

# La désinstitutionnalisation psychiatrique

## *Un phénomène introuvable en Belgique dans les années 1960 et 1970?*

Benoît MAJERUS

La désinstitutionnalisation psychiatrique est un des récits les plus puissants pour parler de la psychiatrie d'après 1945 dans une historiographie qui reste très focalisée sur l'Europe et l'Amérique du Nord<sup>1</sup>. Comme pour d'autres cadres analytiques du Temps Présent, le terme pose néanmoins problème<sup>2</sup>. Que ce soit « désinstitutionnalisation », « sectorisation », « communalisation », « déshospitalisation », la terminologie utilisée n'est pas issue d'une réflexion historiographique, mais constitue un terme contemporain au phénomène qu'il est censé décrire. Les mots utilisés sont dès lors chargés au niveau idéologique et politique. Pour certains, il s'agit d'une nécessité morale – l'institution asilaire est une prison –, pour certains, d'une nécessité médicale – l'institution asilaire rend malade – pour d'autres finalement d'une nécessité financière – l'institution asilaire est trop chère.

La question de la désinstitutionnalisation ne se limite d'ailleurs pas à la psychiatrie pendant ces années de contestation. L'interrogation porte sur les institutions en général, que ce soit l'école, la religion, l'armée ou la médecine. Dans ma contribution, je vais aborder le cas de la psychiatrie belge à travers trois questionnements. Dans quel contexte idéologique est posée la question de la désinstitutionnalisation? Comment évoluent les chiffres de lits psychiatriques dans les années 1960-1970? Quelles solutions extra-hospitalières sont offertes pendant ces années-là en psychiatrie? Cette période dans l'histoire de la psychiatrie belge n'a encore guère fait l'objet de travaux historiques<sup>3</sup>, le chapitre ouvre donc davantage des pistes qu'il ne donne déjà des réponses bien étayées.

1. HESS Volker et MAJERUS Benoît, « Writing the History of Psychiatry in the 20<sup>th</sup> Century », *History of Psychiatry*, vol. 22, n° 2, 2011, p. 139-145.
2. GRAF Rüdiger et PRIEMEL Kim C., « Zeitgeschichte in der Welt der Sozialwissenschaften. Legitimität und Originalität einer Disziplin », *Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte*, vol. 59, n° 4, 2011, p. 479-508.
3. VERMEYLEN Jean et SCHOUTERS-DECROLY Lucette (dir.), *Hors les murs! Naissance de la psychiatrie extra-hospitalière. L'équipe – histoire & philosophie*, Bruxelles, L'Équipe, 2001 ; WEETERINGS Quinten, *Politiechirurgie. Politieke aspecten van de antipsychiatrie in de jaren 1970*, mémoire de master, KUL,

## Une histoire de contestations

Au début était l'antipsychiatrie, tel pourrait être résumée d'une manière manichéenne l'histoire de la désinstitutionnalisation psychiatrique. Certes, comme dans les autres pays européens, la critique de l'institution asilaire existe en Belgique depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle suite à plusieurs scandales. Mais à partir des années 1950, un nouveau mouvement de contestation touche la psychiatrie. Mouvement transnational avec une triade intellectuelle – Foucault, Laing, Basaglia – lue et admirée dans la plupart des pays européens, il connaît bien sûr des articulations nationales particulières. Contrairement à d'autres pays comme l'Italie ou les Pays-Bas, la Belgique n'aura pas de figures ou d'organisations de proue qui auraient permis de cristalliser et personnifier les changements.

Dans le contexte de la grève des médecins en 1964, caractérisée par un engagement corporatiste du corps médical<sup>4</sup>, se crée le GERM (Groupe d'études pour une réforme de la médecine). Porté essentiellement par des professionnels, le GERM rassemble plusieurs sensibilités : l'engagement pour une médecine générale et moins commerçante, la lutte pour l'accessibilité des moyens de contraception et la législation de l'avortement, un intérêt prononcé pour le Tiers Monde, la construction d'un réseau de maisons de santé... Sans être central dans sa réflexion, le GERM va néanmoins porter la réflexion antipsychiatrique dans le grand public à travers sa revue *Les Cahiers du Germ*, des numéros spéciaux de revues plus généralistes comme *La Revue nouvelle* ou par l'organisation de colloques comme *La Folie parmi nous* en 1973.

