter, à jouer un rôle de plus en plus grand dans le suivi quotidien des malades vu le processus de déshospitalisation en cours. En outre, pour ces catégories de personnels, la revalorisation du statut est à l'ordre du jour et une validation des efforts de formation continue serait, à cet égard, intéressante pour toutes les parties concernées à ce débat (personnel, employeurs, pouvoirs publics). Cette initiative pourrait faire l'objet de modalités spécifiques de droits-créances (crédits d'heure, crédits formation etc.) qui devraient être négociés dans le cadre des institutions de concertation sociale appropriées. Il faut rappeler que dans le secteur public ou privé, des pans entiers de personnels de santé mentale sont aujourd'hui dépourvus de droits suffisants à la formation librement choisie.



10.660.124

SÉRIE

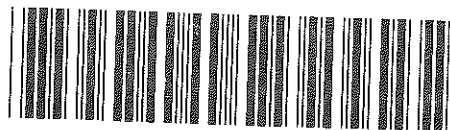
PROBLÈMES ACTUELS CONCERNANT
LA COHÉSION SOCIALE

L'expansion du champ d'intervention des professionnels de la santé mentale, la transformation de ses modes d'organisation et les querelles expertes qui le divisent déconcertent souvent le profane. On pourrait y voir un pas de plus vers la «privatisation des existences». Ce rapport prouve le contraire: l'avenir de l'action publique s'y trouve engagé et une nouvelle grammaire de la citoyenneté émerge de ces recompositions. Cet ouvrage dévoile le rapport étroit qu'ont toujours entretenu en démocratie citoyenneté et santé mentale. Il en restitue la genèse historique en montrant les rapports entre santé mentale, sécurité et politique sociale. Il analyse en détail les difficultés et les promesses de la grande transformation contemporaine de la santé mentale, dans les institutions psychiatriques et même dans les entreprises. Réseaux, circuits de soins, déshospitalisation, éthique du sujet, territoire, institution... Les concepts-clefs du champ sont mis en perspective, une ligne politique se dégage, un nouveau modèle de politique publique émerge. Et si la santé mentale devenait le laboratoire de la démocratie du XXIème siècle?

Santé mentale et citoyenneté

Les mutations d'un champ
de l'action publique

JEAN DE MUNCK
JEAN-LOUIS GENARD
OLGIERD KUTY
DIDIER VRANCKEN
DIDIER DELGOFFE
JEAN-YVES DONNAY
MARTIN MOUCHERON
CLAUDE MACQUET



10.660.124

RA
S
28399