

Se faire son histoire dans la longue histoire de la psychiatrie



(par Olivier Croufer, Clémence Mercier,
Julien Vanderhaeghen)

De tout temps, des personnes souffrent de problèmes de santé mentale ? Oui, certainement, et en même temps la réponse rigoureuse à cette question est clairement non. Ce paradoxe embarrassant a été le point de départ d'un ensemble d'ateliers de partage et d'analyse que le Centre Franco Basaglia organisa en 2024 à l'occasion des 40 ans des *Expériences du Cheval Bleu*. Ces expériences, des lieux et des dispositifs opérants, situés dans la ville de Liège, n'ont eu de cesse au cours de leur histoire d'hésiter sur cette formule « personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale ». On sent vite toutes les conséquences de ces hésitations, car si ce n'est pas tout à fait des « personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale » dont il s'agit de se préoccuper, ou pas complètement, ou peut-être même pas du tout, les implications pratiques sont phénoménales. Si ce n'est pas de « cela » dont il s'agit, les pratiques deviennent toutes différentes, nous ne mobilisons pas les mêmes savoirs, et finalement les expériences en deviennent toutes autres.

Plutôt que d'aller trop rapidement à la désignation de quelque chose, nous nous étions dit lors de ces ateliers de partage et d'analyse que nous nous sentions à des titres divers concernés par cette constellation d'appellations reliant, au fil du temps, folie / maladie mentale / insensé / problème de santé mentale / aliéné / etc. Nous étions concernés par cela, directement impliqués par cela, ou dans l'entourage de cela, c'est-à-dire aussi parfois pas vraiment raccord avec cela. Pour ne pas nommer trop vite, et paradoxalement pour permettre à chacune et chacune sa parole, c'est-à-dire aussi une parole qui cherche son chemin dans ce qui est normalement désigné, nous avons préféré parler tout un temps de « ce dont il s'agit » pour ouvrir personnellement et collectivement une sorte de redécouverte de notre présence dans

cette constellation folie / maladie mentale / insensé / problème de santé mentale / aliéné / etc.

Rien de tel que l'histoire pour redécouvrir le sens et l'actualité de notre présence au monde. L'histoire, et avant tout son histoire, celle qu'on se raconte et qu'on raconte aux autres, ouvre la distance du temps, un bol d'air et un souffle, sur ce qui s'est prolongé et ce qui a varié. Se mettre dans le temps de l'histoire, c'est s'offrir un temps de repos, des moments où le temps peut se déposer. Prise dans les urgences de nos actualités, notre époque en a fondamentalement besoin. Les ateliers que nous avons proposés ont mêlé l'histoire longue, celle qui dépasse la durée de sa propre vie, et les histoires personnelles que les participantes et les participants avaient vécues. Ici, du fait du texte, ce ne sera pas possible d'y inclure les histoires du lecteur et de la lectrice. Ce sera à chacune et chacun de se permettre cet exercice. Quant aux continuités et variations du temps long que nous proposons dans ce texte, elles n'ont aucune prétention à déployer à fond « ce dont il s'agit ». Ce sont des jalons partiels, comme ces bornes frontière que l'on découvre parfois dans nos forêts et dont on ne peut saisir les limites qu'elles signifiaient qu'en racontant à son propos l'histoire, ou des histoires. Ces jalons sont là pour permettre de tisser – alentour - des histoires sur ce dont il s'agissait alors, sur ce dont il s'agit encore aujourd'hui, sur ce que nous avons heureusement ou malheureusement abandonné.

Ce texte peut être lu du début à la fin, cette lecture tient la route. Il n'est peut-être pas inutile de préciser que la présentation en jalons a été un principe d'écriture. Chaque morceau est comme un fragment à partir duquel la lectrice et le lecteur peuvent tenter de tisser ce dont il s'agit. Une lecture possible est de voyager parmi ces fragments autrement que dans l'ordre du texte. Une

possibilité est de travailler l'un ou l'autre de ces jalons collectivement, de les déployer ensemble dans un groupe, un atelier. Cela est d'ailleurs l'usage que nous en faisons au Centre Franco Basaglia.

Nous avons pris des jalons temporels, trois périodes. De 1800 à 1945, de 1945 à 1990 et de 1990 à aujourd'hui. Pourquoi cette découpe est à découvrir dans le texte. Plutôt que période, nous avons préféré utiliser le terme de strate, comme en géologie. À chaque période, ce sont des couches, qui viennent se superposer les unes sur les autres, chaque couche est un support de la suivante qui ne sera pas faite exactement des mêmes sédiments.

Outre ces strates, nous avons utilisé un autre découpage. Ce jalonnage est présent dans chacune des strates, et donc aussi au fil de temps : espaces / savoirs / pratiques / récits. Ici non plus, nous ne définirons pas catégoriquement le contour de ces jalons. Ils sont à découvrir dans la lecture du texte. Mais la lectrice et le lecteur peuvent s'en faire une idée – son idée – en se demandant à propos de cette constellation folie / maladie mentale / insensé / problème de santé mentale / aliéné / etc. quels sont les espaces impliqués, quels sont les savoirs mobilisés, quelles sont les pratiques qui s'institutionnalisent, quels sont les récits qu'on en a fait.

Strate 1. De 1800 à 1945. Ce qu'on a appelé *asiles* et *aliénés*

En 1800, personne ne s'occupe de problèmes de santé mentale. C'est embarrassant cet état de la société, embarrassant non pour celui qui vit en 1800, mais pour notre présent. Cela signifie que ce qui préoccupe nos vies aujourd'hui, et même plus, oriente nos vies aujourd'hui, nous tous valorisons la santé mentale, ceci n'existe pas en 1800, personne ne parle de santé mentale ni au troquet, ni au parlement, ni à l'hôpital. C'est embarrassant, disions-nous, c'est aussi potentiellement très intéressant car cela situe notre présent dans une différence culturelle majeure. Cela nous situe nous, aujourd'hui, dans ce que nous sommes, dans ce qui nous importe, dans nos manières d'être au monde.

Il y a quand même en 1800 quelque chose qu'on regarderait aujourd'hui, en utilisant notre langage, comme des « problèmes de santé mentale », mais cette appellation n'existe pas. Ce n'est pas qu'une question de mots. Ça veut dire qu'il n'existe aucune institution qui s'occupe de problèmes de santé mentale, pas de discours, pas de métier, pas de législation. Ces non-existences sont un intrigant point de départ, une sorte d'invitation à la découverte : alors, il y a quoi ? Si ce ne sont pas des « personnes avec des problèmes de santé mentale », comment en 1800 des personnes sont désignées ? Avec quels mots, avec quels savoirs pour en parler, pour en prendre soin, pour intervenir ? Où sont nés ces mots, où se sont développés ces savoirs, à partir de quelles institutions ?

Alentour de 1800, quelque chose est en train de changer. On va se retrouver avec des asiles où l'on traite des aliénés. Auparavant,

ça n'existe pas. Nous nous doutons bien que cela ne va pas tomber du ciel, des asiles d'aliénés. Il y a sans doute quelque chose de profond, de substantiel qui a dû changer. Mille choses de la vie quotidienne, des façons de penser, de faire vivre des institutions et les rapports sociaux, pas toujours faciles à nommer. C'est pourquoi le temps plus long de l'histoire nous aide à parler de ce qui se passe : tiens, qu'est-ce qui s'est passé, asiles-aliénés, ça n'existe pas tel quel, puis ça se met à exister. Qu'est-ce qui a changé dans nos rapports au monde pour que ça existe ? Dans nos rapports aux humains, dans nos rapports aux non-humains ?

Un espace d'avant l'asile : l'Hôpital général

Alors pour comprendre ce qui change en 1800, choisissons 1656. Ça nous donne un temps long. 1656, création de l'Hôpital général à Paris. Cela situe. Ce que nous essayons de proposer : des espaces, des savoirs, des pratiques, des récits à chaque fois situés, là, et dans des trames du temps. 1656, création de l'Hôpital général de Paris, c'est le philosophe Michel Foucault (1926-1984) qui nous donne cet événement pour tenter de démêler notre présent. Cet événement rend visible, matériellement, architecturalement ce qui se passe à l'époque dans les manières d'être au monde, et il les rend aussi audibles, puisqu'on va parler de qui on place dans l'Hôpital général, ce qui le justifie, ce qu'on y fait. L'Hôpital général n'était pas un lieu de soin, ce sont les Hôtel-Dieu qui étaient les institutions de soin de cette époque. L'Hôpital général était un lieu d'enfermement. On y enfermait des débauchés, des imbéciles, des profanateurs, des esprits dérangés, des libertins, des fils ingrats, des pères dissipateurs, des prostituées. En quelque sorte, tous des insensés,

bien que les insensés pussent faire l'objet d'un repérage spécifique et envoyés à l'Hôtel-Dieu s'ils apparaissaient curables.

L'Hôpital général rend visible et rend audible un rapport au monde, un problème auquel une époque tente de se confronter. Quel problème ? Cela est une vraie question. Quel est le problème à cette époque, quand nous sommes situés dans ce présent ? Cela ne va pas de soi de tenter de répondre à cette question. D'ailleurs quand on lit les chercheurs qui se sont posé cette question en effectuant un travail de longue haleine, on constate qu'ils n'ont jamais la même version du problème. Ils ne sont pas tout à fait raccord, ils sont même parfois en désaccord. C'est normal car dans le cœur de la complexité d'un problème, même si l'on mobilise une pluralité de points de vue, de documents, de sources, leur agencement restera toujours singulier à un auteur. Chaque agencement donne une version parmi d'autres. Cela pose dès lors toujours la question du choix des versions pour comprendre et raconter. Nous, pour ce travail, nous avons choisi des versions bien situées, suffisamment documentées, justifiées, vécues, à un temps de notre histoire pour tenter de sentir et énoncer ce qui nous habite peut-être encore aujourd'hui.

Michel Foucault raconte ce qui s'inaugure avec l'Hôpital général et qui va se prolonger au cours des 17^e et 18^e siècles à partir d'un partage particulier entre raison et déraison. Il n'est pas le seul à penser cette époque à partir d'un renouvellement de la conception de la raison, notamment en ce qui concerne les sciences qui deviennent une connaissance rationnelle qui permet de « nous rendre comme maître et possesseur de la nature » (Descartes, *Discours de la méthode*, 1637). Mais pour le coup, Michel Foucault reste bien situé sur l'Hôpital général et le rapport aux

insensés. Ce partage entre raison et déraison s'exprime par toutes sortes de batailles, de tensions, de dialogues, de mises sous silence entre ces deux aspects d'un humain. La folie de cette époque va glisser dans cette tension. Ce n'est pas rien, car la folie est située dans des rapports de l'humain avec des composantes de lui-même, ses composantes de raison, ses composantes de déraison. Ce n'est pas rien car la folie, dans d'autres temps, fut considérée sous d'autres rapports, la folie racontait les peurs des fins du monde ou les menaces des arrière-mondes. Alors qu'avec cette tension raison-déraison, ça se déroule dans un homme, dans une femme. C'est quoi cette « déraison » avec laquelle l'homme a à se dépatouiller ? Michel Foucault cherche à préciser les sens du mot pour cette époque, à l'occasion notamment de l'Hôpital général. La déraison est ce que la conscience morale du 17^e siècle rejette comme contraire à ses valeurs¹, les valeurs de la famille, de la religion, de la cité bourgeoise. On comprend dès lors mieux cette ribambelle qui, aujourd'hui, nous paraît hallucinante des internés d'un Hôpital général. À l'Hôpital général sont enfermées les personnes qui portent atteinte à l'ordre moral, des débauchés, des sexualités anormales, des fainéants. Les insensés, les fous, seront déposés dans ce cercle, ces couloirs sombres.