En 1978, un mouvement se focalisant exclusivement sur la psychiatrie se crée en Belgique : le GIA (Groupe d'information sur les asiles). Fortement inspiré par un groupe similaire fondé entre autres par Michel Foucault en 1972 en France, le GIA réunit des médecins, infirmières, psychologues, assistantes sociales, mais également des internés. C'est la première fois que des « ex-psychiatisés », nom que ceux-ci se donnent eux-mêmes, s'engagent publiquement en amenant un savoir spécifique qui est singulièrement valorisé dans ce mouvement. Ils sont issus du *Mouvement de libération des marginaux mentaux*, essentiellement composé de (ex)-patients de l'Institut Psychiatrique Brugmann où des psychiatres se sont lancés dans l'ouverture de sections fermées. Le GIA ne conteste pas en tant que tel l'exercice de la psychiatrie : « Nous nous refusons à être les détenteurs d'une solution miracle. C'est pourquoi nous évitons de jouer le jeu extrémiste en niant la

2009; HURTMANS Michel, *Paul Sivadon. Un médecin psychiatre au cœur de la désaliénation*, mémoire de master, université libre de Bruxelles, 2011.

4. SCHRIJVERS Klaartje, « De artsenstaking van 1964. Of hoe de artsen een machtig eenheidsfront wisten te vormen in hun strijd tegen de overheid », *Cahiers d'Histoire du Temps Présent*, 2005, n° 16, p. 57-89.

maladie mentale<sup>5</sup>. » Mais le GIA exige d'autres pratiques psychiatriques. Ainsi en ce qui concerne les psychotropes, il résume ses revendications en six points :

« Les médicaments

- abolition des traitements irréversibles,
- connaissance du traitement appliqué et de ses effets secondaires éventuels,
- droit de refus d'un traitement ou d'un médicament, c'est-à-dire un contrôle effectif sur les traitements,
- droit d'être informé lorsqu'un médicament en est à un stade expérimental,
- droit d'être en possession d'une ordonnance claire,
- droit pour tout interné et colloqué de consulter à tout moment son dossier, lui permettant, entre autres choses, d'appeler en justice<sup>6</sup>. »

Le GIA cherchera tout au long de son existence le contact avec d'autres groupes de personnes soumis à des processus de marginalisation. Que ce soit avec le Comité d'action des prisonniers (CAP), le Comité d'action et de défense des internés de Belgique (CADI), le Front national pour une médecine au service du peuple ou le Comité socio-médical pour la santé des immigrés, des liens se créent. Il lancera des campagnes ciblées contre certains hôpitaux psychiatriques notamment celui de Tournai qui vont conduire à des reportages dans la presse belge et à des discussions à l'intérieur de l'enceinte parlementaire.

À côté du GERM et du GIA, un troisième acteur dans ce champ qui lie politique et santé joue un rôle important en Belgique : le Réseau alternatif à la psychiatrie (RAP). Il naît en janvier 1975 d'une rencontre internationale à Bruxelles qui réunit la fine fleur de l'antipsychiatrie européenne : David Cooper, Félix Guattari, Robert Castel, Franco Basaglia... En Belgique, même, le Réseau participera à de nombreux combats : ainsi en 1977, il se mobilise pour les « prisonniers politiques » en Allemagne (membres du *Sozialistisches Patientenkollektiv*, Klaus Croissant, membre de la Rote Arme Fraktion). Cette mobilisation sera entre autres portée par des enseignants et étudiants de l'université libre de Bruxelles et des Facultés universitaires Saint-Louis. La section belge du RAP conteste radicalement la psychiatrie en tant que discipline médicale : « Il faut agir et cesser de parler de la folie si l'on n'est pas vraiment du côté des opprimés, si l'on ne se décide pas à prendre des risques pour abattre les murs de l'asile et l'idéologie médico-psychiatrique<sup>7</sup>. » À partir du début des années 1980, le RAP va être à l'origine de plusieurs initiatives visant à créer des solutions alternatives : accueil temporaire à domicile de personnes ayant des problèmes psychiques, création de lieux d'accueil dirigés par des travailleurs sociaux et sans psychiatre...

5. GIA, Bruxelles, 1976, p. 3.

6. AMSAB-Instituut voor Sociale Geschiedenis (AMSAB-ISG), Agence de Presse Libération-Belgique (APL-B), boîte 135, flyer non daté (probablement 1975).

7. AMSAB-ISG, APL-B, boîte 135, flyer non daté (probablement 1977).



Si les solutions alternatives proposées aux établissements psychiatriques varient donc, deux points sont communs : d'un côté le souci affiché de donner la parole aux patients<sup>8</sup>, d'un autre côté questionner la gestion exclusivement médicale de la folie.

Parallèlement à cette contestation de nature idéologique et politique, le monde de la psychiatrie belge est également marqué par des conflits sociaux, sans que les deux mouvements de lutte se rejoignent nécessairement. Phénomène plutôt inhabituel pour les institutions psychiatriques, des grèves se déclarent à plusieurs reprises dans les années 1970 : à l'Institut de psychiatrie Brugmann (Bruxelles) en avril 1970 par les post-gradués en psychiatrie, à l'Institut Saint-Martin à Dave en octobre 1977 par les soignants, à l'Institut Fond'Roy (Bruxelles) en octobre 1979 également par les soignants, l'occupation du bureau du secrétaire d'État aux Affaires sociales bruxelloises Vic Anciaux en 1979 par les travailleurs des centres de santé mentale de la région bruxelloise...

