

# EXPOSÉ

## L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique

*L'objectif de cet article est de revenir sur l'histoire du concept de « santé mentale ». Il n'est pas indifférent, en effet, que l'ensemble d'un champ de savoirs et de dispositifs pratiques prétende s'organiser, à un moment donné, autour de la santé mentale et non, comme ce put être le cas à d'autres périodes, autour de l'aliénation, voire autour de la prophylaxie des maladies mentales. Quelles sont les conséquences de ce choix relativement récent concernant l'organisation des politiques publiques autour de ce champ ?*

**Claude-Olivier Doron**  
Historien et philosophe  
Université Paris Diderot-SPHERE  
Centre Canguilhem  
Paris (75)



### Mots-clés :

Concept  
Histoire de la psychiatrie  
Organisation des soins psychiatriques  
Prévention  
Référentiel  
Santé mentale

### L e concept de « santé mentale » comme référentiel

L'objectif de cet article est de revenir sur l'histoire du *concept* de « santé mentale ». Il n'est pas indifférent, en effet, que l'ensemble d'un champ de savoirs et de dispositifs pratiques prétende s'organiser, à un moment donné, autour de la *santé* mentale et non, comme ce put être le cas à d'autres périodes, autour de l'aliénation, voire autour de la prophylaxie des maladies mentales. Par exemple, le fait de centrer le problème sur l'aliénation a eu des effets théoriques (qu'est-ce qu'un sujet aliéné ? Est-ce uniquement celui qui a perdu la raison ? Ou tout un ensemble de sujets déterminés par des forces qui excèdent leurs volontés ? Quel est le rapport de l'aliénation à la responsabilité ?) et des effets pratiques (faut-il intégrer les idiots, les faibles d'esprits etc. dans la catégorie d'aliénés et les placer sous le dispositif de 1838 ?) De même, recentrer le problème sur la santé mentale, en faire le référentiel des discours et des pratiques, a tout un ensemble d'effets que ce soit au niveau des acteurs qui doivent être impliqués, des objets sur lesquels on va se concentrer, des missions qu'on se donne. On peut distinguer trois manières de faire l'histoire du concept de « santé mentale » :

La première traite de la « santé mentale » comme *réfèrent implicite* d'une multiplicité de pratiques et de discours. Dans ce cas, on se donne une définition a priori de la « santé mentale » et on la projette dans le passé. On pourra alors faire l'histoire des asiles au XIXe siècle comme des institutions « de santé mentale », voire étudier les techniques d'hygiène de l'esprit très à la mode au XVIIe siècle comme

des pratiques de santé mentale. Ce type d'histoire n'a aucun intérêt : elle nous empêche de saisir les spécificités de cette étrange notion : « la santé mentale ».

La seconde consiste à s'intéresser à la question de la « santé mentale » comme *objet désigné explicitement*. En particulier depuis que la folie a été analysée comme une *maladie mentale*, au même titre que les autres maladies, il y a eu une réflexion explicite sur son opposé – la santé – et des efforts, par la thérapie, pour la rétablir. Mais ce qui frappe, lorsqu'on lit les ouvrages des aliénistes du XIX<sup>e</sup> siècle par exemple, c'est que cette réflexion explicite est rare. Autant la description, la définition, la distinction des différents types de maladies sont extrêmement détaillées, autant la problématique de la santé n'y occupe pas beaucoup de place. Souvent, elle se donne comme une évidence : on note que la « santé mentale » d'untel est troublée et qu'il faut la restaurer. Parfois, on s'efforce de préciser ce qu'on entend par là : l'harmonie de toutes les facultés (volonté, raison, instincts, etc.) ; souvent, et surtout à mesure que le XIX<sup>e</sup> siècle avance, c'est pour constater que les frontières entre l'état de santé et l'état de maladie dans la folie sont bien difficiles à tracer. Mais la santé ne se donne toujours ici que comme un *objet en négatif*, très secondaire par rapport au primat accordé à la maladie comme référentiel. Il existe néanmoins toute une littérature marginale de conseils d'hygiène et de régime pour la préservation de la santé mentale : littérature qui vise à vulgariser un certain nombre de connaissances scientifiques et à délivrer des règles d'hygiène à l'usage des individus ou des familles pour « préserver leur santé mentale », améliorer leur état mental etc.<sup>1</sup> L'un des livres plus tardifs tout à fait représentatif de cette tradition est *The Hygiene of the Mind* de Thomas Clouston<sup>2</sup>. Si cette tradition mérite d'être relevée, c'est parce qu'on y trouve des éléments qu'on retrouvera ensuite systématiquement dès qu'on prendra la santé mentale pour référentiel : une focalisation sur la prévention et sur tous les facteurs qu'il faut prendre en compte pour préserver ou améliorer sa santé ; un impératif d'identification au plus tôt des plus légers écarts de santé ; et enfin une concentration sur toutes les phases du développement de l'individu (enfance, adolescence, âge adulte etc.), avec une focalisation

spéciale sur l'enfance et l'adolescence. Mais ce qu'il faut noter, c'est que la préservation de la santé mentale ne se donne ici ni comme une mission de l'État, ni même comme un objectif de la psychiatrie ou d'une autre profession, mais comme une série de recettes à l'usage des individus et des familles. L'un des grands points de rupture sera le moment où l'on dira : 1) les États ont pour devoir la « préservation de la santé mentale » de leurs citoyens ; 2) la psychiatrie doit subordonner ses missions à cet objectif de protection et d'amélioration de la santé mentale (et aussi, notons-le, empêcher que ce domaine ne soit investi par d'autres professions moins qualifiées, problème qui hante la psychiatrie de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle).

Nous en arrivons ainsi à la troisième manière dont on peut faire l'histoire de la « santé mentale » : s'intéresser au moment où elle devient *le référentiel* des pratiques et des discours. À un moment historique bien précis (les années 1940-1960), la santé mentale devient un champ général, à partir duquel s'organisent des savoirs, des pratiques et des institutions. Cette notion de « référentiel » doit être prise au sens propre : un référentiel, c'est un système de coordonnées à partir duquel on situe des objets, des corps, des points etc. Si l'on change de référentiel, on fait apparaître de nouveaux points de vue sur les objets, voire de nouveaux objets. Ainsi, si pendant longtemps le problème de la santé mentale ne se donnait que comme un objet négatif marginal au sein d'un système dont l'aliénation ou la maladie constituaient le référentiel, à partir d'un certain moment, il devient le référentiel à partir duquel se découpent et se situent tout un ensemble d'objets plus ou moins nouveaux, y compris les maladies mentales. Evidemment, il faut se garder de penser ce changement comme une coupure brutale et immédiatement effective. Il reste d'ailleurs, jusqu'à aujourd'hui, très largement théorique. Il faut donc raisonner plutôt par effets de seuil que par grande rupture.

Il semble néanmoins que les années 1940-1960 marquent un point de bascule très significatif à ce point de vue. En voici une illustration qui vaut surtout par son caractère spectaculaire et illustratif. Il s'agit de la progression des occurrences des termes « santé mentale » et « mental health » en relation avec l'ensemble des textes dans la base de données *google.books*.