En même temps, les insensés ne sont pas tout à fait confondus dans le défilé des contrevenants de la conscience morale. Cela se marque dans leur bifurcation possible vers les Hôtels-Dieu s'ils se montraient suffisamment curables. Il existe donc bien au 17^e et 18^e siècle un certain repérage des insensés qui s'apparente au repérage des malades mentaux. Ce qui fait dire à Michel Foucault que « déraison » a un deuxième sens, non plus moral, mais

¹ Frédéric, Gros, *Michel Foucault*, P.U.F., collection Que sais-je ?, 1996, p. 18.

ontologique, relatif à ce qui caractérise l'être humain en tant qu'être. Sur ce plan, des êtres humains perdent ce qui fait leur être, pour l'époque, à savoir la raison. Certes, dit Michel Foucault, ces gens raisonnent, mais ils parlent en raisonnant sur des chimères, des songes et des fantasmes. Si ces paroles ouvrent, en d'autres temps ou ailleurs, à des arrières mondes, aux voix des ancêtres et aux mystères de présences surnaturelles, ici, il n'en est rien. Ces paroles ne sont rien. L'être envahi par cette composante de déraison n'est plus rien. Le problème n'est plus simplement moral pour ces humains, c'est un problème ontologique, c'est leur être même, leur être humain qui n'est plus rien. Leur parole tombée dans les nuits de la déraison n'éveille pas sur le monde, elle est chimère ou maléfice, elle ne vaut rien. Enfin, pas tout à fait, car dans ce partage entre raison et déraison il est peut-être toujours possible de miser sur cette part raisonnable. Ce qui serait à encourager, ce sont certaines paroles, là où d'autres seront annihilées.

Nouvelles pratiques sociales : distinguer des aliénés

Alors, 1800, revenons-y. Quelque chose va se passer, disions-nous. Nouvelle strate, c'est-à-dire qu'elle vient faire reposer de nouvelles sédimentations sur la strate précédente en prolongeant, transformant et abandonnant certains de ses composants. Fin 18^e siècle, il se passe beaucoup de choses. Nous pourrions donner beaucoup de versions de ce qui se passe. Nous ne pouvons pas nous déployer tous azimuts. Au lecteur, à la lectrice de redéployer d'autres plis seule ou en collectif. Nous prenons un pli, largement documenté, presque un lieu commun pour dire ce qui se joue à cette époque.

Fin 18^e siècle, le droit va prendre une place nouvelle dans la cité, un droit universel qui vaut pour tous les citoyens. Cette perspective est fondamentalement émancipatrice puisque l'universalité d'un tel droit tend à abolir les privilèges dont une partie de la population s'était institutionnellement emparée. En même temps, de nouveaux problèmes apparaissent, parfois très concrets, car il apparaît que certains ne parviennent manifestement pas à respecter les principes du droit, par exemple comprendre et respecter un contrat de travail ou un contrat de bail. Parmi tous ceux qui étaient enfermés dans l'Hôpital général, on va opérer un tri. Il y a ceux qui ont enfreint la loi, ils ont commis un crime ou un délit. Ils iront en prison. Il y a les miséreux, les fainéants, indigents que l'on va peut-être pouvoir redresser, ou éduquer, ou mettre au travail. Ils seront pris en charge par des institutions charitables ou philanthropiques, des dépôts de mendicité, l'assistance publique. Et finalement, il y a ceux qui ne sont pas capables de comprendre les contrats et plus globalement les droits et obligations sociales universelles. Ce serait donc une injustice de les mettre en prison. Ils sont par ailleurs dans de tels tourments moraux et parlent un langage tellement insensé qu'il serait inutile et inadéquat de les placer dans des institutions qui prétendraient les éduquer à sortir de leur pauvreté. Ces gens-là sont « aliénés ». Le mot est posé. Ils ont une part d'eux-mêmes étrange et étrangère, qu'ils ne parviennent pas à maîtriser, qui les aliène, qui leur tombe dessus. Et pour ces aliénés va progressivement se mettre en place une institution spécifique, l'asile d'aliénés. Ce n'est ni la prison, ni les institutions philanthropiques ou charitables pour les pauvres. Mais une institution qui propose un traitement différent à ceux qu'il serait injuste ou inadéquat de placer dans des institutions de justice ou d'assistance sociale.

La première loi vraiment belge qui gouverne à cette époque ce dont il s'agit est loi de 1850 sur le régime des aliénés. Auparavant, la Belgique s'est organisée à partir des lois françaises et hollandaises qui étaient celles des derniers régimes (1795-1830) avant l'indépendance. En préalable au vote de la loi de 1850, une commission avait été chargée par le ministère de la justice de faire rapport « pour l'amélioration de la condition des aliénés en Belgique ». Les établissements pour aliénés sont du ressort du ministre de la justice, il faudra sauter sur une autre strate pour qu'il en soit autrement. Ce rapport de 178 pages recense tous les établissements pour aliénés de l'époque, très divers parfois, « couvent de Bénédictines », parfois un « établissement des Sœurs-Noires », parfois un « hospice des incurables » ou tout simplement un « hospice d'aliénés ». Il existe aussi la colonie d'aliénés de Gheel. Ce rapport permet de découvrir qui dirige ces établissements, l'assistance publique ou un père supérieur ou un médecin principal. On peut y voir les plans, comment les personnes sont réparties, hommes-femmes, agités-tranquilles, des noms d'aliénations comme la manie ou la mélancolie. Certains établissements disposent d'un jardin pour le repos de l'âme et pour jouer. Des ateliers font partie du traitement, des ateliers de cuisine, de menuiserie, de jardinage, de cordonnerie, de dessin, d'écriture, de culture des fleurs (p. 69).

En préambule à ce rapport (1844), il y a cet extrait qui nous permet de revenir à la redistribution qui est en train de s'opérer prisons/dépôts de mendicité/maisons d'insensés et du même coup trois catégories de personnes criminels/indigents/aliénés. Pour ces derniers, il ne s'agit plus de « les séquestrer et d'affranchir la société de leur présence ». Il s'agit de travailler à leur guérison, nous allons y revenir.

« La position des aliénés dans les établissements qui leur sont consacrés est généralement déplorable. Il semble que l'on ait eu bien plus en vue de les séquestrer et d'affranchir la société de leur présence que de travailler à leur guérison. Nos prisons, nos dépôts de mendicité même sont des asiles secourables lorsqu'on les compare aux maisons d'insensés où ces infortunés, abandonnés pour ainsi dire à eux-mêmes, privés des soins les plus indispensables, ne peuvent attendre de soulagement que de la mort qui met un terme à leurs maux. La description faite il y a quelques années de ces établissements par un haut fonctionnaire du Département de la Justice, est encore vraie aujourd'hui ; des améliorations nombreuses ont été introduites dans le régime des prisonniers, des mendiants, des indigents en général ; l'aliénation mentale seule, de toutes les infortunes peut-être la plus respectable, la plus digne de sympathie, n'a presque pas participé aux bienfaits d'une réforme à laquelle elle avait tant de droits. » (p. 6)

Le traitement moral, une pratique dans l'asile

Toute une mythologie existe autour du geste de Philippe Pinel (1745-1826), médecin, qui libéra un jour les fous de leur chaîne à Bicêtre (1797) puis à la Salpêtrière, deux établissements de l'Hôpital général de Paris. Ce geste vient marquer une étape dans cette nouvelle distribution criminalité/indigence/aliénation. Mais il faudrait aussi surtout retenir de Pinel qu'il est l'auteur d'un

traité, à la fois un savoir et un guide pratique. Il s'intitule *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale*. Pour l'aliénation, c'est désormais la médecine qui devient guide et savoir au sein de l'asile d'aliénés. Dans ce traité, il définit le *traitement moral*, formule qui deviendra l'horizon du soin dans les asiles. Nous revoilà avec la morale. Le traitement moral est essentiellement un traitement relationnel, mélange d'éducation, d'autorité, de coercition, de douceur, de conversation, de distraction. Ça va laisser de la marge ! Il y a là-dedans une sorte de prolongation de la remise à l'ordre d'une conscience morale dont nous parlait Michel Foucault pour la période précédente, mais aussi une sorte de suite pratique de la tension raison-déraison qui conduisait l'être humain à rien. Le traitement moral fait le pari que la partie raisonnable pourrait reprendre le dessus sur la déraison, sur les passions, toutes une série de chapitres du *traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* sont consacrés à ces passions. Grâce au traitement moral, la part raisonnable du sujet pourra rendre à nouveau à l'homme sa dignité. Le chapitre VIII de la quatrième section du traité, intitulé Préceptes généraux à suivre dans le Traitement moral commence par ceci :

« Un des points capitaux de tout hospice bien ordonné, est d'avoir un centre général d'autorité qui décide sans appel, soit pour maintenir l'ordre parmi les gens de service, soit pour exercer une juste répression contre les aliénés turbulents ou très agités, soit pour déterminer si un aliéné est susceptible d'une entrevue demandée par un de ses amis ou de ses proches: ce juge suprême doit être le surveillant de la police intérieure, et tout est dans la confusion si le médecin ou tout autre préposé a la faiblesse de céder à des réclamations qui lui sont adressées, et à

mettre sa volonté et ses ordres en opposition avec ceux du même chef. » (p. 243)

Dialogue de strate

Clémence : Tu écris, me semble-t-il, autour d'une réalité de partage qui s'instaure, à un moment donné, entre les aliéné.e.s et les autres. Entre les aliéné.e.s agité.e.s, violent.e.s et les autres. Entre les aliéné.e.s et les criminel.le.s. Entre des termes qui désignent et assignent des personnes. Est-il juste de considérer que, pour toi, le partage, la scission des personnes en catégories sociales est un des gestes politiques majeurs de cette période ?

Olivier : Oui, pour autant que nous comprenions « catégories sociales » comme catégories qui permettent de faire social autrement. La construction sociale de l'aliéné n'est pas qu'une assignation, elle porte en elle un désir politique d'émancipation. L'institution du traitement moral envisageait une désaliénation psychique pour permettre de vivre en société, en citoyen. Avec le recul que permet l'histoire, nous pouvons raconter les contradictions de ce geste politique. Il me semble aussi que certaines des conséquences politiques ne nous apparaissent qu'à partir de nos problèmes contemporains. Le traitement moral en tant qu'intention pratique de désaliénation psychique situe le travail institutionnel du côté du psychique, donc de l'individu. La démarche est très libérale, dans son sens émancipateur pour l'individu, mais elle fait l'impasse sur les conditions sociales réelles qui permettent ces émancipations pour chacun.e.

Récits : des histoires infiltrées

En 1797, donc : « Philippe Pinel libéra les fous de leurs chaînes à Bicêtre ». C'est une manière de raconter ce qu'il s'est passé autour

des asiles. D'autres manières de raconter, plus fragiles, qu'on peine à trouver dans les livres d'histoire, font état d'autres réalités : les chaînes en fer ont été remplacées par d'autres chaînes, non moins violentes. Pinel a inauguré une histoire, une manière de penser, de raconter et de diriger l'asile mais les expériences vécues au sein de l'asile semblent plus disparates que l'histoire *de* Pinel. Pour pouvoir introduire un autre récit de ce qui était vécu, organisé, opéré à l'asile, nous choisissons de nous tourner vers des témoins, des concerné.e.s, des infiltré.e.s, des enquêteur.trices, des récits déposés par ceux et celles qui étaient là. Ils et elles font exister ce que l'on nommerait, aujourd'hui, des violences institutionnelles, qui étaient peut-être qualifiés à l'époque de « mauvais traitements ». Mettons-nous sur la piste de ces histoires parallèles. Nous mobiliserons brièvement trois enquêtes. Deux d'entre elles, sur lesquelles nous nous attarderons dans un second temps, ont été menées directement *in situ*, dans l'asile, par des personnes infiltrées, s'étant faites passer pour folles.