## Une histoire de chiffres

Si dans les années 1960 l'interrogation du bien-fondé de la pratique psychiatrique dans les asiles est donc bien audible dans l'espace public belge, elle n'a pas nécessairement conduit à une désinstitutionnalisation massive. L'approche purement quantitative de la psychiatrie présentée ci-dessous est certes très réductrice. Dans le cadre de la désinstitutionnalisation psychiatrique, elle permet néanmoins de poser rapidement quelques balises importantes. Les années 1960 et 1970, usuellement considérées comme les années de la désinstitutionnalisation psychiatrique, sont en Belgique l'aboutissement du « grand enfermement ». Si le nombre de lits psychiatriques avait connu un premier apogée juste avant la Seconde Guerre mondiale avec un peu plus de 25 000 patients internés en 1939, le point culminant est atteint au milieu des années 1960 avec plus de 27 000 lits. Ce chiffre commence à baisser de manière régulière à partir de 1965, mais en 1982 il est toujours supérieur à celui atteint fin des années 1920.

	1929	1939	1958	1968	1973	1982
Nb de lits psychiatriques	20 110	25 759	27 303	26 572	25 536	23 220
Lits pour des colloqués	20 110	25 759	24 894	20 449	15 886	?

TABLEAU 1. – Nombre de lits psychiatriques et de collocations en Belgique<sup>9</sup>.

8. Ce qui se traduit par la réalisation de journaux par des patients (*Spuut à Anvers, Dossier noir de la psychiatrie* et *La libre parole* à Bruxelles, *Le Relais* à Tournai) ou la publication d'autobiographies d'internés comme VELDE Roger van de, *Recht op antwoord*, Amsterdam, Nijgh & van Ditmar, 1969.

9. Le mot « collocation » désigne l'hospitalisation sans consentement en Belgique. *Annuaire statistique de la Santé Publique*, Bruxelles, ministère de la Santé publique et de la Famille, 1979.



Si le nombre de lits psychiatriques ne baisse guère d'une manière significative pendant les années 1960 et 1970, ceci est essentiellement lié au fait que l'État belge ne fait rien pour encourager les institutions qui portent les asiles à réduire les effectifs. En intégrant les lits psychiatriques dans le financement des autres hôpitaux, à travers la loi hospitalière de 1963, il crée même les conditions pour de nombreuses institutions à engager des travaux importants de modernisation. Les grands asiles en Flandre réduisent certes le nombre de patients accueillis. Mais en Belgique francophone, qui comptait relativement peu d'infrastructures, des hôpitaux psychiatriques s'agrandissent et de nouvelles structures sont même créées : l'établissement de défense sociale de Paifve inauguré en 1972, l'institut provincial neuropsychiatrique *La Clairière* en 1971 à Bertrix, qui est le premier hôpital psychiatrique à ouvrir ses portes dans la province du Luxembourg, ou la construction d'un hôpital psychiatrique pour enfants à Chastre. Finalement plusieurs hôpitaux généraux qui sont construits dans les années 1960 et 1970 ouvrent des services de soins psychiatriques. Ce sont certes de petites unités avec une trentaine de lits, mais le phénomène est assez important pour que la Fédération des institutions hospitalières de Caritas Catholica qui gère la plupart des lits psychiatriques en Belgique s'en inquiète<sup>10</sup>.

Deux choses changent néanmoins d'une manière importante dans la prise en charge des patients psychiatriques. D'une part, il y a un accroissement significatif de patients qui ne sont plus colloqués et qui se retrouvent donc dans des services ouverts. En 25 ans, de 1950 à 1975, ce chiffre augmente de 0 à plus de 9 000 patients. À la fin des années 1970, 40 % des patients psychiatriques se trouvent dans des services ouverts : l'État belge a d'ailleurs créé un système de remboursement qui avantage les services ouverts qui disposent d'un « prix journalier » beaucoup plus élevé. Certes l'ambiance à l'intérieur des services ouverts est très différente de celle à l'intérieur de services fermés. Mais non seulement la liberté à l'intérieur des services ouverts n'est pas complète<sup>11</sup>, ceux-ci se trouvent encore fréquemment dans des dispositifs architecturaux très fermés. En 1973, le psychiatre Jacques Baudour estime que neuf dixièmes des lits « ouverts » se retrouvent dans une enceinte asilaire<sup>12</sup>. Si les patients en service ouvert restent moins longtemps dans les hôpitaux psychiatriques que ceux des services fermés, il y règne au début des années 1970 encore un taux élevé de chronicité : en juin 1971, deux patients sur trois se trouvent depuis plus d'un an en section ouverte<sup>13</sup>.

