

Transformation des politiques publiques

Contexte en Belgique : dispersion des compétences en matière de santé mentale ; tensions communautaires ; référentiels différents ; tout cela dans un contexte général, notamment européen, qui pèse.

Transformation de l'État

On peut distinguer deux modèles d'État :

1. État libéral : l'État garantit des libertés. Il intervient peu. Sa fonction est régalienne / sécuritaire.
2. État social / État Providence : l'État garantit des droits sociaux. Il revendique l'accès à des biens.

Ces modèles se retrouvent globalement dans l'opposition gauche/droite.

Deux interprétations sont possibles au niveau de la transformation actuelle de l'État, par rapport à ce modèle binaire :

- L'interprétation « régressive » qui explique l'attaque des politiques publiques relevant de l'État social comme étant un retour à l'État libéral : ce qui était traité au niveau de la politique sociale revient maintenant à la politique sécuritaire. Mais cette théorisation manque quelque chose car des éléments restent non explicables par ce modèle. Il s'agit donc plutôt de comprendre ce qu'il y a de nouveau dans ces politiques (concernant le social, la santé, l'éducation, etc.)
- L'interprétation qui essaye de qualifier une nouvelle strate appelée État social actif / État évaluateur.

À quoi correspond cette nouvelle strate ?

1. À un glissement anthropologique : on ne considère plus l'humain de la même façon.
2. À une rationalisation, avec différentes formes possibles : de nouvelles formes s'imposent, dont souffrent notamment les institutions en santé mentale (logique computationnelle, diagnostics, etc.)

1. Un glissement anthropologique

- a) On passe d'une anthropologie disjonctive, qui sépare les êtres (fous/pas fous, capables/pas capables, ...) à une anthropologie conjonctive : plus de frontière nette entre normal et fou, chacun se situe donc sur un continuum.

¹ Ces notes n'engagent aucunement la responsabilité de l'intervenant.

Pour aller plus loin, voir l'article de Jean-Louis Genard « l'humain sous l'horizon de l'incapacité », recherche sociale et anthropologie. <https://rsa.revues.org/1424>

- b) Les limites de l'anthropologie dominante selon laquelle on doit être indépendant, autonome, etc. bougent : modèle de l'humain qui ne présuppose pas que l'humain soit responsable et autonome.

a) D'une anthropologie disjonctive à une anthropologie conjonctive

Michel Foucault (dans « Les mots et les choses ») émet l'hypothèse que l'homme qui émerge au 17^{ème} - 18^{ème} siècle naît comme doublet empirico (déterminisme) - transcendantal (liberté). Se développe donc à l'époque une conception de l'homme, pensé entre ces deux tensions, pensé dans ses coordonnées dualistes : capable/incapable, actif/passif, autonome/dépendant, normal/pathologique, culture/nature, homme/femme, esprit/corps, etc. C'est l'anthropologie disjonctive.

Cette culture pense l'humain dans cette dualité : les incapables n'ont pas les mêmes droits que les capables, les femmes ne votent pas, etc. La capacité est un statut, cela ne bouge pas.

Il y a un basculement dans les années 1950 -1960 (avec des précédents tels que les luttes ouvrières, le mouvement féministe, la psychanalyse, etc.) : apparition notamment du courant Esalen, mouvement du potentiel humain, qui avance que les hommes n'utilisent qu'une petite partie de leur potentiel, qu'ils sont bien plus capables que ce qu'ils montrent et qu'il faut développer ses capacités, surmonter les obstacles, lutter contre les obstacles sociaux, etc. ; apparition des thérapies pour normaux ; apparition aussi des maladies psychosomatiques ; etc. L'hypothèse est qu'on serait alors passé d'une anthropologie disjonctive à une anthropologie conjonctive.

Dans cette anthropologie conjonctive, les humains sont sur un continuum entre autonomie et hétéronomie. Ils se déplacent sur ce continuum. Ils sont fragiles et vulnérables, ils ont toujours des ressources, ils sont résilients. S'il n'y a plus de fous ni de normaux, on va alors parler de troubles mentaux (dénomination moins lourde que maladie). Et ces troubles, il faut qu'ils se rétablissent.

Changements institutionnels

Ce tournant change les politiques en matière de santé mentale. Au lieu de la dualité « ceux qui sont en asile et ceux qui n'y sont pas », les structures institutionnelles se calquent sur l'anthropologie disjonctive. Les institutions, notamment psychiatriques, sont critiquées (Gagnon, Foucault, etc.), se développe l'antipsychiatrie, la désinstitutionnalisation, le secteur ambulatoire, etc.