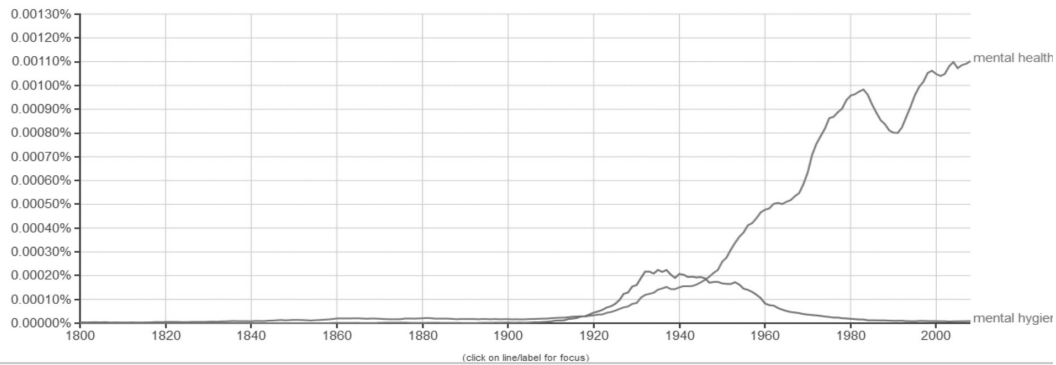


Fig. 1 : évolution des termes « mental health » et « mental hygiene » dans les textes anglo-saxons entre 1800 et 2008 (selon la technologie *ngram* de google).



Fig. 2 : évolution des termes « santé mentale », « hygiène mentale » et « prophylaxie mentale » dans les textes français entre 1800 et 2008 (selon la technologie *ngram* de google).

On remarque plusieurs choses. D'une part, le terme de « mental health » connaît une croissance importante dès la première moitié du XXe siècle, en lien avec celui de « mental hygiene ». C'est moins vrai en français, où le terme qui prédomine jusque dans les années 1940 est « hygiène mentale », celui de « santé mentale » ne commençant à décoller que dans les années 1940, c'est-à-dire au moment précis où, dans le monde anglo-saxon, « mental health » commence à supplanter « mental hygiene ». D'autre part, si, dans le monde anglo-saxon, la croissance du terme est exponentielle et s'affranchit vite de « mental hygiene » (qu'il remplace dans les années 1950-1960) pour ne jamais cesser de

croître, en français, sa croissance accompagne celle de « l'hygiène mentale » dans les années 1940-1960 puis stagne voire décroît ensuite un peu. Notons par contre qu'elle s'affranchit alors de « l'hygiène mentale » qui décroît, elle, radicalement. Il faudra attendre les années 1993-1995 pour que la « santé mentale » connaisse enfin une croissance considérable.

Ces différences entre la courbe de croissance française et anglo-saxonne s'expliquent largement par une distinction essentielle qu'il convient d'établir. Une chose est la constitution de la santé mentale comme *référentiel théorique* et on peut dire qu'à ce point de vue, les années 1940-1960

constituent un moment décisif. Autre chose est la constitution de la santé mentale comme *référentiel effectif* et, en particulier, son intégration dans des politiques publiques, sa traduction administrative, sa banalisation dans la littérature etc. De ce point de vue, la différence entre la France et le monde anglo-saxon est considérable<sup>3</sup> : dès les années 1940-1950, la « mental health » sert à définir des réalités institutionnelles : des législations, des associations et des mouvements, des journaux, etc., alors que ce n'est que très marginalement le cas en France pour la « santé mentale ». Qui plus est, la traduction de la « santé mentale » en référentiel effectif dépend de nombreuses conditions qui ne sont pas du même ordre selon les pays : il faudrait ainsi analyser en détail les raisons qui font qu'en France, il faut attendre les années 1990 pour que la « santé mentale » devienne un référentiel effectif.<sup>4</sup> Mais ici, nous nous intéresserons plutôt à l'émergence de la santé mentale comme *référentiel théorique* dans les années 1940-1960.

### Le contexte d'émergence de la « santé mentale »

Pourquoi situer le point d'émergence de la santé mentale dans les années 1940-1960 ? Outre les indices fournis par les graphiques précédents, il y a bien d'autres raisons. D'abord, les années 1940-1960 sont marquées par tout un *mouvement de requalifications et de créations d'institutions nationales ou internationales autour de la référence à la « santé mentale »*. Ainsi, en 1948 a lieu à Londres le III<sup>e</sup> Congrès international d'hygiène mentale, où il est décidé de renommer le Comité International d'Hygiène Mentale en Fédération mondiale pour la santé mentale. De même, dès 1946, en Angleterre, est créée la National Association for Mental Health qui commence à publier un journal *Mental Health*. Aux Etats-Unis, en 1946 toujours, est passé le National Mental Health Act, qui crée entre autres choses un National Institute for Mental Health ; en 1949 est créée à l'OMS une Unité de Santé Mentale qui commence à publier des rapports qui planteront le concept de santé mentale et toutes ses références. En France, ce mouvement est moins évident même si certaines personnes sont impliquées dès le départ dans ces institutions internationales ; il faut attendre les années 1960 pour que, par exemple, tout un ensemble d'associations

se regroupent dans un Comité français de liaison pour la santé mentale et 1965 pour que paraissent les premiers numéros de la revue *Santé mentale*. Il reste qu'au niveau international, le mouvement est très net : il passe par de nombreuses publications sur la santé mentale et l'activisme de l'OMS et de l'UNESCO dans le domaine aboutit à décréter 1960 comme « Année mondiale de la santé mentale ».

Il est bien évident que ces créations et requalifications d'institutions ne se font pas *ex nihilo*, pas plus que les réflexions théoriques sur la santé mentale ne rompent radicalement avec les réflexions antérieures de tout un ensemble de groupes visant à promouvoir ce qu'on appelle alors « l'hygiène et la prophylaxie mentale ». Il s'agissait de tout un ensemble de mouvements qui visaient à recentrer les pratiques sur la prévention des maladies mentales (en prenant souvent pour modèle la prophylaxie bactériologique, mais en reconnaissant que, en matière de troubles mentaux, on ne peut agir directement sur les causes) ou sur la détection des anomalies et des troubles mentaux le plus tôt possible, en particulier dans l'enfance, et qui mettaient l'accent sur la nécessité d'ouvrir (comme cela a été fait dès les années 1920) des unités au cœur de la cité en s'affranchissant ainsi de la lourdeur des asiles. Il suffit de lire la manière dont, en 1918, Adolf Meyer, psychiatre co-fondateur avec Clifford Beers (un ancien malade mental) de la 1<sup>re</sup> Société d'hygiène mentale en 1908 aux Etats-Unis, présentait les objectifs de son mouvement, pour éviter de trop marquer les ruptures. « Le mouvement d'hygiène mentale tire son origine de la prise de conscience que les problèmes de santé mentale et la prévention des anomalies et des maladies doivent être attaqués au-delà des murs de l'hôpital qui, actuellement, s'occupe des handicaps et maladies mentales ». Ce qui supposait « le travail en collaboration avec les écoles, les agences sociales, et les tribunaux, travail qui permettra de mieux ramifier dans la vie des gens » ; et de promouvoir « une attitude plus bienveillante et confiante dans l'espoir de guérison » vis-à-vis des maladies mentales dans la population<sup>5</sup>. Autant d'objectifs qui constitueront le cœur de la « santé mentale » après guerre. Mais cela signifie-t-il qu'en passant de l'hygiène mentale à la santé mentale, on s'est contenté d'un changement de *nom*, sans transformations conceptuelles et implications pratiques ? La santé mentale n'est-elle que la version

modernisée de la prophylaxie et l'hygiène ? Il nous semble que non.