10. « Psychiatrie intra- et extra-hospitalière », *Bulletin d'information pratique pour la santé mentale*, n° 35, juin 1975, p. 26.

11. MAJERUS Benoît, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XX<sup>e</sup> siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, p. 70-75.

12. « On ne peut plus fermer les yeux sur le sort des malades mentaux 3. – Aider à revenir d'un "voyage" dans la maladie mentale », *Le Soir*, 07-09-1974, p. 5.

13. BAUDOUR Jacques, « Économie sanitaire et planification de l'assistance psychiatrique en Belgique », *La Revue nouvelle*, octobre 1973, vol. 29, n° 10, p. 277.

Surtout dans les grandes institutions, il s'agit plus d'un changement de nom, réalisé en quelques semaines, que d'un changement de pratiques qui prend souvent plusieurs années.

D'autre part, la part du secteur psychiatrique dans le système hospitalier belge diminue. Au début des années 1950, presque 44 % des 57 000 lits hospitaliers sont en psychiatrie. Ce pourcentage va diminuer graduellement durant les trois décennies qui suivent. En 1982, il est de 25 %<sup>14</sup>. Mais la diminution de la part de la psychiatrie est essentiellement liée à la hausse significative d'autres lits hospitaliers.

En conclusion, on ne peut guère parler de désinstitutionnalisation psychiatrique. En effet, les lits psychiatriques ne baissent guère. La Belgique connaît même un développement important d'institutions qui accueillent désormais des populations qui se retrouvaient auparavant dans des asiles psychiatriques : les « oligophrènes », aujourd'hui repris sous la catégorie « handicap mental » et les personnes âgées.

Les établissements médico-pédagogiques destinés aux handicapés connaissent un développement important à partir des années 1960. Entre 1972 et 1979, leur nombre double et les capacités d'accueil augmentent de 18 000 à 25 000 handicapés<sup>15</sup>. Ceux-ci quittent donc les asiles psychiatriques où ils constituent une population importante<sup>16</sup>, mais ne se retrouvent pas en dehors de l'institution, mais dans d'autres institutions.

Le même constat est valable pour les « vieillards ». En absence de recherche sur le sujet, il est difficile de déterminer exactement leur part dans la population psychiatrique. L'inspecteur général des asiles au ministère de la Santé publique, Bruyninckx, estime en 1957 qu'un tiers des patients colloqués ont plus de 70 ans<sup>17</sup>. Là aussi les années 1970 constituent un moment d'augmentation des capacités, mais également un changement dans les soins. D'une part, des nouvelles institutions gériatriques se multiplient : au début des années 1970, le gouvernement belge prévoit non seulement la construction de 4 500 lits gériatriques en sept ans<sup>18</sup>, mais de nouvelles institutions gérontopsychiatriques commencent également à voir le jour comme *Le Péri* à Liège avec 200 lits en 1971. D'autre part, des maisons de repos qui réunissent en 1970 presque 60 000 lits, sont peu à peu transformées en maisons de soins afin de pouvoir accueillir une population âgée plus fragile.

14. SAND R., « Le problème hospitalier en Belgique », *L'Infirmière*, 1952, vol. 30, n° 6, p. 18-20 ; « Hôpitaux : l'opération Dehaene en chiffres », *La Cité*, 24-12-1987, p. 5.

15. *Annuaire statistique de la Santé Publique*, op. cit., p. 240.

16. Au Beau-Vallon, un asile d'environ 600 patientes, la catégorie « oligophrénie, idiotie, imbécillité, débilité mentale » représente 36 % des patientes entre 1961 et 1970. LACROIX Lisa et ROEKENS Anne, « Des patientes, des vies », in ROEKENS Anne (dir.), *Des murs et des femmes. Cent ans de psychiatrie et d'espoir au Beau-Vallon*, Namur, Presses universitaires de Namur, 2014, p. 74.

17. BRUYNINCKX E., « Considérations sur le problème des vieillards atteints de troubles mentaux », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, n° 7, 1957, p. 537-550.

18. « Troisième âge », *Bulletin d'information pratique pour la santé mentale*, n° 9, janvier 1971, p. 14.



## Une histoire d'alternatives

À un moment où l'institution (psychiatrique) essuie donc le feu de la critique, elle connaît en même temps une extension significative dans le cadre d'un état social en pleine expansion et qui n'est encore guère touché par la « fin de confiance<sup>19</sup> ». Il serait néanmoins prématuré de s'arrêter à cette apparente contradiction.

En effet, si la question de la désinstitutionnalisation (psychiatrique) est liée aux années 1960 et 1970, c'est également dû au développement d'alternatives aux structures asilaires. En Belgique, elles vont essentiellement se structurer autour des Centres de santé mentale (CSM). À côté de ces centres, d'autres alternatives à la psychiatrie institutionnelle se développent avec une approche plus radicale. Sans être un phénomène exclusivement bruxellois<sup>20</sup>, la capitale belge concentre un nombre important d'initiatives. L'absence du pilier catholique – particulièrement contraignant en Flandre – et la vague contestataire portée par l'université libre de Bruxelles expliquent probablement cette spécificité.