Ce passage d'une anthropologie à une autre modifie donc réellement les politiques publiques : de nouveaux dispositifs de politique publique apparaissent. Au niveau de la santé mentale, c'est aussi un renversement car l'essentiel va se situer dans l'entre-deux, dans l'ambulatoire. A tel point qu'aujourd'hui, les extrêmes sont difficilement traités car il n'existe plus assez d'institutions pour prendre en charge ces cas plus lourds et chroniques.

Responsabilisation, capacitation, activation

On parle de plus en plus de responsabilisation (puisqu'il n'y a plus de dualité responsables/non responsables) et de plus en plus de stratégies de responsabilisation sont mises en place. L'État social est critiqué (puisque la tendance est à la responsabilisation des individus). Ce processus de responsabilisation est donc bien un instrument critique des politiques classiques de l'État social.

Se demander si quelqu'un est responsable, c'est se demander s'il voulait faire ce qu'il a fait, s'il savait, s'il pouvait. Ainsi, à partir des années 1960, la pression du devoir s'affaiblit. Les questions que l'on pose pour classer les gens sont : vouloir, savoir, pouvoir. On ne parle plus de morale, mais de motivation, compétence, capabilité. Cette nouvelle sémantique infléchit les formes d'intervention des politiques publiques (un travail de recherche a permis de constater qu'au sein d'un CPAS bruxellois, la manière dont les travailleurs sociaux classent les usagers est basée sur ces enjeux : sont-ils motivés ? Sont-ils capables ?). À cela s'ajoute un pluralisme institutionnel et des dispositifs permettant d'orienter les usagers selon les diagnostics. On se trouve donc dans la sémantique de la responsabilisation.

Outre la responsabilisation et la capacitation, c'est l'activation (et là aussi, sa sémantique) qui est mise en avant. Comme le souligne Alain Ehrenberg : les médicaments à succès sont ceux qui affectent l'hyper ou l'hypo activité. Il y a une pression à l'activité et une volonté de réguler cette activité. Parce que les individus sont fragiles et vulnérables, s'ils ont des chocs, il faut être là, l'État développe donc des dispositifs de veille et de réactivité. Ainsi lors d'un accident ou d'une catastrophe, une équipe de psy intervient pour que le trauma ne soit pas trop vivace. On observe une montée du référentiel du PTSD (trouble de stress post-traumatique), né dans un contexte de retour de guerre mais banalisé aujourd'hui.

b) Les limites de l'anthropologie dominante

L'accompagnement est mis en avant : les gens sont fragiles, il faut les suivre, on n'est plus uniquement du côté de la guérison. De plus si ceux qui étaient du côté de l'incapacité (de la pathologie notamment) ont des ressources et sont résilients, il faut alors les responsabiliser. C'est l'apparition des droits des patients, de la participation des patients, des associations de patients, et de divers dispositifs qui considèrent que tous sont citoyens.

Mais si on observe une responsabilisation des faibles on observe aussi une vulnérabilisation des forts. Avec ce public dominant, c'est le coaching qui s'impose. Dans les livres de management, on parle de vulnérabilité et de fragilité et on lit « tablez sur votre vulnérabilité, votre vulnérabilité fera votre force. »

Changements institutionnels

Dans le modèle conjonctif, vu l'émergence d'un pluralisme institutionnel tentant de répondre à toutes les positions possibles sur le continuum anthropologique, au sein des institutions adaptées aux différents niveaux/positions sur le continuum, on retrouve des acteurs avec des statuts divers : public, privé, financé, etc.

Et l'État doit se donner de nouvelles fonctions et se poser de nouvelles questions. Il faut pouvoir pister les personnes à l'intérieur de ce pluralisme institutionnel, d'où les circuits de soins. L'État doit pouvoir coordonner, d'où la création de plateformes et autres lieux de coordinations.

Emane une tripartition des politiques sociales :

- l'État social classique existe toujours ;
- mais dans cet État, les usagers doivent se prendre en mains, montrer qu'ils sont responsables. Si pas, ils perdent une partie de leurs droits (par exemple, les bénéficiaires du chômage passent au CPAS) et deviennent ceux à qui on ne peut rien demander en terme de responsabilité, ceux qui n'en peuvent plus et n'en veulent plus, les laissés-pour compte.
- se développe un secteur qui s'auto-dénomme secteur humanitaire, pour ceux qui ne sont plus pris en charge, pour ces laissés-pour-compte. La spécificité du secteur humanitaire est qu'il n'est pas demandé de contrepartie aux acteurs, ils ne doivent pas se prendre en mains, les aides y sont inconditionnelles.