La troisième est le fruit d'un travail contemporain sur des archives de l'Assistance publique de l'époque de l'asile ; les extraits qui suivent sont issus de ce travail. Ces extraits vont sembleront peut-être décousus ; comme si l'on manquait, lecteur ou lectrice contemporaine, de perspective pour les comprendre. Cette impression est, sans doute, un effet de la nature même du travail de Mákhi Xenakis. Un travail de création et d'exhumation. Cette sculptrice se retrouve, en effet, en 2004, investie d'une mission/opportunité surprenante : créer des sculptures pour la Chapelle Saint-Louis de l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière. Alors qu'elle travaille la matière, qu'elle fait émerger des figures pour la Chapelle de l'hôpital, elle fouille. Elle farfouille dans les vieux documents, dans les archives de l'Assistance Publique et fait

émerger des voix tues jusqu'alors : celles d'hommes et de femmes qui étaient enfermée.s dans les murs de l'asile. Ces paroles sont brutes, brusques, isolées, perdues ; l'artiste-enquêteuse a choisi un agencement nu, voire cru, pour faire exister ces paroles jusqu'alors retenues dans une caisse d'archives.

« des femmes, des hommes, des enfants, par centaines, par milliers, emmenés, par décret du roi, le Roi Soleil, à l'Hôpital Général, Notre Dame la Piété, Bicêtre, la Salpêtrière, c'est le grand renfermement ».

« on ne veut plus voir les pauvres, on ne veut plus voir la misère »

« la société qui bascule c'est pour leur bien elle renferme tous ceux et celles dont elle ne veut plus »²

« le 13 mai 1795 Pinel est nommé médecin-chef à la Sapeltrière il y découvre la confusion le chaos [...] pose pour principe que la folie n'est pas incurable réfute l'aveugle routine d'un grand nombre de médecins qui tournent sans cesse dans le cercle étroit des saignées multiples des bains des douches sans donner aucune attention au traitement moral

Les asiles d'aliénés ont été considérés comme des lieux de réclusion et d'isolement pour des infirmes dangereux et dignes d'être séquestrés par la société

Dès lors leurs gardiens le plus souvent inhumains et sans lumières se sont permis envers eux les actes les plus arbitraires de dureté et de violence [...] »

² Mâkhi Xenakis, *Les folles d'enfer de la Salpêtrière*, Actes Sud, 2020, pp. 7 – 9.

« il libère à son tour les folles de la Salpêtrière de leurs chaînes fait cesser les châtimens corporels la camisole de force remplacera les chaînes »³

Les traces relevées par Mâkhi Xenakis font office de témoins modestes de la réalité vécue, perçue dans les asiles ; elles fabriquent aussi un point de vue critique sur le lieu et les rapports de pouvoir qui y sont récurrents. Ces archives montrent une réalité complexe où le projet du traitement moral et de la libération des chaînes ne se traduit pas dans l'évidence d'une humanisation de l'espace asilaire.

Un autre accès à ces histoires parallèles tient dans des formes d'enquête, d'intrusion, d'infiltration dans l'espace clos de l'asile. La voie d'accès privilégié pour ouvrir la réalité de l'asile sur la réalité sociale est alors d'y être purement et simplement interné puis, dans un second temps, de publier cette expérience sous la forme d'une *enquête*. Nellie Bly, durant le mois de septembre 1887, passe *dix jours dans un asile*, titre de son reportage récemment republié.⁴ Albert Londres, en 1925, s'infiltré, quant à lui, *chez les fous*.⁵ Tous.tes deux sont unanimes : ielles dénoncent les violences dont ielles ont été témoins lors de leur séjour respectif.

Nellie Bly est une journaliste qui, le 22 septembre 1887, a entrepris de se faire interner pour mener une enquête sur l'asile destinée à être publiée dans le journal *World*. Nellie Bly a alors 23 ans. Elle utilise une identité factice, se fait passer pour une

³ *Ibid*, pp. 127 – 129.

⁴ Nellie Bly, *10 jours dans un asile*, Editions du Sous-sol, 2015.

⁵ Albert Londres, *Chez les fous*, Editions Petite Bibliothèque Payot, 2024.

femme démente, seule et dont le maigre entourage est précaire sur le plan économique. Elle remplit dès lors les conditions pour rentrer dans l'asile d'aliénées sur l'île de Blackwell, dans les environs de New-York. Elle entame son livre, par ce témoignage : une fois rentrée dans les murs de l'asile, plus besoin de feindre quoi que ce soit, plus elle se comportait et plus elle parlait normalement, plus on la prenait pour folle.

Nellie Bly se fait la porte-voix des violences dont ses paires font l'objet. Elles ne sortiront probablement jamais de ce lieu et sont réduites à subir des conditions d'internement qu'elle qualifie de terribles. Les internements arbitraires orchestrés par des pères, des maris ou des frères, les bains froids, obligation de se dévêtir et le refus des infirmières de fournir des vêtements aux nombreuses femmes qui tombaient malades de froid, promiscuité physique, maltraitance alimentaire, des femmes attachées ou sanglées, des violences physiques sur leur corps – les surveillantes les battaient.

Nellie Bly est une des représentantes, une des créatrices du journalisme infiltré. Elle fait valoir, par son travail, un certain point de vue sur l'asile : sa fermeture, sa clôture vis-à-vis de monde social et la violence de ce qui s'y passe en dehors de toute considération.

Albert Londres est un journaliste, connu pour ses enquêtes sur les bagnes français (*Au Bagne*, 1923 ; *Biribi*, 1924). Une fois revenu de ces territoires, il est mu par le désir de voir et de rendre compte de « la vie des fous »⁶. Rendre compte de la vie des fous, c'est avant tout rendre compte de la façon dont elle est organisée : lieu, relations, pratiques, savoirs, vécus intimes. Il

⁶ *Ibid*, p. 15.

s'interroge sur ce qui se passe dans les espaces de relégation : les liens qui s'y nouent, les fonctions médicales qui y opèrent, le désespoir subjectif qui s'y développe, les traitements qui y ont lieu. Lui aussi relève les violences qui sont faites aux alién.e.s (maltraitance, contention par la camisole ou en étant attachées à du mobilier, absence punitive de soin) mais également la structuration des soins eu égard à des privilèges économiques :

« [...] quand une personne tombe malade de la mystérieuse maladie, si cette personne n'a pas le sou, elle est folle. Possède-t-elle un honnête avoir ? C'est une malade. Mais si elle a de quoi s'offrir le sanatorium, c'est une anxieuse. »⁷

Suite à ces différentes immersions, Albert Londres tient à revenir sur le cadre juridique de la constitution des asiles en France ; l'architecture de l'asile construisait, plus largement, un horizon politique dont nous avons précédemment exposé les composantes. Ce qu'il relate, par ses multiples infiltrations, par son travail d'enquêtes sur différents sites asilaires ou dans des maisons de santé, c'est que l'asile, même pris et opérateur du projet de traitement moral, est un lieu de relégation sociale et de banalisation de la violence.

« La loi de 38 n'a pas pour base l'idée de soigner et de guérir des hommes atteints d'une maladie mentale, mais la crainte que ces hommes inspirent à la société. C'est une loi de débarras. »

« On leur [*les fous*] ôte la vie sans leur donner la mort. On devrait les aider à sortir de leur malheur, on les

⁷ *Ibid*, p. 18.

punit d'y être tombés. Cela sans méchanceté, mais par commodité. Les fous sont livrés à eux-mêmes. On les garde, on ne les soigne pas. Quand ils guérissent, c'est que le hasard les a pris en amitié. La médecine mentale n'a pas de frontière fixe. »⁸

Ce que montrent ces travaux (qu'ils soient le fruit d'une investigation directement sur le terrain ou d'une mise en perspective contemporaine d'archives d'époque), c'est que les asiles sont un lieu de tensions entre, d'une part, des gestes visant à considérer spécifiquement *ce dont il s'agit* et, d'autre part, des gestes de violences, de maltraitances, de domination, et de relégation. Il y a autour de cette tension, un mythe, celui de Pinel-libérateur-casseur de chaînes. Ce mythe, parce qu'il est repris dans l'Histoire des institutions, peut, nous le pensons, recouvrir les frictions qui avaient lieu dans le réel entre l'horizon idéologique de l'asile et le fonctionnement de l'asile. Il joue comme étoffe, une étoffe qui recouvre, parfois, souvent, des histoires plus mineures, plus sourdes dont quelques un.e.s se sont faits les porte-voix.

⁸ *Ibid.*

Strate 2. De 1945 à 1990. Ce qu'on a appelé hôpital et malades mentaux

La seconde strate est plus proche de nous, proche de l'asile aussi. Elle est une zone-tampon ; elle nous sépare et nous lie à l'espace asilaire. En 1945, quelque chose se réinvente à partir, à la suite de l'asile. Et cette réinvention est prise dans une mutation nouvelle au tournant des années nonante. Cette seconde strate, que nous pourrions nommer de l'après-guerre, est le *entre* que nous vivons par rapport à l'asile, institution que nous percevons peut-être, pourtant, comme lointaine, comme enfouie dans une certaine profondeur. Nous pouvons travailler depuis cette place spécifique d'entre-deux, de liaison, de médiation qui nous sépare et nous relie à la strate une.

La strate qui s'inaugure à la sortie de la seconde guerre mondiale se plaçait dans un rapport direct au monde asilaire. Et c'est la guerre, ou plutôt la réalité des camps de concentration, fait social de violence en apparence étranger à *ce dont il s'agit*, qui dispose ce nouveau rapport à l'institution et la fait basculer.

L'espace hôpital, de l'institution totale à l'institution centrale

De manière concise, on pourrait dire qu'après la seconde guerre mondiale, l'asile se transforme en hôpital. Mais le *se transforme* n'est ni une opération magique, ni une opération mécanique de l'histoire ou de l'institution. Il y a toute une série d'affects, d'acteurs.trices de cette transformation et ielles sont épars.es.

Pour ne pas s'enfoncer dans le fourmillement de micro-événements qui permettent ce remplacement de l'asile par l'hôpital, on peut prendre comme point d'analyse le fait social qui engendre cette bascule. Après la guerre, l'imaginaire collectif change : l'univers concentrationnaire rend, brutalement, insupportables les réalités asilaires (enfermement, malnutrition, maltraitements corporels). Erving Goffman a fait un travail particulièrement évocateur de la prise de conscience ou de la révolution des sensibilités sociales dans le direct après-seconde-guerre mondiale. Américain d'origine canadienne, ce sociologue se plonge dans la réalité d'un hôpital psychiatrique étatsunien pendant plusieurs mois. Il en sort une série d'articles, traduits en français et publiés aux Editions de Minuit en 1968 sous la forme d'un ouvrage, *Asiles*⁹. Sa thèse principale est que l'asile et l'hôpital psychiatrique sont, au même titre que les prisons, les orphelinats, les couvents ou les camps de concentration, une institution totale ou totalitaire (en fonction de la traduction). Il définit l'institution totale « comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées. »¹⁰

On déploie alors, à partir et contre cette nouvelle perception de l'asile, une institution non plus totale mais centrale, l'hôpital, chargée d'une nouvelle fonction, soigner. Cette tâche renouvelle également la question du statut des personnes prises en charge par l'hôpital ; il s'agira des malades mentaux.

⁹ Erving Goffman, *Asiles*, Editions de Minuit, 1968.

¹⁰ *Ibid*, p. 41.

En pratique, en sortir d'une réclusion concentrationnaire

Cette construction de l'hôpital est concomitante avec un tas de mouvements minoritaires, parallèles, militants mais tributaires de cette création institutionnelle. Des mouvements qui vont continuer à travailler l'institution psychiatrique, l'asile puis l'hôpital, depuis la prise de conscience, le bouleversement collectif qu'a causé la guerre. Ces mouvements alternatifs dans le champ psychiatrique (psychothérapie institutionnelle, psychiatrie de secteur, psychiatrie communautaire, antipsychiatrie) indiquent quelque chose de très important pour la conception de l'hôpital lui-même, en ce qu'ils se créent depuis le basculement de l'asile vers l'hôpital. Pour cette raison, nous pensons que le point de vue construit par les mouvements du champ psychiatrique qui se construisent comme une alternative à l'institution « hôpital » sont une excellente porte d'entrée pour comprendre le mouvement de la seconde strate.