Les Centres de santé mentale soulignent d'abord l'inscription de l'idée de la désinstitutionnalisation dans l'histoire plus longue de la psychiatrie au xx<sup>e</sup> siècle. En effet, ils trouvent leur origine dans la création de la *Ligue nationale belge d'hygiène mentale* en 1923. Inspirée par un mouvement lancé par un ancien patient psychiatrique, Clifford Beers, en 1908 aux États-Unis, la *Ligue* promeut des soins en dehors des institutions et encourage une réflexion sur la santé mentale auprès de la population « normale », la *Ligue* s'engage dans plusieurs campagnes de prévention (lutte contre la toxicomanie, dépistage des « enfants anormaux »...), mais ouvre également des dispensaires : en Belgique, il en existe 11 en 1933. Après la guerre, à partir de 1953, l'État belge commence à les financer et en 1975, un nouveau cadre législatif définit davantage leurs rôles et les intègre dans une politique de santé publique plus large, proche de la politique de la sectorisation poursuivie en France<sup>21</sup>.

19. JARAUSCH Konrad (dir.), *Das Ende der Zuversicht?: die siebziger Jahre als Geschichte*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2008. Il faut néanmoins souligner que le budget de la Santé publique augmente moins vite que le budget total de l'État belge. En 1966, sa part du total était de 3,35 %, en 1983 elle n'est plus que de 2,30 %, *Annuaire statistique de la Santé Publique*, Bruxelles, ministère de la Santé publique et de la Famille, 1983, p. 344.

20. À Louvain, le passage 144, un lieu d'accueil non médicalisé, proche de Ronald Laing et de l'International Philadelphia Association, est porté par le professeur de criminologie Steven de Batselier. Lorsque les autorités académiques de la Katholieke Universiteit Leuven menacent de Batselier de licenciement, plusieurs manifestations estudiantines ont lieu en sa faveur : AMSAB-ISG, APL-B, boîte 141, affaire Steven De Batselier ; DE BATSELIER Steven et LIETAERT PEERBOLTE Maarten, *Passage 144: terug naar de baarmoeder*, Antwerpen, Soethoudt, 1979. À Anvers un groupe de psychiatres, d'avocats, de soignants et d'anciens patients se regroupent autour de la revue *Spuut* qui paraît entre 1975 et 1980. Interview réalisé le 15 février 2016 avec Sam Landuyt.

21. HENCKES Nicolas, « La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir? », *Esprit*, n° 3, 2015, p. 28-40.





Carte réalisée par Malte Helfer (université du Luxembourg) ; source *La folie parmi nous – Pour une politique de la santé mentale*, coll. « La revue nouvelle », n° 10, 1973, p. 333.

CARTE 1. – Centres de santé mentale pour adultes affiliés à la Ligue nationale belge d'hygiène mentale – 1972.

En 1972, 32 centres de santé mentale pour adultes sont affiliés à la *Ligue* offrant un suivi à plus de 8 000 adultes en Belgique. Comparé aux 25 000 patients dans les établissements psychiatriques, ce chiffre n'est pas négligeable. En une décennie, le nombre de ces centres va être multiplié par quatre. À la fin des années 1970, la Belgique en compte 135 mais avec un certain déséquilibre : si la situation à Bruxelles correspond aux normes prévues par l'arrêté royal de 1975 – un service pour 50 000 habitants – la Flandre accuse un grand retard : sur les 113 centres prévus seulement 59 existent<sup>22</sup>.

La *Ligue* prévoit quatre axes autour desquels les Centres de santé mentale fonctionnent : « prestations médicales », « prestations psychologiques », « prestations sociales » et « psychothérapie et rééducations<sup>23</sup> ». À travers deux de ces institutions à Bruxelles, celles d'Anderlecht et de Saint-Gilles, leurs pratiques seront esquissées. Les deux centres permettent d'abord de

22. ORENBRUCH J., BASTYNS C., DOMB I. W. et TOLEDO M., *La nouvelle politique psychiatrique belge*, Bruxelles, 1979, vol. 1/3, p. 350.

23. *La folie parmi nous – Pour une politique de la santé mentale*, coll. « La Revue nouvelle », n° 10, 1973, p. 334.

souligner l'hétérogénéité des infrastructures. *L'Équipe* d'Anderlecht, créée très tôt en 1961, va devenir un acteur important par la diversité de son offre (centre post-cure, centre de jour, centre de réadaptation au travail, centre occupationnel...) mais aussi par sa fonction de phare qu'il joue. En effet, il sert de référence à travers les années 1970 et 1980 pour les défenseurs des CMS. Par sa production scientifique importante et très visible, il donne également une certaine légitimité à cette psychiatrie sociale. Son équivalent saint-gillois voit le jour 14 ans plus tard et se limite essentiellement à un centre de consultation.