D'abord, le passage à la santé mentale s'inscrit dans un *double mouvement de fédération et de régulation étatique de tout un ensemble d'activités et d'institutions hétérogènes*, dont beaucoup avaient le statut d'associations. Sur ce point, le cas anglais de la formation de la National Association for Mental Health (NAHM) en 1946 est exemplaire<sup>6</sup>. La NAMH est née sous l'impulsion d'un rapport établi en 1939 par le parlementaire anglais Lord Feversham, qui constatait : 1) l'augmentation des « névroses » et des « inadaptations » à la vie moderne, nécessitant l'organisation d'un système national de protection de la santé mentale ; 2) le coût économique de ces problèmes pour la communauté, tant du côté de la dépense étatique que de la perte de productivité des citoyens ; 3) le manque total de coordination des différentes associations jouant un rôle dans ce domaine. Lord Feversham préconisait alors la fusion de ces associations. Trois d'entre elles le feront : la Central Association for Mental Welfare, d'abord focalisée sur ce qu'on appelait les « anormaux », c'est-à-dire les handicapés psychiques et diverses anomalies ; le National Council for Mental Hygiene, occupé surtout à promouvoir l'hygiène mentale dans la population ; et le Child Guidance Council qui se focalisait sur la prise en charge de la petite enfance et l'éducation de la population aux préceptes adaptés pour cette prise en charge. La fusion de ces associations sera effective en 1946 à travers la référence, précisément, à la « *santé mentale* ». Insistons-y : ce qui caractérise d'abord la « santé mentale », c'est son caractère fédérateur de diverses activités. Cette fonction fédérative et intégrative de divers services hétérogènes se retrouvera sans cesse : comme l'a souligné Sandra Philippe à propos de la France des années 1990, la santé mentale est censée fournir des « identités d'action » transversales à tout un ensemble de dispositifs issus de secteurs différents<sup>7</sup>. C'est là une partie de la fonction de la notion dès le départ : instituer un champ (le fameux « champ de la santé mentale ») dans lequel puissent se fédérer des acteurs qui ont des missions assez hétérogènes ; ce qui suppose que la catégorie reste largement « sous-déterminée » quant à sa signification. Tels sont les objectifs qui sont donnés à la NAMH : « éduquer le public à la compréhension de la santé mentale ; promouvoir et organiser la

coopération de toutes les activités dans cette sphère ; travailler à promouvoir la préservation de la santé mentale et la prévention et le traitement des troubles mentaux et des handicaps mentaux tant chez les adultes que chez les enfants [...] promouvoir la formation de travailleurs dans le champ de la santé mentale et établir des standards de qualification. »<sup>8</sup> Dès le départ, la notion de « santé mentale » est une catégorie intimement liée aux politiques publiques. De fait, les missions précitées sont définies dans le rapport Feversham, qui est le premier à utiliser de manière massive la notion de « *mental health* ». C'est à la fois la force et la faiblesse de la catégorie de « santé mentale ». Sa force, parce qu'elle tutoie les sommets de l'action publique et que ses partisans peuvent orienter les politiques publiques en leur sens ; sa faiblesse, parce que cela en fait souvent une « norme d'action » imposée de l'extérieur et qui suscite moins d'adhésion que de résistances<sup>9</sup>.

Mais ce n'est pas le seul aspect de rupture qu'il faut prendre en compte. Il y a aussi une série de points de contexte qui font que, dans les années 1940-1950, la notion de « santé mentale » devient un enjeu central. Le premier est évidemment la *guerre*. D'une part, la guerre contribue à poser une série de problèmes concernant les effets sur le développement affectif et la santé mentale d'un grand nombre de personnes, de tout un ensemble de conditions extérieures : déracinement et ruptures des liens familiaux, violences, transformations sociales brutales etc. Problème qui sera au cœur des réflexions sur la santé mentale d'après-guerre. D'autre part, comme l'illustre parfaitement l'ouvrage *The Shaping of Psychiatry by War* du psychiatre anglais John Rees, directeur médical à la *Tavistock Clinic* de Londres et psychiatre en chef dans l'armée anglaise, la guerre a offert à la psychiatrie de nouveaux horizons et de nouveaux rôles : sélection des personnes en fonction de leurs capacités et de leurs fragilités psychiques, travail de management et de gestion des conflits au sein des groupes, conceptualisation de la notion de « relations humaines » etc.<sup>10</sup> Autant d'enjeux qui vont irriguer la question de la santé mentale d'après-guerre<sup>11</sup>. Une des branches de la santé mentale qui se développera durant cette période sera l'intervention des psychiatres dans les entreprises pour gérer les conflits de travail et améliorer la productivité en travaillant sur les relations humaines. La *Tavistock*

*Clinic* de Londres fut, sur ce point, pionnière, et ce n'est certes pas pour rien que le même Rees fut le premier Président de la Fédération de la Santé Mentale, dont le rôle a été décisif pour la création de l'Unité de santé mentale à l'OMS.

D'autre part, les années 1940-1950 constituent *un moment politique d'une importance capitale*. Il faut aux scientifiques et aux politiques du « monde libre » se situer entre deux ornières. Se distinguer, d'un côté, du totalitarisme en valorisant dans une certaine mesure la non-conformité individuelle – « l'inadaptation », pour utiliser les mots de l'époque – vis-à-vis des normes sociales. Comme le note en 1951 un rapport de l'OMS, l'idée selon laquelle l'adaptation au milieu social est *toujours* signe de santé mentale est fautive car dans certains milieux « la réaction saine doit, au contraire, dans certaines conditions, tendre à modifier le milieu »<sup>12</sup>. Il s'agit d'éviter le conformisme et la soumission à certains milieux totalitaires. *Mais* on devine aussitôt le danger : « modifier le milieu » social, cela peut vouloir dire aussi la révolution, la transformation radicale de la société et des rapports de production. D'où ce qui constitue l'autre ornière, bien exprimée par le « dans certaines conditions » dans la citation précédente et que l'on retrouve sans cesse : il ne s'agit en aucun cas de modifier radicalement le milieu, quitte à employer la force ; il s'agit de promouvoir une adaptation harmonieuse de l'individu au développement social en évitant les conflits – et surtout les conflits de classe. « Si l'obligation de s'adapter à n'importe quel milieu ne constitue pas un critère de santé mentale, l'aptitude à nouer des *relations harmonieuses avec ses semblables* en est sûrement un » ; de même, il faut « contribuer, de façon constructive, aux modifications du milieu. »<sup>13</sup> Il ne faut pas être naïf : tout ceci est éminemment politique. L'une des fonctions essentielles de la santé mentale est de convertir de potentiels conflits sociaux, que ce soit au niveau de l'industrie ou dans les pays en voie de développement, en conflits « intrapsychiques » individuels, ou interrelationnels entre individus, qu'il faut « résoudre de manière harmonieuse ». Comme l'écrit le psychologue Lawrence K Franck, « ce qu'on est convenu d'appeler nos problèmes sociaux sont la conséquence des efforts frénétiques de tous ceux qui, incertains de la voie à suivre, manquant de points de repère et ne réglant leur

conduite sur aucun principe directeur tentent, par tous les moyens, de se protéger [...] dans une société profondément transformée [...] N'éprouvant aucun véritable sentiment d'allégeance, n'ayant pas de solides valeurs [...] l'individu adopte naturellement un comportement incohérent, désordonné, névrosique et antisocial<sup>14</sup> ». Il en est exactement de même dans l'industrie : « l'antagonisme à l'égard du patronat [*qui*] domine toujours les esprits » est comparé aux « aberrations d'un névrosé [*qui*] ne peuvent se dissiper au cours d'une seule séance de traitement psychiatrique<sup>15</sup> ».