Jean Oury fait partie de ceux qui se sont inscrits dans ces alternatives à l'hôpital tout en défendant l'hôpital. Grande figure de la psychothérapie institutionnelle, fondateur de la clinique de la Borde, située dans la Loire, Oury développe une pratique clinique et institutionnelle qui s'attache à défendre l'existence de l'institution psychiatrique dans le monde social mais à en penser et à résister aux effets aliénants de l'institution sur les personnes hospitalisées. On pourrait dire, en quelque sorte, que pour Oury et, plus largement pour la psychothérapie institutionnelle, il s'agit de se battre pour que des espaces dédiés à l'accueil de la maladie mentale existent mais qu'ils existent en tant qu'ils doivent être

eux-aussi constamment soignés. C'est l'essence du slogan :
« soigner les institutions »¹¹.

« [...] des infirmiers pendant la guerre avaient été prisonniers ; certains avaient été dans des camps de concentration... Quand ils sont rentrés, ils avaient une vision du monde différente : leur milieu de travail, le même qu'avant-guerre, leur rappelait ce qu'ils venaient de traverser. C'est un événement dans la vie de quelqu'un, de reprendre sa profession d'avant-guerre, et de constater à peu près la même atmosphère dans son travail et dans les camps de concentration ! Vous savez aussi que pendant l'occupation, il y a eu en France une telle misère dans les hôpitaux psychiatriques que 40 % des malades y sont morts de faim. Tout cela créait un terrain favorable pour une prise de conscience non seulement individuelle, mais collective, impliquant la nécessité de changer quelque chose. »¹²

Ce passage d'Oury est extrait d'un texte dans lequel il explicite l'essence même de la psychothérapie institutionnelle « comme un ensemble de méthodes destinées à résister à tout ce qui est concentrationnaire. »¹³ Ce mouvement de la psychiatrie s'attache à accompagner la bascule entre l'asile et l'hôpital d'une attention particulière, qui se veut sans cesse renouvelée car « les hôpitaux

¹¹ François Tosquelles, *Soigner les institutions*, Editions L'Arachnéen, 2021.

¹² Jean Oury, *La psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban à La Borde*, Editions d'une, 2016, pp. 8 -9.

¹³ *Ibid*, p. 9.

gardaient en général une structure carcérale, concentrationnaire. »¹⁴

Qu'est-ce que ce mouvement nous indique ? A fortiori qu'il y a eu, après la guerre, un changement de perceptions à l'échelle sociale par rapport à plusieurs éléments propres à l'asile : 1) la politique de l'enfermement, 2) la réalité de la violence institutionnelle, 3) la considération du manque de soin. L'hôpital est l'institution chargée de répondre à cette révolution des perceptions ; ce faisant, il sera, à son tour, le point de départ et d'élaborations de pensées critiques et de constructions d'alternatives cliniques.

La psychanalyse, un déplacement des savoirs et pratiques

Allons maintenant ailleurs. Ce *quelque chose qui change* s'appuie, nous l'avons dit, sur un basculement de l'imaginaire collectif mais également sur une série de savoirs qui se sont constitués avant la guerre, qui se sont constitués de façon minoritaire, à côté de l'asile. Une partie de ces savoirs fonde, dans une diversité assez foisonnante, ce qu'on nomme « la psychanalyse ». Cette théorie, inventée par Freud au tournant des 19^{ème} et 20^{ème} siècles, propose un nouveau rapport au Sujet à partir de la notion / de la découverte de l'inconscient. La psychanalyse, durant sa période d'émergence, se pratique principalement dans l'espace du cabinet du psychanalyste. Un lieu séparé donc de l'asile. Ce cloisonnement n'est pas évident quand on sait que Freud a été particulièrement intéressé par les pratiques qui avaient lieu dans l'asile, notamment par les théories de Charcot et par l'usage de

¹⁴ *Ibid*, p. 8.

l'hypnose à la Salpêtrière. La pratique psychanalytique reste, pourtant, extérieure à l'asile ; en quelque sorte, elle est un savoir minoritaire qui prend place au sein de la société mais en marge des institutions sociales dédiées à la prise en charge de *ce dont il s'agit*.

Cette théorie-pratique aborde le sujet d'une façon propre, singulière : à partir de la conception de l'inconscient, la psychanalyse va construire un rapport à *ce dont il s'agit* qui met la parole au centre. Cette centralité de la parole était restée un exercice de cabinet, de consultation. Le courant de la psychothérapie institutionnelle reprend et affirme, dans ce moment de volonté de changer quelque chose, l'usage de la psychanalyse comme un élément essentiel du soin. On pourrait dire que la psychothérapie institutionnelle est un mouvement minoritaire et que l'usage de la psychanalyse l'est tout autant à l'hôpital nouvellement émergé. C'est en partie vrai mais cela implique un raté, un loupé ; la psychanalyse, en effet, trouve une expression spécifique après la guerre qui va parcourir de façon structurante les institutions psychiatriques. Si la théorie analytique en tant que système théorique ne devient pas une référence explicite pour les établissements hospitaliers, elle est par contre fondatrice d'une nouvelle pratique hégémonique : la thérapie par la parole.

Cette centralité de la parole trouve une expression différente mais tout aussi centrale dans des travaux plutôt situés du côté de la philosophie, dans le courant de la *phénoménologie*. Ce courant philosophique participe de ce nouvel accent dans la prise en compte de ce qu'il s'agit en tant qu'il prend comme point d'attention, l'expérience vécue du sujet. Qu'il s'agisse de la vie inconsciente du psychisme ou de l'expérience singulière *d'être-au-*

monde, le tournant qui s'opère est l'émergence de la clinique comme pratique de discours. Alors qu'elles étaient laissées à leurs propres développements dans des champs distincts dans la strate une, ces nouvelles manières de considérer le Sujet vont être centrales pour les institutions psychiatriques dans la strate deux. Alliées à la médecine et à l'usage tout juste inventés des psychotropes, la place de la parole produit un certain type de subjectivité psychiatrique : celle de l'être en souffrance qui a à se raconter et à se médicamer pour se soigner.

Dialogue de strate

Olivier. Dans ta présentation, il me semble que la considération de la personne en tant que sa parole mérite attention est ce qui vient faire résistance à ce qui reste de totalitaire dans l'hôpital. Pour toi, est-ce juste de formuler la tension en ces termes ?

Clémence. Je ne suis pas certaine de vouloir l'exprimer en ces termes. Pour moi, il y a davantage une invention d'un nouveau rapport entre institution et singularité qui fait que la personne et sa manière de se raconter rentrent toutes entières dans l'hôpital, en ce compris dans ses dimensions totalitaires. Ce qui fait résistance, je pense plutôt que ce sont une pensée et une mise en pratique de constitutions de collectifs où peuvent émerger les conflictualités et les rapports de force. Alors ni la personne, ni son statut (malade), ni son histoire (matériau psychothérapeutique) n'appartiennent tout entière à l'institution. L'émergence de collectifs me semble être moins un outil pour travailler l'asymétrie soignants-soignés (dont je ne vois pas comment on vient à bout dans les institutions de soin) mais un outil pour faire exister ou rendre possible des identités multiples pour celle ou celui qui se retrouve dans une situation de

dépendance à l'institution psychiatrique. C'est plutôt l'endroit où je pointerai une tension, une tension qui fait travailler des possibles résistances à l'institution dans ce qu'elle a de totalitaire.

Olivier. Tu mets en valeur les résistances, personnelles et collectives, aux violences de l'institution. Cela pose évidemment la question critique du dehors de cette institution psychiatrique, car une institution ne tient pas seule, elle tient dans un social spécifique. Qu'est-ce que cela nous dit d'un travail à faire en dehors de cette institution psychiatrique, dans les espaces de la vie en société ? Quel travail serait à y accomplir pour faire hospitalité à ces résistances ?

Clémence. Je ne peux pas répondre sur le travail qui serait à accomplir idéalement, car, pour moi, il ne peut pas se penser dans un rapport à l'hôpital. Sinon, c'est foutu. Par contre, je peux relever comment cette invention de l'hôpital mais, surtout, tous les mouvements minoritaires ont cherché à travailler en même temps l'institution et le dehors de l'institution. Ce travail s'est institué de façon extrêmement singulière auprès et par les gens qui tentaient d'inventer quelque chose comme une alternative dans des territoires situés. Je prends un double-exemple : François Tosquelles arrive à Saint-Alban, il y institue une dynamique de soin qui repose à la fois sur une sensibilité spécifique à l'expérience de la folie et sur une ouverture radicale de l'hôpital sur la vie villageoise environnante. Le type de présence spécifique qu'il cherche à déployer auprès des personnes en souffrance n'est donc pas seulement une affaire de soignants.tes mais également une affaire de vie collective et sociale où les gens du village apprennent, dans leurs gestes quotidiens, à composer avec des présences troublantes. Il y a une belle interview d'Elena Tosquelles dans laquelle elle explique

qu'elle avait accueilli un patient chez elle parce que plus personne ne savait y faire avec lui. Il avait des passages à l'acte violent (notamment des étranglements). Elle passe des journées avec lui ; ça soulage un peu l'ambiance au niveau de l'hôpital. Et là, elle se rend compte que ce qui met ce monsieur en prise avec la violence, c'est un geste : mettre les mains derrière son dos. Si quelqu'un.e croise les mains dans son dos et qu'il en est témoin, c'est un geste insoutenable pour lui. Quelque chose d'une attention à la fragilité se fabrique et elle n'est pas une prérogative de l'espace professionnel. Le doublon de cet exemple, c'est peut-être la façon dont Basaglia a entrepris d'assumer les dimensions sociales de la folie, du trouble. On n'est plus du tout dans la même articulation puisque l'articulation basaglienne de la folie et du social passe par le fait de fermer ce qui fait coupure dans le social et ségrègue les malades mentaux. Là où il travaille, c'est donc la suppression de la ségrégation institutionnelle et il le travaille dans un rapport au territoire. Ce qu'il invente lui, ce sont des micro-politiques autour de deux dimensions : le territoire et la souffrance. Qu'est-ce qu'on fait avec ceux et celles qui souffrent autour de nous, et qui partagent avec nous un territoire social commun, quand il n'y a plus d'institutions où on les relègue ?

On voit bien qu'il y a une diversité de gestes qui ont la prétention de travailler à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique mais ils ne produisent pas la même chose sur l'hôpital psychiatrique. Je crois qu'il faut chercher à déplier ce que chaque geste a tenté de faire et quels héritages politiques et cliniques ils impliquent. Ça aide à se sentir à l'aise, en sensibilité avec telle ou telle manière de faire hospitalité ou de résister à la violence institutionnelle.

Le droit-créance, pratique sociale d'une société prospère et solidaire

1945, un peu avant, nous sommes encore sous l'Occupation, des dirigeants syndicaux et patronaux se réunissent clandestinement. Ils négocient. Ils écrivent un texte. L'intitulé : un « projet d'accord de solidarité sociale ». La solidarité est l'affaire qui traverse cette strate, 1945-1990, qui la sédimente dans l'édification d'institutions durables, mais qui aussi la déstabilise comme si la solidarité avait plusieurs consistances où les minéraux cimentaires coexistaient avec d'autres plus mous, plus argileux introduisant des discordances visibles et déséquilibrantes pour ceux qui chercheraient des points d'appui.