Néanmoins, les deux services partagent quelques points communs. Ils sont tous les deux installés dans la cité, en opposition à la plupart des établissements psychiatriques construits à la campagne ou à la marge des villes. Cet enracinement dans la ville s'exprime également par une coopération prononcée avec d'autres acteurs. Dans son premier rapport annuel, le CMS de Saint-Gilles énumère fièrement ses collaborations : les travailleurs sociaux de la Commission d'assistance publique (CAP), la police communale, le service social de la Commune, le service des Petites Sœurs de l'Assomption, le service social juif, le service de l'entraide paroissiale, des polycliniques de la commune, l'Association des femmes belges et immigrées<sup>24</sup>... Si l'urbanité des centres est donc un aspect revendiqué, cela n'implique pas toujours un positionnement positif par rapport à la ville qui continue à être décrite comme pathogène : « Nous constatons que les conditions de vie dans les grandes villes sont particulièrement aliénantes [...] Les personnes qui viennent nous consulter disent mieux que quiconque la solitude, l'isolement, le manque de chaleur humaine dans la ville<sup>25</sup>. »

La rupture avec la structure asilaire ne se traduit pas seulement par l'implantation géographique des nouvelles structures, mais également par la configuration des nouveaux espaces : à Anderlecht, *L'Équipe* s'installe dans une maison d'habitation « normale » qui n'est pas immédiatement identifiable comme structure psychiatrique. À Saint-Gilles, le service occupe un étage d'un immeuble qui comporte des services sociaux de la commune. À *L'Équipe* qui dispose d'une structure où les personnes peuvent rester la nuit, les espaces rappellent des chambres et non des dortoirs. L'accès aux chambres des « pensionnaires », le nom donné aux patients, se négocie avec les thérapeutes : elles sont *a priori* fermées à ces derniers qui n'y rentrent qu'avec l'autorisation des premiers.

Si la famille et la police semblent être les principaux pourvoyeurs des établissements psychiatriques au xx<sup>e</sup> siècle<sup>26</sup>, là aussi la rupture est impor-

24. AMSAB-ISG, APL-B, boîte 140, rapport d'activités du Centre de Santé Mentale Sectorisé de Saint-Gilles, 1975, p. 7.

25. *Ibid.*, p. 9.

26. Il faut néanmoins souligner que les connaissances sur le sujet restent limitées. On ne dispose que de quelques travaux sur l'une et l'autre institution qui ne permettent guère d'avoir un aperçu général pour la Belgique ni de connaître les variations pendant le xx<sup>e</sup> siècle.

tante. Au centre de santé mentale de Saint-Gilles, si certains patients viennent d'eux-mêmes, la police en amène 13 %, mais la grande majorité – deux tiers – sont envoyés par d'autres institutions sociales, médicales ou scolaires de la commune<sup>27</sup>.

Les patients admis dans ces nouvelles structures se distinguent d'une manière significative de ceux des infrastructures asilaires. L'aire de recrutement est beaucoup plus limitée, les CMS accueillant surtout une population locale. La mixité des genres est également une nouveauté dans un dispositif asilaire où hommes et femmes étaient auparavant strictement séparés. Si le changement est donc conséquent du côté des patients, il l'est également du côté du personnel soignant et médical. Le CMS de Saint-Gilles compte ainsi 4 assistantes sociales, 7 psychologues, 6 psychiatres, un thérapeute et une sœur en 1975<sup>28</sup>. Le contraste avec un hôpital psychiatrique est frappant : l'absence totale de gardiens et d'infirmières, le nombre important de psychologues et d'assistantes sociales par rapport au nombre de psychiatres... Ces derniers ne connaissent cependant pas une perte de pouvoir. La plupart du temps leur rôle reste central et ils se trouvent à la tête des institutions, même si les hiérarchies y sont moins prononcées que dans les asiles.

La question de l'entrée et de la sortie est une autre illustration de la rupture entre ces nouvelles institutions et les anciennes structures. La grande majorité de ces lieux alternatifs n'offre pas de lits : on y rentre et on y sort librement pour une consultation ou pour une activité thérapeutique. Pour les institutions qui offrent la possibilité de séjour, l'entrée se déroule dans une tout autre optique que celle des asiles. Majoritairement involontaire, souvent provoquée par une intervention de la police, l'entrée à l'asile se place sous le signe de la contrainte. À *L'Équipe*, le futur pensionnaire doit poser sa candidature et passer un entretien avec l'assistante sociale, le psychologue ou le psychiatre. Ce dernier présente alors le candidat au staff qui discute de la pertinence de l'accueillir.