L'hypothèse est que, peut-être, de plus en plus, les pathologies les plus lourdes finissent par échapper au dispositif de l'État social traditionnel et risquent d'être renvoyées au niveau humanitaire.

Dés-autonomisation, dé-différentiation, déstabilisation

La critique sociale s'est modifiée dans ce contexte anthropologique : avant, l'émancipation passait par l'autonomisation. L'horizon de l'intervention, c'était l'autonomisation. Depuis les années 1990 cela est remis en question : on sait aujourd'hui qu'exiger des gens qu'ils soient autonomes peut être une épreuve, peut être oppressif, cela peut devenir un instrument d'exclusion.

Le contexte actuel a donc 2 types d'exigence :

- l'autonomisation (qui existe toujours),

- et en même temps, en lien avec la vulnérabilité, l'exigence du « care », de la sollicitude, de la bienveillance, de l'attention à ne pas faire peser trop sur les vulnérables.

Les intervenants dans les politiques sociales sont traversés par cette double exigence.

Jusqu'aux années 1960, l'État s'est développé dans une politique de différenciation : politique/justice, politique/santé, politique/enseignement, etc. L'État contribuait à ce que la société se divise de la sorte, avec des institutions propres à chaque secteur.

Progressivement, nos sociétés entrent dans un régime réticulaire de dédifférenciation. La santé mentale n'est pas seulement un problème de santé mentale mais aussi un problème économique, culturel, d'éducation, etc. Ainsi, les politiques en santé mentale et les autres doivent se construire en transgressant les frontières entre les différents sous-systèmes. On ne peut donc plus penser la santé mentale comme spécifique, isolée.

D'autre part, la désinstitutionnalisation engendre une instabilité institutionnelle : les financements des institutions de l'État visent de moins en moins la stabilité. Ces financements sont tributaires de réponses à des projets. On passe son temps à faire des projets pour obtenir les financements, on est dans un marché concurrentiel.

2. Une rationalisation

Second point par rapport à l'anthropologie : la question des limites de l'anthropologie empirico-transcendantale de Michel Foucault.

Les termes responsable et irresponsable sont assez récents : ils apparaissent au 18^{ème} siècle, à partir de l'anthropologie empirico-transcendantale. Cette anthropologie de la responsabilité, née au Moyen âge, a dû lutter contre d'autres modèles (la grâce, la fortune, etc.).

Le modèle responsable/irresponsable a d'autres modèles concurrents, issus des sciences de l'homme et de la statistique. Ces savoirs disent que l'homme n'est pas responsable, mais déterminé par son corps (sciences), et que l'homme est emporté par la logique du grand nombre (statistiques). On a donc une opposition entre des disciplines explicatives, qui réduisent les comportements à ses causes, et des disciplines compréhensives, qui cherchent à interpréter l'homme en le supposant libre. L'évolution des savoirs oscille entre ces deux approches.

Objectivation, rationalisation, politisation

Aujourd'hui on est confronté à un moment où les neurosciences gagnent en légitimité et en pertinence, alors que les psychanalyses et les autres approches sont en perte de vitesse. On est dans un savoir objectivant de l'humain. Même le rapporta à soi est de nature objectivante (possibilité de commander des tests ADN sur internet, etc.). Il y a à réfléchir à cette tension entre un discours objectivant et un discours subjectivant.

Tous les secteurs sont soumis à de nouvelles formes de rationalité : recherche d'efficacité, montée d'une logique des indicateurs, d'une logique computationnelle, référentiel de l'évaluation (tout, ainsi que les politiques publiques doit être évalué) et mise en évidence de l'efficacité, de la pertinence, de l'efficacité. L'efficacité prend une place énorme, il faut être efficace dans un temps très restreint, pour prouver rapidement qu'on est efficace.

Dès lors, des pratiques émergent : benchmarking, bonnes pratiques, obligation d'objectiver, etc.

Le fait de se soumettre à cette logique fait que les politiques publiques deviennent des politiques de pilotage. Les politiques s'ajustent en fonction des indicateurs. Cela dénature le débat public. La critique est internalisée aux politiques, plus besoin de discuter. La seule chose dont on peut discuter, ce sont les indicateurs. Le reste échappe de plus en plus au débat public.