C'est mieux de mettre une deuxième affaire à côté de « solidarité », deux affaires ce n'est pas beaucoup, mais cela donne déjà quelque chose de plus complexe. L'après-guerre est aussi affaire de prospérité, de recherche de prospérité. Cette recherche n'est pas nouvelle, depuis le 18^e siècle, le développement progressif des sociétés industrielles s'accompagne d'une valorisation de l'enrichissement individuel et collectif. L'augmentation des biens produits et consommés se confond avec l'idée de prospérité. La sortie des désastres de la guerre relance cette aspiration. La Sécurité sociale qui s'institue à la suite de ce « projet d'accord de solidarité sociale » naît au sein de ce couple solidarité-prospérité. Une part négociée de la richesse qui croît grâce au travail alimentera le pot de solidarité envers les malades, les chômeurs, les pensionnés.

Du moins, telle est l'énonciation d'une sédimentation au sein de cette strate, la sédimentation la plus dure, le discours de ciment indispensable pour s'appuyer. Puis quand on se demande :

prospérité de quoi ? Prospérité de qui ? Ce n'est plus si net. C'est cela une strate, quelles sont ses différentes composantes, ses solidités et ses mous, ses agencements d'appui et ses points de déséquilibre. Prospérité de quoi ? Une prospérité d'abondance qui s'exprime par la multiplication des biens produits, voiture, frigo, électro, mais aussi une croissance des services, piscine communale, soins de santé, banque et hôtel de bord de mer. D'ailleurs 1945 est aussi la date où les services entrent dans la comptabilité nationale, ils sont désormais comptés dans le P.I.B., le produit intérieur brut qui mesure la richesse de la nation. Nous sentons bien la tension qui peut naître... tous ces biens, si utiles... ? Et il existe aussi une tension sur la prospérité de qui ? La répartition des richesses financières issues de cette croissance de la production est l'objet de négociations, directement sur les salaires, ou indirectement sur le pot de Sécurité sociale. Celle-ci devient un instrument qui ne remet pas en question cette prospérité par la croissance des richesses, mais y inscrit des mécanismes de justice redistributive, une forme de solidarité envers ceux qui sont en incapacité de participer à cette croissance.

L'asile d'aliénés va s'engloutir dans cette strate solidarité-prospérité. L'INAMI, l'Assurance Nationale Maladie Invalidité¹⁵ comme composante du système de Sécurité sociale (créée en 1944) ouvre des droits-créances¹⁶. On est à nouveau dans ces droits universels, si importants pour la strate précédente ; le

¹⁵ En 1944, le Fonds national contre les maladies et l'invalidité est créé en même temps que la sécurité sociale. Il deviendra I.N.A.M.I. en 1964.

¹⁶ Sur les droits-créance en rapport avec les personnes malades mentales, voir Jean De Munck (sous la direction de), *Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action politique*. Academia Press et Politique scientifique fédérale, Gent, 2003, p. 20-21.

paradigme solidarité-prospérité va, dans de nouvelles coordonnées socio-historiques, s'efforcer d'ouvrir des droits pour tous, ni réservés à des catégories de privilégiés, ni excluant des bons à rien. La forme particulière du droit universel que revêt la strate deux sera celle du droit-créance.

Un droit-créance est un droit auquel chaque citoyen.ne peut prétendre et auquel l'État a l'obligation de répondre. Ouvrir des droits-créances, c'est ouvrir des formes de solidarité. L'asile disparaît, ses sédiments vont nourrir cette strate nouvelle. Il devient hôpital. Un hôpital pris dans la strate solidarité-prospérité, c'est-à-dire un hôpital prestataire d'un droit-créance auquel les citoyens peuvent prétendre par solidarité. Pour bénéficier de ce droit, il suffit d'être malade, d'être validé comme porteur d'une maladie mentale. On voit bien que le changement de strate introduit quelque chose de très différent. Deux trois éléments symbolisent (disent, énoncent) le changement institutionnel : on change le discours, on change les raisons d'être de l'institution. 1945, on crée les services O, les services Ouverts. On n'entre plus à l'hôpital contraint par une mesure d'ordre public, par ordre signé du bourgmestre¹⁷, mais plus librement, pour se faire soigner. 1948, les établissements passent de l'autorité du ministère de la justice à celui de la santé, l'asile devient hôpital. 1963, les maladies mentales entrent dans la nomenclature I.N.A.M.I. ; c'est le geste administratif qui permet d'ouvrir le droit-créance, d'obtenir des remboursements, d'organiser les prestations. 1972, les services F, les services Fermés, bénéficient aussi du prix à la journée d'entretien, c'est-à-

¹⁷ Pour un historique critique de la collocation, voir Guy Benoît. *La collocation, la séquestration à domicile et l'imagination jurisprudentielle*, in Jean Gillardin (ed.), *Malades mentaux : patients ou sujets de droits ?* Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles, 1985, p. 149-215.

dire le financement de la prestation de soin hospitalier. Désormais, l'hôpital psychiatrique n'est que soin. Plus que jamais sa vocation est de guérir.

Y-a-t-il des alternatives pratiques ?

En même temps, toujours à la sortie de la guerre, un autre couple solidarité-prospérité, moins solidifié institutionnellement, plus disparate, vient produire des plis, et même des failles et des collisions dans la strate. Donc les mêmes mots, ceux de la strate, solidarité-prospérité, circulent mais cela ne semble pas être la même affaire, d'emblée, il y a tension. La prospérité comme vecteur de déplacement infini vers l'abondance tant du côté de la production que de la consommation conduit à se heurter parfois violemment pour capter les matériaux, les flux financiers et les codes culturels de la mainmise sur les ressources. Certains des problèmes consécutifs seront la focalisation de la strate suivante, notamment la modification des climats. Par contre les rapports de force sur la distribution des richesses, les inégalités salariales mais aussi le rapport propriété du capital versus salariat, provoquent des collisions au cœur de cette strate. La pacification par la négociation d'une justice distributive qui atténue les inégalités grâce à la Sécurité sociale ne change pas le mouvement de fond. Autrement dit, si c'est cela solidarité-prospérité, c'est pas mal, mais il y a quand même de fameux problèmes.

D'autres rapports, on pourrait presque dire d'autres vécus à la prospérité sont venus s'immiscer dans la strate, à l'intérieur de la strate prospérité-solidarité, parfois à l'intérieur de ces solidifications institutionnelles qui prétendaient à la solidarité. Hôpital-malade-maladie mentale-guérir est un de ces endroits institutionnels à partir desquels vont naître des discordances. Si

pour certaines formes d'indigence, il était permis d'espérer qu'elles puissent à coups de correction se mettre en ordre de participer aux productions et consommations des abondances, avec les malades mentaux ça fout le camp dans trop de directions. Le parler se découd et voyage dans des sphères mystérieuses, les émotions stupéfient, les désirs se décalent de toute velléité de production organisée, glissent dans des consommations extravagantes, ou à l'inverse, rien, le calme plat, zéro consommation, l'apathie, la neurasthénie ou la catatonie. Certains se sont dit qu'il faudrait chercher une alternative à la sédimentation de la prospérité-solidarité telle qu'elle s'exprime dans hôpital-malade-maladie mentale-guérir. Pour une bonne part, cela était d'ailleurs assez évident, car guérir, il fallait être aveugle pour ne pas voir qu'il y avait un gros problème. Et l'alternative, c'est quoi ? Eh bien, on ne sait pas. Les plis bien formés du paysage hospitalier, ils sont visibles et ils nous parlent. Ce qui se trame de façon moins visible, ou carrément qui n'est pas encore là, cela demande tout un effort très incertain pour le faire advenir. Certains, certaines se sont dit qu'ils, elles pourraient chercher une approche différente. Ils, elles se sont dit, ils, elles se sont demandé s'il n'y avait pas lieu – à l'occasion de la rencontre avec le malade mental - de résister à cette approche de la prospérité et de la solidarité et d'en parler autrement. Et là, il va falloir chercher, tenter pratiquement quelque chose, et en discuter.

De l'hôpital à d'autres espaces dédiés

Pratiquement (le mot est ici vraiment décisif), quelles relations pourrions-nous avoir avec la personne malade mentale ? Avec la personne, puisque si nous voulons plier la relation autrement, il faut faire glisser cet être-là en dehors de ses emprises

institutionnelles actuelles, prudemment, d'autant plus prudemment que personne ne vit sans s'appuyer à quelque institution, une école, un club, une famille, un emploi, et que justement pour ces personnes-là ces institutions sont en défaut d'hospitalité, ou en souffrance d'hospitalité. Quelles relations nous pourrions soutenir, pratiquer, quand ces relations ne vont pas de soi, dans les différentes institutions qui sont là, dans la société actuelle ? On va chercher à expérimenter des relations, les tenter, les chercher, les discuter, trouver le langage qui permette d'en parler. Des relations soucieuses d'un mode de vie minorisé, affaibli, partiellement désemparé, et traversé d'une intensité relativement élevée de souffrance. En fait, des relations de solidarité. Mais on voit bien que le même mot, ne recouvre pas la même chose sur les deux versants de la strate, il y a comme une divergence, des poussées dissidentes. Cette autre solidarité qui se cherche se pratique dans un registre qui s'écarte, cherche à s'écarter, non pas simplement de l'institution hôpital-malade-maladie mentale-guérir, mais des plis prospérité-abondance-croissance et solidarité-sécurité sociale pour tenter de pratiquer une autre solidarité, plus vivante, qui désire réinventer les relations, sans opérer une ségrégation qui délègue ce travail des relations à une institution de solidarité dédiée aux malades mentaux.

Récit d'une tentative

Tout cela nous invite à élargir le dépliement des alternatives. « L'institution que nous mettons en question n'est pas l'asile, disait Franco Rotelli en 1986 en rendant compte de ce qui se

passait dans la ville de Trieste, mais nos rapports à la folie¹⁸. » Là où nous devrions exercer une réflexion critique, ce sont tous ces rapports que les uns et les autres nous entretenons avec la folie, avec la constellation folie / maladie mentale / insensé / problème de santé mentale / aliéné / etc. Nous devrions exercer cette réflexion critique et tenter des alternatives là où nous sommes, dans les institutions dans lesquelles nous vivons, avec les personnes avec lesquelles nous sommes en relation. Et si, prospérité pouvait à cette occasion se déployer dans un autre sens que abondance-opulence ? Par exemple, prospérité serait « prendre soin des relations ». Et nous pourrions alors tenter de décliner ce dont il s'agit plus précisément, sur un plan pratique : ainsi nous pourrions assembler collectivement des composantes, tel le « care » de Joan Tronto¹⁹, une attention soucieuse qui permet de reconnaître l'existence de besoins, une responsabilité où l'on s'engage dans la recherche de réponses, un prendre soin qui implique une compétence à agir et une réciprocité qui permet d'évaluer que le care donné est adéquat. Nous pourrions partir d'une définition de la prospérité sous ce jour nouveau, où la prospérité serait un « care » comme « activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible²⁰ ». Ce serait, à l'occasion de la rencontre avec la constellation folie / maladie mentale / insensé / problème de santé mentale / aliéné / etc., une recherche toute différente qui nous impliquerait à plusieurs sur nos rapports à cette

¹⁸ Franco Rotelli, *L'institution en invention*, in Perspectives, n°15, Liège, ASBL Revers, 1990, p. 55.

¹⁹ Voir notamment, Olivier Croufer, *Les dimensions sociales et politiques du « care »*, Centre Franco Basaglia, 2013. Téléchargeable sur psychiatries.be

²⁰ Joan Tronto, *Une monde vulnérable. Pour une politique du care*, Editions la découverte, 2009, p. 143.

constellation, nos rapports aux institutions que nous habitons. Ce n'est par ailleurs pas uniquement à partir de la psychiatrie que de telles relances dissidentes sur la prospérité sont tentées²¹. Elles ne vont jamais de soi, puisque dire ce que pratiquement pourrait être « maintenir, perpétuer et réparer notre monde, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible », ou une « prospérité de vies épanouissantes ou de vies dignes » demande toute une construction pratique et réflexive. Toutes ces formulations inspirantes demandent toujours des partages, des dispositifs pour partager, raconter, discuter, débattre, délibérer.