Ajoutons un dernier élément de contexte et non des moindres : *la constitution d'organisations internationales comme l'UNESCO et surtout l'OMS*, qui vont servir de relais considérables sur les thématiques de santé mentale, dans un cadre où l'OMS affiche, dès le départ, une conception dite « positive » de la santé qui entre en strict écho avec le vieux discours de l'hygiène et prophylaxie mentale insistant sur la nécessité de ne pas limiter les dispositifs sanitaires au traitement des maladies, mais de développer la préservation et l'amélioration de la santé entendue comme « état complet de bien-être physique, mental et social ».

## **Le concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960**

Essayons maintenant de voir quels sont les traits saillants du concept de « santé mentale » tel qu'il fonctionne dans un ensemble de rapports et d'articles produits entre 1949 et les années 1960, en particulier dans ces institutions internationales que sont l'OMS et l'UNESCO. Si nous ne reviendrons pas sur le devenir du concept après les années 1960, il faut noter évidemment qu'il ne disparaîtra pas, loin de là, de ces mêmes institutions. Ainsi, en 1975, dans le contexte de redéfinition des programmes de santé de l'OMS vers une approche plus « horizontale », la 28<sup>e</sup> assemblée de l'OMS réitère l'exigence de « promotion de la santé mentale » et un plan à moyen-terme de santé mentale est lancé sur la période 1975-1982. Nombre des principes resteront identiques ; le style sera par contre très différent. Les tonalités psycho-dynamiques marquées des années 1940-1960 disparaissent au profit d'un langage administratif et technique assez aride. Mais concentrons-nous ici sur le premier moment du concept, dans les années 1940-1960.

### Un concept sans frontière ?

Le premier point qui doit être relevé concernant le concept de « santé mentale », c'est qu'il se donne explicitement comme indéfini, flou et mal délimité. On ne compte pas les définitions de la « santé mentale » que la sociologue Marie Jahoda recensera dans un rapport de 1958, sans cesse citée ensuite<sup>16</sup>. Son constat est partagé par l'immense majorité des auteurs : il n'existe aucun consensus et aucune définition satisfaisante du concept de « santé mentale ». À la rigueur, on peut dire ce que la « santé mentale » n'est pas : elle n'est pas l'absence de « maladie mentale » ; elle n'est pas non plus équivalente du « normal », d'abord parce qu'il serait bien difficile de définir ce qu'est le « normal ». On ne peut le réduire à la normalité statistique et il est bien difficile de caractériser le « normal » sans entrer dans des jugements de valeur qui sont nécessairement relatifs, culturellement et historiquement. La plupart des travaux sur la « santé mentale » proviennent d'acteurs et d'institutions engagés au niveau international et qui doivent négocier sans cesse avec des « normes culturelles » disparates : d'où leur attention affichée à la relativité culturelle des « normes ». Enfin, dès qu'on s'efforce de donner des définitions plus « positives » de la santé mentale (comme c'est le cas de nombreux auteurs, y compris de la définition adoptée par l'OMS en 1950), ces définitions mobilisent des critères purement subjectifs autour du « bonheur », de la « satisfaction », de « l'harmonie », qui ne permettent guère d'arriver à une définition claire du concept. Il faudra attendre les années 1960 pour qu'on s'efforce d'élaborer des critères qui permettent de mesurer plus « objectivement » la santé mentale. Exemple du flou de ces premières définitions est celle donnée par l'OMS en 1950 : la santé mentale « suppose **chez l'individu l'aptitude à nouer des relations harmonieuses avec autrui** et à participer [...] *de façon constructive*, aux modifications du milieu social ou physique. Elle implique également la résolution *harmonieuse* et équilibrée des **conflits en puissance parmi ses propres tendances instinctives** ; cette *harmonie* réclame la réalisation d'une synthèse *bien intégrée* plutôt que l'opposition d'une *fin de non-recevoir* à certaines tendances instinctives, en vue d'en refouler d'autres. Cette conception suppose **que l'individu ait pu développer sa personnalité** de façon à

ouvrir à ses impulsions instinctives [...] un champ d'expression *harmonieuse* dans la *pleine réalisation* de ses possibilités<sup>17</sup> ». Nous avons déjà vu tout ce que cette définition comporte d'enjeux politiques. Nous avons souligné ici *en italique* tous les éléments qui supposent des jugements de valeur et un flou, difficiles à accorder avec une définition rigoureuse.

Mais le point le plus important est ailleurs : aussi floues et subjectives que puissent paraître ces définitions, aussi relatif que puisse se présenter le concept de santé mentale, ils ont en réalité un contenu beaucoup plus déterminé et à prétention universaliste beaucoup plus marquée qu'il n'y paraît, y compris chez tous ceux qui, comme Jahoda, prétendent avoir une approche « relativiste » de la santé mentale. Sans doute, au niveau des objets et des normes de définition de la santé mentale, il peut y avoir désaccord et flou ; mais si on prête attention au mode d'appréhension des objets, au style d'analyse de la réalité sociale, au regard particulier qui est contenu dans la santé mentale et aux opérations qu'elle permet, alors il nous semble, d'une part, que la plupart des auteurs convergent et surtout que le relativisme culturel affiché n'est que poudre aux yeux. C'est ce qui explique le fait que, en dépit du constat d'inexistence d'un accord sur la définition de la « santé mentale », tous les auteurs s'empressent d'ajouter que cela ne doit pas nous empêcher d'agir et de promouvoir la santé mentale. À titre de principe directeur et de style d'analyse, la notion de santé mentale est beaucoup plus déterminée qu'il n'y paraît. Et son indétermination en termes d'objets (de son champ d'extension) et de critères normatifs (profondément subjectifs) est en fait liée à cette détermination première.