Bernard K. a 23 ans lorsqu'il fait une demande d'accueil à *L'Équipe* après un passage dans un asile en section fermée où il a été traité à l'insuline contre sa schizophrénie. Il a un premier entretien à la mi-janvier 1966 avec le psychiatre qui confirme ce diagnostic et conclut : « État d'indifférence, peur d'être mécanisé ; plus que sceptique concernant le Foyer – cadre de désintéret général – formule contre le Foyer « qu'il n'est pas si mal chez lui ». Rejetée, plus que le travail réel, la situation du travail expérimenté<sup>29</sup> ». Trois jours, plus tard, le staff se réunit et hésite à l'accepter : « Conclusion du staff. Facteurs positifs : S'est maintenu longtemps au travail – service militaire bien passé. Facteurs négatifs : Bloqué à l'O.P. – mutisme – sorti

27. AMSAB-ISG, APL-B, boîte 140, rapport d'activités du Centre de santé mentale sectorisé de Saint-Gilles – 1976, p. 14.

28. AMSAB-ISG, APL-B, boîte 135, flyer non daté (probablement 1977).

29. Archives de *L'Équipe* (AE), dossier de Bernard K., fiche d'accueil.



de l'Hôpital depuis longtemps et semble actuellement en régression. À revoir<sup>30</sup>. » C'est seulement après un deuxième entretien où Bernard se montre plus coopératif qu'il intégrera finalement *L'Équipe*. Cet « examen d'entrée » exclut *de facto* des patients en phase aiguë qui restent dès lors confinés dans les hôpitaux.

La perception de l'activité thérapeutique est à la fois plus étroite et plus large dans la plupart des Centres de santé mentale. Plus étroite parce qu'essentiellement définie autour de l'entretien et de la visite domicile : ainsi le traitement médicamenteux très majoritaire à ce moment dans les hôpitaux y est largement plus limité. Mais plus large parce que l'éventail des « thérapeutes » semble plus diversifié (médecin, psychologue, logopède, assistant social, « équipe ») et moins centré autour du psychiatre. À Saint-Gilles, ces derniers restent majoritaires pour le nombre d'entretiens réalisés avec des adultes (34 % des 1 053 prestations), mais ils sont quasi absents dans le suivi des enfants, dominé par les psychologues (62 % des 277 actes)<sup>31</sup>. D'ailleurs, dans les rapports annuels, il est intéressant de souligner que de nombreux CMS présentent des rapports très détaillés sur la population qui s'adresse à eux, mais n'utilisent pas des diagnostics – même très généralisés – pour en parler.

Si les Centres de santé mentale constituent donc une utopie extra-hospitalière qui semble devenir réalité au début des années 1970, ils n'arrivent cependant pas à ébranler les établissements psychiatriques. La contestation des CMS est multiple. Pour les adhérents d'une psychiatrie alternative, les centres ne font que renforcer le poids de la psychiatrie. Jean-Luc Conreur, un des collaborateurs du GERM, l'exprime d'une manière radicale en 1978 :

« La psychiatrie a aussi découvert le vaste champ d'intervention laissé en friche au-delà des murs de l'asile, à l'extérieur de l'hôpital. [...] C'est d'ailleurs dans cette perspective qu'est née l'idée du secteur psychiatrique. [...] Le centre sectorisé est un lieu où travaillent en interrelation des médecins, des psychologues, des assistants sociaux dans un certain quadrillage géographique. [...] c'est la "croix-rouge" du capitalisme [...]. C'est la mise en place d'une nouvelle forme de contrôle social qui rend possible un contrôle plus efficace de la société<sup>32</sup>. »

Face aux relais politiques et sociaux des congrégations qui gèrent une grande partie des lits psychiatriques, les centres de santé mentale n'arrivent pas à s'imposer dans le jeu politique. Instaurés à un moment où l'État belge unitaire commence à connaître ces premières fissures, les CSM deviennent également victime d'une lutte entre niveaux de l'État fédéral : aucun ne

30. AE, dossier Bernard K., fiche d'accueil.

31. AMSAB-ISG, APL-B, boîte 140, rapport d'activités du Centre de santé mentale sectorisé de Saint-Gilles – 1976, p. 11.

32. CONREUR Y.-L., « Tout le monde ou personne », *Tsedaka*, vol. 2, n° 1, 1978, p. 39.

veut financer cette psychiatrie extra-hospitalière<sup>33</sup>. Finalement, le soupçon « antipsychiatrique » apparaît parfois de manière assez violente dans la discussion : ainsi lors du débat sur le budget de la Santé Publique en 1977 à la chambre des représentants, le député Valkeniers s'insurge ainsi contre les CMS : « L'un des spécialistes néerlandais en la matière m'a encore mis en garde, la semaine dernière, contre l'extension de ces centres. Très souvent, ils deviennent des forums pour la seule gymnastique cérébrale des différentes équipes. Le Ministre ne dispose pas des critères nécessaires pour savoir dans quelle mesure ces services sont indispensables<sup>34</sup>. »

## Conclusion

Comme la plupart des autres pays occidentaux, la Belgique connaît un mouvement de contestation importante de la psychiatrie à partir des années 1960. Au niveau de la doctrine psychiatrique, ce mouvement n'arrive pas à s'imposer, notamment face à une psychiatrie biologique qui connaît un gain de légitimité important à ce moment. Mais, la psychiatrie alternative va fortement contribuer à construire la santé mentale comme un « problème social » pour le monde politique et l'opinion publique<sup>35</sup>.