Les alternatives à la psychiatrie ou dans la psychiatrie ont toujours besoin de dispositifs de démocratie. Ce n'est pas pour rien qu'un courant de ces alternatives se soit appelé *psychiatria democratica*. La contestation qui l'a vu naître était bien plus forte qu'une querelle à l'égard de l'institution hôpital-malade-maladie mentale-guérir. L'existence-souffrance, quand elle est ouverte sur le corps social, entre en conflit avec des institutions, avec nos institutions, avec nos références culturelles, avec nos définitions ordinaires de la prospérité, nos références culturelles sur une vie bonne, une vie digne ; la solidarité, la prospérité.

²¹ Voir l'ouvrage de synthèse de Isabelle Cassiers, *Redéfinir la prospérité. Jalons pour un débat public*, Editions de l'Aube, 2011.

Strate 3. De 1990 à aujourd'hui. Ce qu'on appelle santé mentale

On appelle réforme, un changement important, dans les mœurs, les lois ou les institutions. Divergente d'une révolution, la réforme est plus progressive et moins radicale. 1990 est le début d'une réforme, plus précisément d'une réforme d'un nouveau type puisque la psychiatrie en a connu d'autres, ne fût-ce que dans la période d'après-guerre²². En 1990, le politique sent un besoin de faire bouger les lignes, il perçoit assez clairement un problème. Ce problème apparaît explicitement dans le rapport Groot et Breda²³, deux chercheurs universitaires auxquels le ministre des Affaires sociales de l'époque avait commandé une étude scientifique pour évaluer les équipements hospitaliers psychiatriques. Ce rapport montre que si l'ambition était de guérir ou de soigner, ce qui est la prétention normale d'un hôpital, en l'occurrence un hôpital psychiatrique, ça ne marche pas du tout. La majorité des patients hospitalisés en psychiatrie y reste des années, souvent plus de 15 ans, et quand ils ont la possibilité de sortir, la majorité y retourne dans les deux ans²⁴. Un

²² Notamment en 1972 lorsqu'une distinction entre service A (Aigus pour un traitement actif) et T (pour la réadaptation des chroniques) entre en place avec comme intention de guérir ceux qui pouvaient vraiment l'être et de tenter une réhabilitation pour les autres. Cette distinction hospitalière toujours à l'œuvre s'est prolongée dans les deux types d'équipes mobiles des réseaux PSY 107.

²³ Groot, L.M.J. et Breda, J., *Evaluation de la programmation hospitalière. Deuxième partie : soins hospitaliers psychiatriques*, Anvers, UIA. Département de sociologie et de politique sociale, 1989.

²⁴ Fin des années 80, 55% (13000 personnes) des lits psychiatriques sont occupés par la même personne depuis plus de 5 ans, dont 9200 personnes qui les occupent depuis plus de 15 ans et 5900 personnes depuis plus de 25 ans. A la sortie de l'hôpital psychiatrique, une

système de gestion d'une préoccupation publique qui ne réalise pas ce qu'il prétend réaliser est évidemment une situation gênante pour les institutions politiques.

Ça ne va pas. Mais le problème de l'effectivité d'une guérison, nous le rencontrons auparavant. Alors autour de 1990, qu'est-ce qui est en train de se passer ? On va instaurer quelque chose de neuf, pas seulement dans les lois qui régissent le système de soin, mais également de neuf sur le plan institutionnel, sur le plan des mœurs, sur le plan social. En ce sens, le terme de réforme convient bien.

Instaurer une réforme sur de tels plans n'est pas que le fait de responsables politiques. Cette réforme est rendue possible car dans la société des dynamiques sociales apparaissent comme différences par rapport aux périodes précédentes. Ça n'apparaît pas d'un coup. La date de 1990 est symbolique, ça se trame certainement tout au long de la période qui s'inaugure depuis 1945.

Ce changement long, c'est quoi ? C'est le passage à la santé mentale. Si la maladie mentale est la préoccupation dominante de la période d'après-guerre, progressivement la focalisation va se déplacer vers la santé mentale. Il devient préférable de dire « problème de santé mentale », plutôt que « maladie mentale ». Globalement, on est pris dans un mouvement qui consiste à amener à plus de santé mentale, ou à une meilleure santé mentale. Et si l'on chute trop bas, l'idée est de se rétablir. De nouveaux

personne a 68 % de chance d'y retourner dans les deux années suivant sa sortie.

mots apparaissent comme celui de rétablissement²⁵, à côté de guérir ou soigner.

Comment pourrions-nous caractériser ce basculement ?

Une première chose, on l'entend tout de suite, est que maladie mentale est une désignation négative. La maladie mentale est un état à faire disparaître ou à amoindrir en le soignant ou le traitant. La santé mentale est une désignation positive. Elle est un horizon désirable.

De surcroît, elle est un horizon rassembleur. Dans une société où les différends sont crispants, la santé mentale permet d'harmoniser les desseins personnels et collectifs. Tout le monde est d'accord d'aller vers de la santé mentale, la sienne, et celle de toute la population.

Nouvelle différence : ce désir de santé mentale vaut pour toute la population. Alors que la maladie mentale vient désigner des catégories particulières d'individus, la santé mentale prend tout le monde dans le bain.

Tout le monde et tous côtés. La santé mentale n'est pas uniquement l'affaire d'une institution spéciale comme l'hôpital psychiatrique, mais c'est tous côtés, au boulot, en famille, à la salle de sport, en vacances, chez le médecin et au spectacle.

²⁵ Sur la notion de rétablissement qui sera un des savoirs pratiques porteurs de cette strate : Chantal Van Audenhove, *Le rétablissement par soi-même. Vivre plein d'espoir avec une vulnérabilité psychique*, LannooCampus, 2015. Luc Van Huffel, en collaboration avec Pascale Jamoulle et Emmanuel Nicolas, *Le rétablissement en pratique(s). Accompagner autrement les personnes en difficultés psychiques*, LannooCampus, 2015.

Structuration des espaces

Pourquoi 1990 ? Parce que 1990 est la date où sera promulguée une série de lois qui vont transformer la structuration des soins psychiatriques. Après le rapport Groot et Breda, on ne va pas seulement changer quelque chose dans l'hôpital, mais on va désigner un ensemble de services complémentaires qui vont devoir se concerter ; la loi instaure les plates-formes de concertation psychiatriques. C'est le début des réseaux dans les milieux de vie ; on va organiser, ou du moins tenter d'organiser un ensemble de services dans les milieux de vie. Ce mouvement va s'accroître au 21^e siècle avec l'organisation PSY107²⁶ qui instaure des réseaux de santé mentale au-delà du spectre des institutions historiquement dédiées à la psychiatrie. Cela va des médecins généralistes aux services d'insertion, en passant par des institutions culturelles ou des éducateurs de rue.

Deuxième élément qui s'inaugure institutionnellement en 1990 : l'entame de l'hôpital psychiatrique. La loi prévoit de reconverter les lits dans d'autres services, en l'occurrence des Habitations Protégées (I.H.P.) et des Maisons de Soins Psychiatrique (M.S.P.). Plus tard, les lits pourront être reconvertis en équipes mobiles de crises ou en équipes mobiles pour patients chroniques.

²⁶ La relance politique qui aboutit à la réforme PSY107 date de « La déclaration conjointe du 24 juin 2002 des Ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique future en matière de soins de santé mentale ». La mise en place des réseaux PSY107 s'accomplit plutôt à partir de 2010. Le PSY107 a un site internet officiel www.psy107.be/ où l'on peut trouver des didacticiels de toutes sortes sur le développement de cette réforme.

Avec le recul, puisque cette dynamique a déjà plus de trente ans d'âge, nous pouvons tenter de qualifier les traits structurels de ces réseaux. Trois caractéristiques sont souvent mises en avant²⁷.

La segmentation. La multiplication des services impliqués dans les réseaux complique et rend quasi impossible une expérience globale. C'est un paradoxe puisque tout en envisageant une multiplication des aspects déterminants la santé mentale, les réseaux sont loin de permettre une expérience suffisamment rassembleuse de cette multiplicité. L'organisation est segmentée et l'expérience tant des bénéficiaires que des opérateurs est, elle aussi, morcelée. L'offre est organisée en fonctions²⁸ ou en programmes : des offres de soin, des offres d'insertion, des offres de réhabilitation, des offres en logement, etc., et chaque offre comporte de nombreuses propositions de services. Il est compliqué pour les opérateurs, ou même interdit par la législation, de combiner les fonctions au sein de leur structure. Chaque segment est censé opérer une différence par rapport aux autres segments. Les programmes de subvention de l'État sont fondamentalement organisés ainsi. En conséquence de cette organisation, l'expérience est libérale. Permettre une mise en œuvre des libertés est l'un des ressorts majeurs de l'ensemble segmenté. Les bénéficiaires font un parcours parmi les services offerts, ce terme de « parcours » est d'ailleurs relatif à cette organisation d'un réseau. Quant aux opérateurs, ils se

²⁷ Pour une présentation à la fois semblable et différente de cette dynamique : Sophie Thunus, *Changements institutionnels dans le champ de la santé mentale en Belgique : dynamiques écologiques et sociales*, texte présenté au Colloque « Les services de santé mentale dans la cité », le 8 octobre 2015 à Charleroi. Téléchargeable sur internet.

²⁸ Notamment dans la terminologie PSY107.

positionnent comme fournisseur d'une offre spécifique dans ce marché.

La spécialisation. Corollaire de cette segmentation, chacun se spécialise. Chaque service se spécialise, chaque travailleur, chaque travailleuse se spécialise. La spécialisation peut porter sur un aspect du problème (une pathologie, un handicap d'insertion, le droit au travail). La spécialisation peut porter sur une méthode (des thérapies, des accompagnements, des méthodes d'insertion). La spécialisation peut se faire par profession (psychiatre, éducateur, animateur culturel, infirmier). Ces spécialisations sont assez encadrées, par de la législation, par des statuts institutionnels, par des formations, et souvent au niveau des personnes par des savoirs et des pratiques qui leur tiennent à cœur et les précisent dans leur désir. Ces spécialisations permettent des relations très pointues sur un aspect du réel d'une vie problématique, et en même temps elles quadrillent ce réel, le rendent pluriel, plus riche, mais aussi plus compliqué, plus disjoint ou plus accaparant si l'un des quadrillages exerce une emprise plus intense au détriment des autres.

La complexification. L'organisation en réseau va dès lors chercher à contrebalancer les ségrégations de la segmentation et de la spécialisation. Elle va mettre en place des instances de concertation ou de coordination (dès 1990, les plateformes de concertation psychiatriques, plus tard, les différents comités et organes de concertation des réseaux PSY107). On va mettre en place des méthodes (Plan de Soins Intégrés, Clinique de la concertation).

Dialogue de strate

Clémence. J'ai l'impression que nous devons examiner une forme de paradoxe dans ce moment : d'une part, l'émergence du paradigme de la santé mentale crée un imaginaire social où tout.e un.e chacun.e se sent concerné.e par *ce dont il s'agit* et, d'autre part, les services censés accompagner ceux et celles qui en ont besoin sont des services de plus en plus spécialisés, c'est-à-dire réservés à une petite quantité de personnes qui répond à des critères très précis (âge, problématique sociale, diagnostic clinique, situation d'assuétude, etc.). C'est quoi ce double mouvement, d'après toi : d'une part, la santé mentale concerne tout le monde et, d'autre part, les services dédiés sont susceptibles d'accueillir un profil strict et restreint de personnes à cause des critères qui régissent leurs missions spécifiques ?

Olivier. Que l'on entame le déploiement d'un problème d'existence par un aspect, une façon partielle de cerner une personne ou une situation, n'est pas paradoxal avec l'horizon de santé mentale, qui va concerner – différemment – une multiplicité de personnes qui vont chercher à moduler leurs modes de vie pour être en meilleure santé mentale. La norme de santé mentale fonctionne en invitant à multiplier auprès des individus des aspects spécifiques à prendre en considération pour sa santé mentale. Le développement de la préoccupation de la santé mentale s'accomplit en même temps que et grâce à la croissance et la diversification de l'offre en santé mentale.