Nous avons souligné en gras, dans la définition de l'OMS, l'ensemble des concepts qui constituent, en fait, le noyau dur de la « santé mentale » et qui, eux, sont très largement partagés. D'abord, la « santé mentale » prend pour unité de base des *individus*, qui sont par ailleurs pensés en termes *psycho-dynamiques* très marqués. S'y affirme une conception évolutionniste très forte : il s'agit d'individus *en développement*, développement qui passe par tout un *ensemble de phases* : petite-enfance, enfance, adolescence, âge adulte, âge mur. Chaque phase est liée à des moments de *crises*, qui constituent autant de moments à hauts risques au point de vue de la santé mentale. Cette théorie du

développement traverse l'ensemble des travaux sur la santé mentale et même Marie Jahoda, soi-disant attentive à la relativité culturelle des définitions, ne met jamais en cause cette idée centrale selon laquelle la santé mentale concerne des individus en développement passant par des phases déterminées et des moments de crises<sup>18</sup>. Le moins qu'on puisse dire, pourtant, c'est que cette conception est loin d'être culturellement neutre...

D'autre part, ce développement concerne la *personnalité*. Comme le notait François Cloutier, qui fut directeur de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale, le concept de santé mentale, aussi relatif soit-il, est inséparable d'une « théorie de la personnalité », qui décrive les mécanismes de sa formation<sup>19</sup>. Là encore, le cœur de cette théorie est psycho-dynamique et met en jeu trois éléments essentiels. 1) Les *conflits internes*, qui concernent les tendances instinctives de l'individu : tout le travail de la « santé mentale » consiste à traduire des conflits réels, mettant en jeu les conditions d'existence au niveau économique et social, en conflits internes à l'individu, qui peuvent et doivent être résolus harmonieusement au niveau de l'individu, sans intervenir sur lesdites conditions. 2) Les « facteurs externes », auquel l'individu *peut* plus ou moins *s'adapter* (autre concept clé : celui de la capacité d'adaptation). Dans l'ensemble de ces travaux, l'environnement socioculturel et la réalité économique, sociale ou politique, ne sont jamais pris *en eux-mêmes* mais en tant qu'ils ont un *effet* sur un sujet individuel, sur ses émotions et le développement de sa personnalité. La référence fondamentale, c'est *le sujet humain individuel en développement* ; le milieu n'intervient que dans la mesure où « il prend sens pour quelqu'un en particulier » ; « il s'inscrit dans une histoire personnelle »<sup>20</sup>. Et, c'est le point le plus important, il n'est jamais question de modifier directement ce milieu extérieur : il est simplement question d'anticiper et de résoudre les conflits internes que peut générer le processus d'adaptation du sujet à ce milieu. 3) Ce n'est cependant pas tout à fait vrai : en rester là serait donner une vision doublement erronée de la santé mentale, comme purement individualisée et comme purement passive vis-à-vis du milieu. En réalité, il existe bien *un* milieu sur lequel les acteurs de la santé mentale se proposent d'agir massivement : pour reprendre leurs distinctions, il

ne s'agit pas du milieu physique et social (disons, les conditions structurelles au niveau environnemental, économique et social) mais du milieu *humain* pensé en termes – et c'est l'un des éléments les plus importants – de *relations humaines*, en termes de *relations interindividuelles et de liens affectifs*. Le concept de santé mentale renvoie au moins autant à une théorie des liens affectifs entre sujets humains qu'à un individualisme forcené. Ou plutôt, les deux sont intimement liés. Pour le dire avec un brin d'ironie et beaucoup de sérieux, l'une des racines de ces philosophies du « soin » ou du « care » qui se présentent aujourd'hui comme alternative pour humaniser l'individualisme néolibéral est à rechercher dans ces travaux sur la santé mentale<sup>21</sup>. Ce sont les deux faces d'une même médaille et, disons-le, une fausse alternative. Par contre, ce qu'attaquent clairement ces travaux, c'est une analyse qui pose les problèmes sociaux en termes de *classes*, de rapports de production, d'inégalités sociales ou de contradictions capital/travail. Comme le dit Jahoda, « il faut envisager la santé ou la maladie mentales comme le fait d'individus et non de personnalités « génériques ». Ce que le spécialiste de la santé mentale attend des sciences sociales, c'est qu'elles l'aident à comprendre [...] comment une personne de la classe laborieuse est atteinte d'une maladie mentale alors qu'une autre, dont la personnalité « générique » est la même, ne l'est pas. En d'autres termes, il a besoin de comprendre la psychologie sociale de l'individu et non celle du groupe »<sup>22</sup>. Comprenons-nous bien : il ne s'agit pas de dire que la « santé mentale » ne concerne pas les « groupes », mais plutôt que ces groupes ne sont envisagés que comme agglomérats d'individus engagés dans des liens et des relations affectives.

On ne peut donc pas dire que le concept de « santé mentale » soit si flou que ça : il réfère à une conception très précise des rapports sociaux, de l'individu en développement et des liens affectifs. Les caractères de flou quant à sa définition et à son extension en découlent directement. D'une part, le problème de la santé mentale place en son cœur la question de l'appréhension subjective, par l'individu, des événements et des relations : ce qui est posé, c'est la question des émotions, des affects ressentis par le sujet et la manière dont ils peuvent influencer sur le développement de sa personnalité. Il est bien clair qu'à ce point de vue, il est difficile de

fixer des critères objectifs de santé mentale. D'autre part, le problème de santé mentale place en son cœur la question des effets affectifs de tout un ensemble de relations entre sujets individuels: il va sans dire qu'il n'est pas possible, à partir de là, de lui fixer une place délimitée dans la société. En droit, *tout milieu humain* : la famille, l'école, le travail, l'armée etc. etc. est passible d'être examiné à la lumière de ses retentissements affectifs sur la santé mentale de l'individu. Donc, double principe d'indétermination et d'illimitation.

### **Une biopolitique des émotions**

Quels sont les effets de la mise en place de cette grille bien particulière de lecture du social qui est impliquée par la santé mentale ? D'abord, la « santé mentale » renvoie à ce que Foucault appelait un « biopouvoir ». Le terme est aujourd'hui galvaudé mais ici, nous avons affaire à un biopouvoir au sens plein du terme : il s'agit de redoubler, par des dispositifs de pouvoir qui vont du conseil, de l'orientation, à l'enfermement, *toute la vie des sujets*, c'est-à-dire toute les phases de leur développement. Là où l'aliénisme se focalisait essentiellement sur les moments où certains sujets étaient aliénés, quitte à imaginer de plus en plus de « fous lucides », indétectables, dans la société mais réellement aliénés ; ici, dans le prolongement de l'hygiène mentale ou de la « biocratie » d'Edouard Toulouse, il s'agit bien d'accompagner toutes les phases du développement de tous les individus, de la naissance à la mort, en se focalisant sur certaines étapes jugées à hauts risques : petite enfance, enfance, adolescence et âge mûr. L'âge adulte n'est cependant pas mis entièrement de côté dans la mesure où il s'agit aussi d'entrer dans tout un ensemble de milieux humains : famille, travail, etc. pour améliorer les relations humaines.

Mais – et c'est le point décisif – il s'agit d'un biopouvoir d'un genre très particulier : il ne s'agit pas ici d'intervenir, comme ce fut et c'est encore le cas de tout un ensemble de dispositifs biopolitiques, de sorte à modifier, améliorer, réguler, les conditions concrètes d'existence des sujets : leurs milieux de vie, par exemple, ou la répartition des revenus (comme ce fut le cas, à la même époque, à travers le plan Beveridge.), les rapports sociaux etc. Ici, il s'agit essentiellement de ce qu'on peut appeler une « biopolitique *des émotions et des affects* ».