Si ce mouvement d'utopie psychiatrique se définit par son caractère transnational<sup>36</sup>, le regard national souligne des spécificités belges. Si la question du sort des patients psychiatriques pendant la Seconde Guerre mondiale n'est pas absente de la discussion générale, elle ne connaît pas d'articulation belge spécifique contrairement à l'Allemagne ou la France. Dans ces pays, la critique de la psychiatrie s'accompagne d'une historicisation critique, plus ou moins réussie, des années de la guerre. En Belgique ceci n'est pas le cas. Deuxième spécificité : le poids très fort d'acteurs privés dans le soin psychiatrique. En effet, les congrégations religieuses gèrent plus de la moitié des lits psychiatriques dans le royaume. Or, leur positionnement est pour le moins réticent face à une désinstitutionnalisation trop importante, qui met en question leurs dispositifs psychiatriques basés sur des larges structures asilaires.

Le cas belge illustre également un biais important de l'historiographie psychiatrique actuelle : celle-ci reste très marquée par un récit venant des États-Unis où la déshospitalisation est un mouvement précoce et massif :

33. Dans d'autres pays, la psychiatrie extra-hospitalière se développe également dans un contexte de réorganisation étatique : régionalisation en France, révolution tranquille au Québec, transition démocratique en Espagne...

34. Compte rendu d'activité de la Chambre des députés, 26/1, 1977, p. 395. Jef Valkeniers, député de la *Volksunie*, est psychiatre.

35. KITSUSE John et SPECTOR Malcom, *Constructing Social Problems*, Menlo Park, Cummings Publishing Company, 1977.

36. MAJERUS Benoît, « Mapping antipsychiatry. Elemente für die Geschichte einer transnationalen Bewegung », *Themenportal Europäische Geschichte*, 2010.

de 558 000 patients en 1955 à 309 000 patients en 1971<sup>37</sup>. En Europe la situation est beaucoup plus complexe. Sans connaître les rythmes de croissance de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle ou de l'entre-deux-guerres, le chiffre des lits psychiatrique ne diminue pas dans les décennies qui suivent la Seconde Guerre mondiale. Bien au contraire, c'est en 1964 que la Belgique connaît le nombre le plus important de patients psychiatriques en institutions<sup>38</sup>. Ensuite, si à partir des années 1970, un léger mouvement de recul des lits psychiatriques est perceptible, il ne conduit pas à une désinstitutionnalisation des populations concernées.

Il faut plutôt parler d'une double transinstitutionnalisation. À l'intérieur du dispositif psychiatrique, les infrastructures asilaires sont partiellement remplacées par des lieux plus petits et décentralisés. À l'extérieur de la psychiatrie, on assiste dans les années 1970 à un développement significatif de structures destinées à accueillir des populations qui auparavant pouvaient se retrouver dans les asiles comme les handicapés mentaux ou les personnes âgées. Reste à retracer dans toute sa profondeur et ses sinuosités ces trajectoires transinstitutionnelles qui ne sont ici qu'effleurées.

37. GROB Gerald N., *From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America*, Princeton, Princeton University Press, 1991, p. 260.

38. En France, le chiffre maximum est atteint en 1968 : VALLIN Jacques et MESLÉ France, « La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale? », *Population*, vol. 36, n° 6, 1981, p. 1035-1068. Pour l'Allemagne, il n'y a pas de statistique nationale avant 1990, mais le *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*, Deutscher Bundestag, 1975 montre que dans de nombreux Länder, il y a une forte croissance de patients psychiatriques des années 1950 jusqu'en 1973, date à laquelle les données ont été recueillies pour ce rapport. Pour le Luxembourg, le nombre de lits psychiatriques augmente également jusqu'à la fin des années 1970 : MAJERUS Jean-Marie, « Das Centre hospitalier neuro-psychiatrique », in WILLEMS Helmut, ROTINK Georges, FERRING Dieter, SCHOOS Jean, MAJERUS Mill, EWEN Norbert, RODESCH-HENGESCH Marie-Anne et SCHMIT Charel (dir.), *Handbuch der sozialen und erzieherischen Arbeit in Luxemburg*, Luxembourg, Saint-Paul, 2009, p. 113-125.