Pratiques de pouvoir

Dans les plis de cette structuration s'est développée ce qui s'est appelé à partir des années septante une biopolitique. C'est un

drôle de terme, pas courant, mais quand on s'y arrête, on sent qu'il est assez descriptif de ce dont il s'agit dans cette période. Bio signifie vie, comme dans biologie, ou biographie où tu écris la vie de quelqu'un. Et politique renvoie ici à un gouvernement, pas le gouvernement fédéral ou le gouvernement wallon, ni même les hommes et femmes politiques, mais une façon de gouverner les conduites et de gouverner sa vie ou la vie. Avec la santé mentale, on a une nouvelle gouvernementalité des conduites, une nouvelle manière de conduire sa vie et de nouvelles manières d'être conduit dans sa vie. Ta vie se sent, se pense, s'expérimente, dans l'horizon de la santé mentale. Ce n'est pas si évident, car il y a évidemment d'autres horizons possibles pour ses conduites, conduire sa vie à l'horizon de l'amour de Dieu et de son prochain, conduire sa vie à l'horizon des transitions climatiques, conduire sa vie à l'horizon d'une révolution populaire. On sent bien qu'on n'a pas le même type de conduite selon ces différents horizons.

Jusqu'ici, nous pouvons certes détecter quelque problème, mais l'allant de la santé mentale se dessine plutôt comme un ressort fondamentalement positif, avec de belles transformations sociales, un bel horizon. Pourtant, alors que se développe la santé mentale, de nouveaux problèmes vont se vivre et vont tenter de se formuler.

Est-ce qu'il n'y aurait pas de nouvelles formes de pouvoir ? Inviter toute une population à conduire sa vie à l'horizon de la santé mentale, est-ce que cela n'introduit pas une nouvelle forme de pouvoir. Et alors, cette forme de pouvoir, ce serait quoi, comment nous pourrions la caractériser ?

Une formulation a été de dire que nous passons d'une société disciplinaire à une société de contrôle²⁹.

La discipline est une forme de pouvoir, une modalité pour l'exercer, avec ses techniques, ses procédés, ses cibles. Elle s'exerce dans des lieux dédiés, par exemple une prison, un hôpital, une usine. Et du même coup sur des populations spécifiques, un délinquant, un malade, un ouvrier ou un cadre. La discipline prescrit des conduites modèles. Plus exactement, elle invite les individus à adopter des conduites modèles. Et cela, pas seulement par des règles, mais aussi l'air de rien, en invitant à collaborer à la construction de savoirs (diagnostics, techniques de soins, bonnes pratiques,...) et à des organisations spatio-temporelles (rythmes de travail, procédures, service d'urgence, ...). L'hôpital psychiatrique moderne peut ainsi s'analyser comme l'organisation spatiale et temporelle qui permet la construction d'un cas. Par exemple, l'hôpital peut être envisagé comme le dispositif qui permet la construction sociale de la schizophrénie, puisque, au départ, la personne ne se reconnaît pas comme schizophrène, mais l'hôpital va lui apprendre que son expérience est celle d'un schizophrène et il va lui apprendre les conduites modèles d'un schizophrène qui prend soin de sa maladie. Le psychiatre et anthropologue Robert Barrett en a fait une étude remarquable dans *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*³⁰. Il montre comment dans le contexte d'une «

²⁹ Pour une présentation plus détaillée des sociétés disciplinaires et de contrôle, voir Croufer Olivier. *Les troubles embarqués des horizons normatifs*, Centre Franco Basaglia, 2020. Et Absil Marie. *Société disciplinaire et société de contrôle*, Centre Franco Basaglia, 2012. Croufer Olivier. *Biopolitique et dispositifs d'insertion*, Centre Franco Basaglia, 2012.

³⁰ Robert Barret, *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Synthélabo, 1999.

expansion plus générale des professions consacrées au « traitement des personnes », sensibles dans les économies développées à mesure qu'elles s'orientent davantage vers la production de services, (...) chaque profession à [l'hôpital psychiatrique de] Ridgehaven s'efforce de rassembler son corpus spécifique de connaissances, de promouvoir son « acte professionnel typique » et de mettre en avant sa définition spécifique du cas³¹ ». Certains moments, comme la réunion de cas, mais aussi certains concepts vont permettre d'évaluer comment le patient « se discipline » aux savoirs anticipatifs des professionnels. La notion de « trajectoire » devient un concept d'évaluation morale³². Le temps « signifie progrès et guérison (ou rechute et résistance) pour les patients situés sur une trajectoire. Toutefois, pour des patients situés en dehors d'une trajectoire, il signifie stase, gravité, indétermination et absence de but. Dans le travail psychiatrique, le temps n'est jamais absolu ; il porte toujours de la valeur.³³ » ? Nous pourrions évidemment tenter de repérer les modalités disciplinaires dans d'autres lieux dédiés de la santé mentale, par exemple une habitation protégée ou un centre de réhabilitation psychosociale, qui naissent ou se renforcent à partir de la réforme en 1990. L'époque contemporaine prolonge des traits des époques précédentes, celle de la strate qui s'inaugure à la sortie de la Seconde Guerre mondiale où les pouvoirs disciplinaires prennent une forme exemplative avec l'hôpital psychiatrique, mais notre présent prolonge aussi des strates antérieures puisque des traces du traitement moral perdurent au fil du temps.

Pourtant, à la fin du 20^e siècle, ce sont les traits d'une société de contrôle biopolitique qui viennent nous mettre en mouvement.

³¹ Ibidem, p. 56.

³² Ibidem, chapitre 6 : « Trajectoires morales : de la psychose aiguë au « schizophrène chronique » »

³³ Ibidem, p. 191.

Première différence du contrôle biopolitique par rapport à la discipline : nous sommes avec une multiplicité de lieux, plein de lieux, pas nécessairement des lieux vraiment dédiés, tels les classiques de la santé mentale, l'hôpital, le service de santé mentale... mais on va multiplier les lieux, l'habitation protégée, l'appartement thérapeutique, des ateliers ergothérapeutiques, les ateliers culturels, de rééducation, de réinsertion, de production, de sport... puis il y aura la pénétration du domicile et des lieux d'habitation avec les équipes mobiles de crise, d'accompagnement... et pour finir tout lieu possible, l'école, la famille, le travail... et en quelque sorte même plus des lieux spécifiés d'avance mais des fonctions³⁴ d'habitation, d'insertion, de soin, de mobilité auprès des patients chroniques, de réhabilitation qui rendent possibles plus de lieux encore.

Du coup, les régimes d'exercice du pouvoir ne s'accomplissent plus pour des catégories d'individus, des délinquants, des malades, des écoliers, mais vont englober l'ensemble de la population. Et cet exercice du pouvoir ne s'exercera plus en suscitant l'adoption de conduites modèles, ou de savoirs modèles très spécifiques à des lieux, un hôpital, un home, une caserne, une entreprise, mais en incitant à des modes de vie, un ensemble de conduites et d'attitudes à s'approprier pour faire sa vie. En tant que l'incitation enveloppée dans la norme de santé mentale porte sur des modes de vie, les personnes sont invitées à jouer de leur liberté pour développer différentes variétés ou différents degrés de normalité, de bonne santé mentale. Cette norme de santé mentale s'accomplit dans des dispositifs de toutes sortes (savoirs, techniques, services, discours,...) qui vont soutenir dans la population la production – normale et incertaine – de soi.

³⁴ Notamment les cinq fonctions structurantes des réseaux PSY107.

Incertaine puisque la conduite à adopter n'est jamais donnée pour sûr, et la production de soi, l'accomplissement de sa dignité, le cours de sa vie se réalisent grâce à cette incertitude, grâce à cette liberté, grâce à cette possibilité créatrice, grâce ou dans cette angoisse, grâce ou dans cette inquiétude.

L'affaire de cette strate est donc très différente car plutôt que des conduites prescrites, nous sommes plutôt orientés par un horizon de santé mentale vers lequel tu peux aller en cherchant, en choisissant, en hésitant parmi différentes conduites plus ou moins en phase avec un mode de vie en plus ou moins bonne santé mentale. Mais l'horizon, on n'y parvient jamais. D'ailleurs tout le monde sait que plus on avance vers l'horizon, plus il recule. Je suis toujours dans un écart. Un écart où tu pourras mettre tes efforts, où tu pourras exercer ta liberté, où tu ressentiras de l'incertitude, voire de l'angoisse, du découragement de ne pas y parvenir, de la souffrance de ne pas être capable de mener ce projet de santé mentale.

Voilà le paradoxe de cette strate. Plus on promet tous azimuts de la santé mentale, plus les personnes s'éprouvent et s'expriment dans l'écart de cet horizon, elles expriment ce qu'elles vivent comme un problème de santé mentale. Plus tu promeus la norme de santé mentale, plus évidemment tu auras des problèmes de santé mentale dans la population.

Dialogue de strate

Clémence. Cette histoire de norme de la santé mentale, elle est intéressante car elle fait partie d'une expérience assez commune dans la vie sociale : comment on se raconte ou on entend les autres se raconter ? Je vais parler de façon située : dans mon expérience, j'ai l'impression d'être la témoin d'un glissement

récurrent. Dans les conversations, j'entends souvent parler de burn-out (au travail ou parental). Je n'entends pas, par contre, ou pas beaucoup, de personnes qui sont mobilisées dans la lutte syndicale pour l'obtention de meilleures conditions de travail ou bien mobilisées autour de la création d'un mode de vie tenable et décent pour exercer sa parentalité. Celui ou celle qui se sent mal va souvent explorer ce mal-être de façon individualisée en se positionnant en déficit, en manque par rapport à la santé mentale. On voit que la norme de la santé mentale produit un certain type de récits de soi que beaucoup ont pris le pli d'endosser. On se raconte au travers de sa santé psychique, au travers de son écart à une abstraction « bonne santé mentale ».

Ce glissement, si j'en grossis la dynamique, implique-t-il que tous les problèmes sociaux puissent, d'une façon ou d'une autre, être interprété en termes de « santé mentale » ? Et si c'est le cas, ou si l'on prend au sérieux cette hypothèse, la santé mentale n'est-elle pas autant une biopolitique (qui produit des manières spécifiques de se raconter) qu'une idéologie, c'est-à-dire une idéalisation qui recouvre le réel de significations abstraites à des fins politiques ?

Olivier. Il me semble qu'on gagne quelque chose à ne pas faire décoller le politique des pratiques quotidiennes. Tu pourrais tout autant dire : « une idéalisation qui nous rend sensible à certains aspects du réel et lui donne des significations qui structurent les façons de vivre ensemble. » Les façons de se raconter et de se vivre que tu évoques (la langue du burnout au travail ou parental) sont des modalités pratiques d'être politique, des modalités de parler, d'agir et d'organiser nos co-existences. J'aime le présenter comme ça, en laissant collé bio-politique ensemble, car si cela amène pas mal de problèmes comme on l'a vu, cela ouvre aussi à des alternatives pratiquement là où nous sommes. On peut très

bien tenter de raconter les souffrances existentielles qui nous arrivent selon d'autres versions que celles qui nous sont habituellement proposées (je pense notamment à l'exemple que tu donnes du burnout). Et dans nos relations quotidiennes, on peut aussi encourager d'autres versions auprès de ceux et celles avec lesquelles nous sommes. Alors, ce qui se produit n'est pas uniquement une version alternative du « bio ». Elle est aussi une version alternative du « politique ».