On s'intéresse essentiellement aux « réactions » et au retentissement des « grands moments de l'existence », des phases de développement mais aussi des mutations des milieux sociaux : industrialisation, urbanisation, migration etc. sur les individus. Et l'on s'efforce d'intervenir à ce niveau bien précis des « réactions affectives individuelles » : « les grands moments de l'existence – puberté, mariage, naissance d'un enfant, ménopause, retraite, maladie, perspective de la mort – suscitent des réactions et des décisions qui peuvent avoir par la suite des répercussions sur la santé mentale. On peut préparer l'individu à ces moments difficiles, encourager les attitudes saines et prévenir l'angoisse ou y remédier. »<sup>23</sup> Il s'agit, en quelque sorte, de repérer tout un ensemble de facteurs qui sont susceptibles d'influer sur le développement des individus puis non pas de modifier ces facteurs mais d'aider, de préparer l'individu à les affronter et/ou, le cas échéant, de prendre en charge au plus tôt leurs répercussions négatives. Un exemple, parmi mille, de ce redoublement systématique des grandes étapes de la vie par une analyse des affects qu'ils suscitent chez les individus : le second rapport de l'OMS se concentre longuement sur la maternité, en regrettant que les dispositifs de prise en charge se focalisent uniquement sur l'anatomie et la physiologie et que « l'on passe complètement sous silence l'immense portée affective de la maternité » : il faut au contraire travailler sur ses retentissements sur la santé mentale de la mère et de la famille, aider la future mère à « vaincre son angoisse », développer des dispositifs pour « rassurer les individus », « apaiser l'anxiété » et combattre les conflits intrapsychiques que peut susciter chez les futurs parents le fait de devenir parents<sup>24</sup>. En fait, c'est une sorte de psychanalyse générale des phases du développement et des rapports entre sujets qui est recommandée.

La notion même de « développement » joue un rôle important pour donner une dimension de fatalité ou de nécessité aux évolutions matérielles susceptibles d'influer sur la santé mentale, qu'il ne s'agit pas de chercher à empêcher ou à corriger mais qu'il faut accompagner en régulant leurs effets négatifs sur la personnalité du sujet. Le meilleur exemple en est fourni par l'analyse qui est faite des répercussions des évolutions socio-économiques des pays en voie de développement en termes de santé mentale. La plupart des auteurs ont une vision assez

négative de l'effet du développement économique et social sur la santé mentale dans ces pays, qu'ils perçoivent en termes de déracinement ou de perte de repères traditionnels. Comme ils le notent sans cesse, l'industrialisation d'un « pays insuffisamment évolué » « aura inévitablement pour effet de menacer la santé mentale de la fraction considérable de la collectivité dont les capacités d'adaptation sont limitées »<sup>25</sup>. On retrouve ce doublon qui revient régulièrement, au niveau individuel comme au niveau collectif, entre développement et capacités d'adaptation : « toute incapacité à s'adapter à l'évolution en cours [...] se traduira par une tension affective caractérisée par une certaine instabilité et un sentiment d'insécurité [...] ceux qui ne parviennent pas à s'adapter aux situations nouvelles dans le plus bref délai s'exposent ainsi à subir les graves conséquences d'une tension affective prolongée qui peut se manifester de diverses façons : comportement antisocial, névroses, dépression mentale, toxicomanie. »<sup>26</sup> S'agit-il d'interroger les modalités de ce développement en termes de répartition des richesses, des rapports de force politiques ou ethniques ? De s'interroger sur la nécessité de ce développement ? S'interroger sur les raisons profondes qui font que certains « s'adaptent » plus que d'autres à ce développement ? Aucunement. Il s'agit de le prendre comme une donnée nécessaire et de constater ses risques en termes de santé mentale : il s'agit de « prévenir l'apparition de certains de ces inconvénients ou, du moins, de les limiter autant que possible »<sup>27</sup>. Et ce en intervenant sur les *facteurs psychologiques individuels* : faculté d'adaptation, désir d'adaptation, conflits et tensions gérés au niveau psychologique individuel<sup>28</sup>. On développe ainsi toute une clinique psychosociale qui a pour effet principal de poser la question du développement socio-économique non pas en termes de rapports sociaux, d'inégalité de classes, de discriminations politiques, etc., mais de « sentiment d'insécurité », d'instabilité psychique et de tensions nerveuses.

D'autre part, ce qui intéresse particulièrement dans ce recentrement sur les affects, c'est la manière dont l'ensemble des institutions sociales, l'ensemble des rapports de groupes, peuvent avoir des répercussions sur le développement affectif de chacun. Comme le note le second rapport de l'OMS, la protection de la santé mentale « exige, de la part

des individus pris en groupe et séparément, qu'ils étudient et reconsidèrent les modalités de leurs contacts affectifs sur le plan social, à la lumière de leurs retentissements sur le développement de la personnalité et de la santé mentale.»<sup>29</sup> L'un des exemples les plus célèbres et les plus marquants de cette insistance sur la manière dont les modes des relations intersubjectives peuvent influencer sur le développement affectif de chacun est fourni par le rapport Bowlby, publié en 1951 sous l'égide de l'OMS, qui étudie la manière dont une rupture ou un défaut de soins maternels dans l'enfance sont censés affecter radicalement le développement futur de l'individu<sup>30</sup>. Ce rapport sera sans cesse repris ensuite. En ce sens, rien n'est plus faux que de présenter le monde de la 'santé mentale' comme celui de l'individu autonome, isolé, sans relation avec l'Autre. Bien au contraire, ce qui obsède alors la plupart des auteurs, c'est la *relation intersubjective* : ce sont les effets des individus et des institutions sur le développement affectif de chacun dans sa relation à l'autre. Ce qui implique plusieurs choses. D'abord, tous les milieux humains : école, famille, travail, mais aussi hôpitaux et institutions de soin, doivent examiner les possibles répercussions de leurs actes et de leurs organisations sur le développement affectif de chacun. Soit un principe d'illimitation : toute institution et en fait toute situation où il y a rapport intersubjectif est, en droit, susceptible d'être interrogée quant à ses répercussions sur la santé mentale. « Il y a [...] de nombreux professionnels dont l'activité, tout en n'intéressant pas directement le domaine sanitaire, peut contribuer puissamment à favoriser la santé mentale. Il n'est pas possible [...] d'énumérer toutes les professions de cet ordre [...] magistrats, avocats, agents chargés des personnes en liberté surveillée ; instituteurs, moniteurs de la jeunesse ; contremaître d'industrie, agents d'assistance sociale » etc.<sup>31</sup> À chacun, il faut fournir les préceptes nécessaires à protéger et améliorer la santé mentale. D'où cette idée, sans cesse affirmée depuis 1940 jusque dans les années 1960, de la nécessité d'un « plan d'infiltration de la société par l'introduction de notions de santé mentale dans les activités les plus diverses. »<sup>32</sup> Ce principe d'examen systématique des répercussions affectives des relations intersubjectives, qui pose la question: « comment une relation, une manière de se rapporter à l'autre, peut effectivement influencer sur

son développement affectif et contribuer à sa santé mentale », est essentiel. À la maison, à l'école, à l'usine, à l'hôpital désormais il faudra se demander : dans quelle mesure, en agissant comme j'agis, en organisant mon espace et mon groupe comme je le fais, etc. je nuis ou au contraire je favorise le développement affectif des sujets.

Deux exemples illustrent ce principe. D'abord, celui de l'industrie: les années 1940-1950 constituent une période pendant laquelle se développe ce qu'on appelle la « psychiatrie industrielle », notamment avec la fondation, en 1946, du *Tavistock Institute of Human Relationships* à Londres. L'expérience de la guerre et le rôle que la psychiatrie y a joué pour sélectionner les individus selon leurs aptitudes et pour gérer les tensions intersubjectives à l'intérieur des groupes, conduit certains psychiatres, après guerre, à proposer leur expertise pour gérer les conflits au sein du monde du travail et améliorer la productivité des équipes. Ces pratiques prennent le nom de « relations humaines ». Le terme dit tout : il s'agit de se focaliser, en effet, sur les *rapports intersubjectifs*, sur les conflits affectifs entre individus ou au sein d'un individu, dans le groupe : « il existe dans le monde du travail, beaucoup d'agressions psychologiques dues à des conflits inconscients, qui exercent une influence sur la maladie, l'absentéisme, le renouvellement de la main d'œuvre et la productivité, ainsi que sur les antagonismes qui peuvent, lorsqu'ils opposent des individus, provoquer des renvois [...] de travailleurs et, lorsqu'ils opposent des groupes, aboutir à des grèves, des *lock-outs* ou même des guerres. [...] il ne faut pas moins de compétence pour déceler et éliminer un foyer d'infection dans une entreprise industrielle que dans un organisme humain »<sup>33</sup>. On a là la genèse de cette fameuse « souffrance au travail », qui a l'art de traduire les conflits sociaux en « conflits inconscients » inscrits dans la psychologie des individus ; qui évite de poser la question de la répartition des produits du travail ou de la modification des rapports de production par la lutte des classes, dont le même article explique qu'elle est comparable « aux aberrations d'un névrosé », pour adopter une perspective technique de management des conflits au sein d'un groupe et de gestion des affects individuels. Humaniser le milieu du travail, en apaisant les conflits internes, comme moyen d'effacer les contradictions des rapports de

production. Dans le contexte des années 1950-1960, qui est celui du fameux « compromis keynésien », ce travail de pacification des conflits sociaux est très important.

Le même phénomène apparaît dans un second exemple, celui de l'hôpital et des institutions psychiatriques elles-mêmes. On trouve, dès le second rapport de l'OMS, un formidable appel à l'humanisation des soins, visant à « juger des problèmes humains dans une perspective humaine » et posant comme principe nécessaire d'adapter le système de soins aux moments du développement affectif de l'individu, ce qui soulève la question centrale des réactions affectives causées par les dispositifs eux-mêmes<sup>34</sup>. Il faut lire, sur ce point, l'article que Paul Sivadon (qui va jouer un rôle important dans les transformations de l'hôpital et des dispositifs de soin psychiatrique en France<sup>35</sup>) consacre à ce sujet. Le principe de son analyse est simple : le dispositif de soins doit épouser l'évolution du sujet malade et les phases du développement de sa maladie, ce qui exige un parcours entre :

A. des moments de régression, où il faut « accorder la primauté aux besoins de constance et de sécurité sur les besoins d'échange et d'autonomie » : il faut dès lors aménager l'espace hospitalier en créant « une atmosphère de sécurité, des soins de type maternel » lui offrant, comme à un enfant, « un sentiment d'amour et de sécurité »<sup>36</sup>.

B. des moments où l'on met, au contraire, et le plus vite possible, l'accent sur l'autonomie la plus grande possible, avec des modes de relation plus diversifiés. C'est en effet l'un des points essentiels du dispositif de santé mentale que de prôner un retour rapide dans la communauté, en insistant en particulier sur le fait que les relations sociales doivent être rompues le moins possible. Ce dispositif doit être fluide, car « toute évolution présente des alternances de progrès et de regrets et il faut qu'à tout moment le malade puisse se réfugier dans une atmosphère de sécurité totale, tandis que lui seront offertes en permanence, aussitôt que son état le permettra, des possibilités d'autonomie plus grande »<sup>37</sup>. Fluidité, continuité des soins et plasticité en fonction des alternances requises par la chronicité reconnue de la maladie.

### **Dépister et réadapter**

En déplaçant radicalement le référentiel de la maladie à la *santé* mentale, on induit un déplacement

considérable des objets et des acteurs. Du côté des objets, il ne s'agit plus simplement d'orienter les pratiques et les savoirs vers les maladies mentales, ni même vers leur simple prévention. On pose la question des « facteurs » favorisant et préservant la santé mentale. On décentre donc radicalement le dispositif en amont des maladies. Cela signifie aussi une insistance extrêmement forte sur le dépistage précoce et la prévention, le plus tôt possible, des troubles. Ce décentrement a des conséquences importantes au point de vue des acteurs : « l'expérience prouve que le dépistage et le traitement précoces des troubles mentaux permettent souvent d'obtenir une guérison plus rapide et d'empêcher l'apparition de troubles plus graves. À cet effet, il est nécessaire de bien préparer à leur rôle les membres des professions vers lesquelles les gens se tournent lorsqu'ils ne peuvent plus supporter leurs soucis et leurs peines. En dehors des catégories déjà mentionnées [*médecins de famille, enseignants*] le prêtre, le contremaître et l'officier de police sont souvent en mesure de déceler des modifications de comportements qui peuvent être des signes annonciateurs des troubles mentaux. »<sup>38</sup> Le dépistage précoce implique donc l'extension indéfinie des acteurs concernés et la collaboration de toutes les professions, médicales ou non. En particulier, l'OMS s'arrête longuement sur le rôle de l'omnipraticien (le généraliste) comme acteur essentiel dans le dispositif de détection et d'orientation.

Mais si le dépistage est une chose, le traitement reste fondamental. Les promoteurs de la santé mentale ont joué un rôle considérable dans la transformation des dispositifs de soins, encourageant un dispositif par paliers, fluide, dont nous avons vu précédemment l'un des fondements théoriques : s'ajuster aux phases et à l'évolution de la pathologie. L'objectif fondamental en est la réintégration du malade dans la communauté, le plus vite possible. Cela ne signifie pas qu'on néglige le rôle de l'hôpital dans ce parcours, bien au contraire. Sivadon est d'ailleurs, avec d'autres, à l'origine de l'objectif d'1 lit pour mille habitants réservé à l'hospitalisation et au traitement des malades mentaux lourds. Mais l'hôpital doit être

« transitoire » et intégré dans un système échelonné qui irrigue en amont dans la cité, pour intervenir au plus vite sur les troubles légers et, en aval, réintègre le plus tôt possible le sujet dans la communauté. Ce sont ces mouvements de santé mentale qui vont donc développer, dès les années 1940-1950, des appartements thérapeutiques, des équipes mobiles et, solution plus ancienne, des centres de jour. Ce dispositif obéit à diverses raisons. Économiques, dans la mesure où « les services psychiatriques doivent apporter au problème posé par les maladies mentales [...] *la solution qui entraîne le moins possible de gaspillage en capital humain, en temps et en argent...* C'est dire que le traitement [...] doit viser non seulement à éliminer les symptômes mais aussi à rétablir les liens entre le malade et le monde extérieur. Dans toute la mesure du possible, les malades mentaux devraient être traités dans la collectivité et continuer à vivre libres et économiquement indépendants dans leur cadre normal. »<sup>39</sup> L'impératif économique s'entrecroise ici avec un impératif *humanitaire* : celui de traiter les malades mentaux comme des sujets comme les autres, mais aussi avec un argument thérapeutique et théorique fondamental. Si, comme on l'a vu, le double problème duquel part la santé mentale est celui de l'adaptation et du développement de la personnalité du sujet individuel dans un monde de relations intersubjectives et dans un milieu humain, l'isoler trop longtemps de ce milieu, c'est courir un double risque : la rupture des liens et des relations, essentiels au développement et à la santé du sujet ; aggraver son inadaptation à un monde extérieur qui continuera à évoluer sans lui. D'où cette idée, sans cesse répétée : « l'hôpital psychiatrique doit [...] être considéré comme un centre de traitement transitoire [...] Sa tâche est de réapprendre au malade, dans l'atmosphère de la communauté thérapeutique, à subir les tensions normales qui caractérisent la collectivité ordinaire »<sup>40</sup>. Dès son admission, ou très vite après, il faut se préoccuper d'assurer sa « resocialisation » et sa « réadaptation », c'est-à-dire sa réintégration dans la société et surtout le rendre capable de supporter et de s'adapter aux tensions liées au développement social. □

- <sup>1</sup> Voir par exemple Combe, A., *The principles of physiology applied to the preservation of health and the improvement of physical and mental education*, New York, Harper & Brothers, 1834 ou Curtis, H., *Observations on the preservation of health*, London, H. Renshaw, 1838 (2e éd.).
- <sup>2</sup> Clouston, T., *The hygiene of the mind*, Methuen & Co, 1906.
- <sup>3</sup> Le cas du Canada francophone est ici mis de côté.
- <sup>4</sup> Pour quelques éléments à ce sujet, voir Biarez, S., « Une politique publique : la santé mentale (1970-2002) », *Revue Française d'Administration Publique*, 2004/3, n°111, p. 517-531 ; Doron, C-O « La maladie mentale en question » in *Les Cahiers du Centre Canguilhem*, n°2, Les maladies mentales, Paris, PUF, 2008, p. 9-45 ; Philippe, S : « La mise en œuvre de l'action publique: un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale », *Revue française de science politique*, vol. 54, 2, 2004, p. 315-334. Pour une histoire de la question des réformes institutionnelles de la psychiatrie en France sur la période antérieure, voir Henckes, N., *Le nouveau monde de la psychiatrie française*, Thèse de doctorat en sociologie, CERMES/EHESS, 2007.
- <sup>5</sup> Meyer, A., « National mental hygiene : the mental hygiene movement », *The Canadian Medical Association Journal*, 1918, p. 632-634.
- <sup>6</sup> Pour plus de précisions, voir N. Crossley, "Transforming the mental health field: the early history of the National Association for Mental Health", *Sociology of Health & Illness*, vol. 20, n°4, 1998, p. 458-488.
- <sup>7</sup> Philippe, art. cit.
- <sup>8</sup> Crossley, art. cit., p. 473.
- <sup>9</sup> Philippe, art. cit.
- <sup>10</sup> J-R. Rees, *The shaping of psychiatry by war*, London, Chapman & Hall, 1945.
- <sup>11</sup> Un film américain intitulé « The Nation's Mental Health » (1951) illustre parfaitement le rôle joué par la guerre dans le développement des programmes de santé mentale : voir <https://www.youtube.com/watch?v=jQJtVm59gPk>
- <sup>12</sup> OMS, Comité d'experts de la santé mentale, Rapport sur la deuxième session, Genève, 1951, p. 4.
- <sup>13</sup> Ibid.
- <sup>14</sup> Cité in Lin, T-Y, « Les effets de l'urbanisation sur la santé mentale », in *Aspects sociaux de la santé mentale*, *Revue internationale des sciences sociales*, vol. XI, 1, 1959, UNESCO, p. 36.
- <sup>15</sup> Tregold, R.F, « Les relations humaines dans l'industrie », in Ibid., p. 43.
- <sup>16</sup> M. Jahoda, *Current concepts of positive mental health*, New York, Basic Books, 1958.
- <sup>17</sup> OMS, 2<sup>e</sup> rapport, op. cit., p. 4.
- <sup>18</sup> Voir par exemple Jahoda, M., « Le milieu et la santé mentale » in *Aspects sociaux de la santé mentale*, op. cit., p. 15-25.
- <sup>19</sup> Cloutier, F., *La santé mentale*, PUF, Paris, 1966, p. 15-27.
- <sup>20</sup> Ibid., p. 30.
- <sup>21</sup> Littéralement, d'ailleurs, car, comme nous allons le voir, ces travaux sur la santé mentale sont surchargés de référence à la psychanalyse des liens affectifs, à une théorie de la relation intersubjective (et des liens familiaux) comme fondement du développement individuel, ainsi qu'à une nécessaire humanisation des soins.
- <sup>22</sup> « La santé mentale et le milieu », art. cit., p. 23.
- <sup>23</sup> OMS, 11<sup>e</sup> rapport du Comité d'experts de la Santé Mentale : *Le rôle des médecins de la santé publique et des omnipraticiens dans la protection de la santé mentale*, Genève, 1962, p. 17. Significativement, tout ce développement s'inscrit sous le titre « modification des éléments du milieu préjudiciables à la santé mentale » or on n'y trouve absolument rien concernant les modifications des facteurs influant sur la santé mentale.
- <sup>24</sup> OMS, 2<sup>e</sup> rapport, op. cit., p. 6-12.
- <sup>25</sup> OMS, 1<sup>er</sup> rapport du Comité d'experts de la Santé Mentale, Genève, 1950, p. 22.
- <sup>26</sup> Lin, art. cit., p. 31.
- <sup>27</sup> Ibid., p. 26.
- <sup>28</sup> Voir par ex. ibid., p. 31-32.
- <sup>29</sup> OMS, 2<sup>e</sup> rapport, op. cit., p. 5.
- <sup>30</sup> J. Bowlby, *Soins maternels et santé mentale*, Genève, OMS, 1951.
- <sup>31</sup> OMS, 1<sup>er</sup> rapport, op. cit., p. 15.

32 OMS, 10<sup>e</sup> rapport du Comité d'experts de la Santé Mentale. Développement des programmes de santé mentale, Genève, 1961, p. 10.

33 Tregold, art. cit., p. 45-46.

34 OMS, 2<sup>e</sup> rapport, op. cit., p. 7.

35 Voir par ex. Henckes, op. cit.

36 P. Sivadon, « Problèmes de santé mentale à l'hôpital » in *Aspects sociaux de la santé mentale*, op. cit., p. 49-50.

37 Ibid., p. 49.

38 OMS, 10<sup>e</sup> rapport, op. cit., p. 18.

39 OMS, 10<sup>e</sup> rapport, op. cit., p. 22.

40 Ibid.