Des productions de savoirs aux conséquences politiques diverses

Les études scientifiques auprès de la population révèlent cette tendance de long terme. Sciensano, le service fédéral belge d'analyse scientifique de santé, publie régulièrement des données de santé mentale (une enquête approfondie sort tous les cinq ans, la dernière publiée date de 2018). Sciensano³⁵ utilise notamment le bien-être subjectif comme indicateur d'une bonne santé mentale. Dans la dernière étude, une personne sur trois éprouve un mal-être, mais c'est surtout la tendance qui nous importe pour comprendre la dynamique de la strate, or ce mal-être exprimé subjectivement augmente par rapport aux années 2001-2008. L'enquête de Sciensano porte aussi sur les troubles de santé mentale, c'est-à-dire un ensemble de symptômes cliniquement reconnaissables. Au moment de la dernière enquête, une personne sur dix souffre de troubles anxieux, une personne sur dix de troubles dépressifs. La proportion de personnes qui souffrent de troubles anxieux augmente (+ 6 %) par rapport à la

³⁵ Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. *Santé mentale. Enquête de santé 2018*. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

période 2001-2008. Le processus de récolte de données en continu développé par Sciensano nous renseigne une proportion de une personne sur six souffrant de troubles anxieux ou dépressifs en juin 2024 (dernières données disponibles)³⁶.

Le système de santé mentale, l'offre de services en santé mentale telle qu'elle se développe depuis cette réforme de 1990, profite de cette tendance des problèmes de santé mentale à la hausse. Nous pouvons vraiment hésiter sur les termes : « profite », ou « tente de maîtriser », ou « participe au développement » de cette tendance des problèmes de santé mentale à la hausse. Pour éclairer la dynamique de l'offre de services, Sciensano développe un troisième volet dans ses enquêtes, il porte sur les traitements en santé mentale. Dans la dernière enquête, lors de l'année écoulée, une personne sur treize a pris des somnifères ou tranquillisants pour soigner ses troubles anxieux, une personne sur huit a pris des antidépresseurs. En Belgique, en 2022, une personne sur quatre a consommé des psychotropes³⁷, c'est-à-dire des médicaments prescrits par un médecin pour soigner des problèmes de santé mentale. Ce que ces données expriment, ce n'est pas seulement la hausse des problèmes de santé mentale dans la population, mais l'emprise croissante des offres de différents services en santé mentale pour traiter les souffrances

³⁶ On peut trouver des résumés de ces données sur le site officiel des agences fédérales de santé

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/sante-mentale>

³⁷ . La donnée est disponible sur le site du Service Public Fédéral Santé Publique : <https://www.health.belgium.be/fr/news/1-belge-sur-4-consomme-des-psychotropes-en-2022>

existentielles³⁸. Cette croissance profite aux acteurs qui y trouvent l'occasion de proposer leurs services.

Nous n'avons pas la prétention de déposer dans ce texte tous les jalons et toute la complexité des problèmes de la strate actuelle. Néanmoins, la mutuelle Solidaris dans une étude qu'elle publie annuellement introduit des jalons qui enrichissent autrement la formulation de cette strate contemporaine. Solidaris publie un indice composite « confiance et bien-être³⁹ » qu'elle construit par des enquêtes par entretiens ou sur des données statistiques objectives. Les valeurs de cet indice « confiance et bien-être » diminuent globalement depuis 2015. Mais pas pour tout le monde. Ceci est un jalon à déposer, celui des inégalités. En comparant la cohorte des personnes les plus aisées socio économiquement à celle des moins aisés, les différences sont flagrantes. Pour les plus aisés, l'indice est relativement stable, pour les plus précaires, l'indice se dégrade assez significativement au fil du temps. La dégradation de l'indice est plus importante pour les femmes. La dégradation de l'indice est plus importante pour les personnes au-delà de 40 ans. Cela nous invite à y regarder de plus près sur les dynamiques d'inégalités dans la strate. Parler des inégalités socioéconomiques ou des inégalités de genre invite à des bifurcations possibles de la pensée et de l'action qu'asphyxiait un étouffement de tous les problèmes sous l'emprise de la santé mentale.

³⁸ Pour une proposition d'analyse de cette dynamique, voir Croufer Olivier, *Une personne sur quatre*, Centre Franco Basaglia, 2023. Téléchargeable sur [psychiatries.be](https://www.psychiatries.be)

³⁹ Solidaris, *Baromètre confiance et bien-être 2023*, Institut Solidaris, 2023. Téléchargeable à <https://www.institut-solidaris.be/index.php/bcbe2023/>

Dialogue de strate

Clémence. Des travaux récents explorent la façon dont la structuration raciste de la société affecte la vie psychique des personnes qui sont exposées à cette violence, on utilise généralement le terme de personnes racisées. Tout un tas de travaux examine également la façon dont les femmes*⁴⁰ souffrent de souffrances psychiques parce qu'elles sont victimes de rapport de domination et de violence sexistes et sexuelles en raison de leur genre. Les personnes qui se sentent appartenir à la communauté LGBTQIA+ sont, elles aussi, victimes de violences structurelles (sexistes, sexuelles, de genre, de transphobie, d'homophobie, de lesbophobie). Au-delà des travaux émergents qui montrent le lien entre exposition structurelle à des violences sociales et souffrance psychique, que pouvons-nous ressaisir ? Y a-t-il un signe d'une reprise du travail politique qui consiste à nouer la souffrance singulière aux structurations socio-politiques de nos existences ? Est-ce que tu penses qu'il y a, à cet endroit, un nouvel élan pour ré-implanter la question de la souffrance existentielle dans des communautés politiques et sociales (militantes ou non) ?

Olivier. J'aimerais essayer de te répondre avec le recul que permet l'histoire des strates que nous venons d'effectuer. Sur chaque strate, il y a des nouages entre des savoirs, des espaces, des pratiques et des récits. Pour faire bref, le nouage aliénés-asiles-etc, le nouage hôpital-maladie mentale-etc, le nouage trouble psychique-santé mentale-etc., ce sont chaque fois des nouages politiques. Ils vont faire vivre et organiser des façons de poser

⁴⁰ Nous utilisons le caractère * pour signifier que nous entendons par « femmes* » les personnes qui se socialisent ou sont socialisées comme appartenant au genre féminin.

des problèmes de société et de les gérer. On a vu que sur chaque strate, des écarts venaient faire différence ou divergence par rapport à la manière pratico-politique dominante de faire vivre ce dont il s'agit. Pour la strate contemporaine, c'est intéressant de se demander comment ouvrir autrement les impasses pratico-politiques que l'on vit et que l'on essaie de formuler. Tes formulations ouvrent des écarts qui me semblent pouvoir ouvrir quelque possibilité. En glissant de « problème de santé mentale » ou « trouble psychique » ou « souffrance mentale » à « souffrance existentielle », tu produis une différence dans l'énonciation du problème de strate. L'affaire n'est plus seulement « psychique » ou « mentale » et personnelle, mais elle devient aussi existentielle, en rapport à l'existence, en rapport à des conditions d'existence. Cela peut déplacer la formulation du problème vers les conditions d'existence matérielles et culturelles (habitat, activités productrices de valeurs, revenus, participation à l'élaboration de références culturelles, etc.). Ce n'est plus uniquement son problème à soi qu'il s'agit d'affronter, mais le problème des mondes dans lesquels nous vivons. Comment la souffrance existentielle vécue par une personne nous invite à aménager autrement les mondes dans lesquels nous vivons ? Cela peut se faire, comme tu le proposes, grâce à des « communautés politiques et sociales » qui viendraient formuler et tenter de pratiquer d'autres rapports au monde à partir d'un ancrage spécifique des souffrances existentielles, étant noire, étant femme, étant L ou G ou B... J'insiste sur la composition des mondes. Chacun.e a ses insistances dans la recherche des problèmes de strate. Je dis ici mes insistances pas du tout pour essayer de convaincre, mais plutôt pour inviter le lecteur, la lectrice à tenter de formuler les siennes. Composer des mondes, c'est-à-dire faire vivre ensemble des rapports au monde qui sont

différents. Ces rapports au monde sont différents car nous ne sommes pas les mêmes êtres, avec les mêmes histoires, dans les mêmes situations. Cela pose toute une série de questions pratiques pour ces « communautés » que tu cites pour qu'elles prennent en compte une divergence de rapports au monde au-delà du monde où elles sont situées et dans lequel elles courent toujours le risque d'être repliées si ces compositions échouent. Si je le formule du côté des institutions de santé mentale, la question devient comment elles travaillent à leur disparition progressive à mesure que nous transformons les mondes dans lesquels nous vivons pour nous attacher à nouveau aux souffrances existentielles desquels nous nous étions disjoints.

Et maintenant...

Nous le voyions : tout un tas de *bougés* ont eu lieu, ont lieu autour de la réalité folie/asiles/aliénés/hôpital/malade mentaux/ santé mentale / services d'accompagnement. Nous avons tenté de tracer quelque chose de leur superposition, de leur sédimentation, de leur mutation ou de leur disparition.

Nous allons nous en tenir à cela : au tracé d'une histoire précaire, ouverte à être reprise par d'autres points de vue, sous d'autres angles, à d'autres endroits, sur d'autres couches.

Faire l'histoire en strates ou en « tramant » le temps agit, nous l'espérons, de manière non-définitive, non-clôturante. Nous avons tenu à produire une interrogation, un peu hésitante, sur les façons de se rapporter à ce dont il s'agit. Nous continuerons à faire varier ces reprises dans des collectifs situés : avec des travailleurs.euses des structures de nos réseaux, avec des usagers.ères des services psychiatriques ou de santé mentale, avec des collectifs citoyens, avec des professionnel.le.s du soin. Faire cela, c'est tenter de se hisser à la hauteur de ce dont il s'agit : une réalité au sujet de laquelle une infinité de paroles, de sensibilités et de savoirs cherchent leur droit d'expression collectif et singulier.

Pour continuer à voyager dans les strates

Outre les références mentionnées au cours du texte, voici quelques références supplémentaires qui ouvrent de nouvelles bifurcations aux voyages dans les strates.

Strate 1

Sophie Mendelsohn, *Les Vagabondes*, Editions de l'Arachnéen, 2015.

Laure Murat, *La Maison du docteur Blanche : histoire d'un asile et de ses pensionnaires, de Nerval à Maupassant*, Éditions J.-C. Lattès, 2001.

Michel Foucault, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973 – 1974)*, Editions du Seuil, 2003.

Florent Gabarron-Garcia, *Histoire populaire de la psychanalyse*, La Fabrique, 2021.

Strate 2

François Tosquelles, *Soigner les institutions*, Editions de l'Arachnéen, 2021.

Franco Basaglia, *L'institution en négation*, Editions Arkhé, 2012.

E. & P. Koechlin, *Corridor de sécurité*, Editions d'Une, 2019.

Frantz Fanon, *Ecrits sur l'aliénation et la liberté*, Editions La Découverte, 2015.

Jean De Munck (sous la direction de), *Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action politique.*, Academia Press et Polititique scientifique fédérale, Gent, 2003.
Téléchargeable sur internet
<https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/119518/3/santementaleetcitoyennete.pdf>

Strate 3

Treize, *Charge. J'ouvre le huis-clos de l'hôpital psychiatrique*, La Découverte, 2023.

Jérôme Bertin, *Le patient*, Editions Les Presses du Réel, 2012.

Mathieu Bellhassen, *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La Fabrique, 2014.

Douce Bondido, *La Charge raciale. Vertige d'un silence écrasant*, Editions Fayard, 2024.

Paul B. Preciado, *Je suis un monstre qui vous parle*, Editions Grasset, 2020.

Paul B. Preciado, *Orlando, ma biographie politique*, Arte France, 2024.

Les analyses du blog « Comme des fous » :

<https://commedesfous.com/>

Psychiatrie et Carcéral, l'enfermement du soin, coll. La Brèche, Editions Météores, 2023.

Santé mentale & souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales, sous la direction de Isabelle Coutant & Simeng Wang, CNRS Editions, 2018.

1ère édition, décembre 2024

Editeur responsable :

Centre Franco Basaglia asbl,
Chaussée des Prés, 42, 4020, Liège.

Courriel : educationpermanente@psychiatries.be

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles

