
SOUFFRANCES LOCALES ET DÉMOCRATIE DES ALLÈGEMENTS

Olivier Croufer



Cette étude s'inscrit dans la thématique :

DÉMOCRATIE LOCALE

Réflexions sur les possibilités qu'ouvre le "local" pour faire démocratie : mettre en œuvre d'autres processus délibératifs, convoquer des citoyens selon de nouvelles modalités de participations, construire des politiques globales ajustées aux spécificités locales et aux besoins des habitants.

Cette étude est téléchargeable sur www.psychiatries.be
1ère édition, août 2012

Editeur responsable :
Centre Franco Basaglia asbl, rue Cathédrale 12, 4000, Liège.
Courriel : info@psychiatries.be

Avec le soutien de :



Wallonie



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
DÉFIS SOCIO-POLITIQUES AU NIVEAU LOCAL	9
1. Les allègements des conditions communes d'existence.....	10
<i>Productions sociales et injustes de la souffrance.....</i>	<i>11</i>
<i>Agir via des communs institutionnalisant.....</i>	<i>13</i>
2. Faire société de la controverse d'histoires singulières	15
<i>Recherches biographiques et Relationnelles</i>	<i>15</i>
<i>Souffrances transactionnelles</i>	<i>17</i>
<i>Désirs et finalités en controverse</i>	<i>19</i>
3. Les mutations des espaces de protection	22
<i>La protection hospitalière</i>	<i>22</i>
<i>Les bulles de soulagement.....</i>	<i>24</i>
Perspectives	26
PISTES POUR UNE DÉMOCRATIE LOCALE DES ALLÈGEMENTS	29
1. Délimitation du local.....	31
<i>Le territoire, une carte dans les milieux de vie.....</i>	<i>31</i>
<i>Les possibilités ouvertes en modulant les contours du territoire.....</i>	<i>33</i>
<i>Trois niveaux de territoire</i>	<i>34</i>
<i>Proposition provisoire (première partie)</i>	<i>36</i>
2. Les conseils locaux pour la santé mentale.....	38
<i>Les trois acteurs des Conseils.....</i>	<i>39</i>
<i>Proposition provisoire (Deuxième partie)</i>	<i>42</i>
CONCLUSION.....	44

INTRODUCTION

Le *Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie* qui soutient cette étude s'est créé par des personnes ancrées dans le quotidien psychiatrique. Elles se sont associées car elles ressentaient des difficultés à opérer des changements organisationnels, politiques et culturels. D'emblée, il est apparu que les complications ne tenaient pas simplement dans les difficultés à nouer des alliances avec des forces socio-politiques. Il y avait aussi des embarras de langage, des hésitations sur les mots et sur le style pour parler des expériences et des attentes. Cette étude s'inscrit dans le creuset de ces incertitudes avec comme perspective de formuler des questions politiques à propos de la "psychiatrie" en adoptant un langage qui favorise la mobilisation des citoyens dans un champ souvent abandonné aux "spécialistes".

La première opération qui a été tentée dans cette étude est d'abandonner autant que possible les vocables "santé mentale" et a fortiori "psychiatrie". Loin de nous l'idée que les disciplines convoquées par ces champs spécifiques n'aient pas d'utilité; que du contraire, elles sont déterminantes pour résoudre les problèmes en question. Par contre, nous avons toujours été étonnés du peu de consistance des analyses en termes social, politique ou citoyen quand surgissent à partir de la "psychiatrie" des questions d'actualité éminemment socio-politiques sur les normes de vie, la sécurité publique, la liberté, les façons de vivre ensemble. Comme si ni les forces socio-politiques instituées, ni les citoyens ne parvenaient à investir la complexité des problèmes qui se déploient à partir de la "santé mentale" et que ceux-ci étaient en quelque sorte abandonnés aux spécialistes du domaine. Nous avons dès lors opté pour un langage qui rapproche ce qui est au cœur de la "psychiatrie" de l'ensemble des citoyens. La souffrance est le vécu qui ouvre cette voie. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que la souffrance est au cœur de chaque situation psychiatrique. Elle peut être plus ou moins intense, mais elle est toujours présente. Elle déborde systématiquement sur les entourages, et cette détresse est aussi celle des proches. Cet angle est sans aucun doute partiel, l'intérêt est qu'il ouvre à des préoccupations communes auxquelles peuvent se raccrocher aujourd'hui l'ensemble des citoyens. Pour donner une mesure de l'ampleur du phénomène, nous pouvons nous rappeler qu'une

personne sur quatre en Belgique souffre d'un "mal être" et que la moitié d'entre elles (14 % de la population) souffrirait d'un problème de santé mentale d'une certaine gravité¹.

Parmi les différentes voies possibles pour aborder le "politique" de la souffrance, nous nous sommes concentrés autour des questions de "démocratie". Prenant comme option de définir le "politique" comme ce qui donne forme aux tensions dans un espace commun, nous nous sommes d'entrée de jeu attardé (chapitre 1.1) à penser la part de "commun" à la souffrance. Dans quelle mesure la souffrance relève de conditions communes d'existence ? Comment se manifestent des tensions sociales quant à la pondération de ce qui peut être déterminant pour alléger ces souffrances ? Ce qui apparaît à l'horizon de ces questions et que nous avons voulu aborder dans cette étude est l'importance d'ouvrir des discussions publiques sur les déterminants collectifs de ces souffrances et a fortiori sur les politiques qu'il y aurait lieu de mettre en œuvre pour les soulager. La question de la démocratie s'ouvre également d'une autre façon : à travers les controverses qui deviennent indispensables si l'on veut remettre en scène des paroles et des histoires singulières marginalisées des espaces publics de négociation des politiques (chapitre 1.2). Dessiner ces espaces de controverses apparaîtra d'autant plus nécessaire que nous sommes sans cesse confronté à des hésitations sur les chemins à emprunter et qu'il n'existe pas d'accords d'emblée unanimes ni sur les méthodes, ni sur les finalités entre les acteurs impliqués dans les situations. La question des acteurs à convoquer dans des négociations démocratiques sur les politiques à mener se trouve également activée par le fait que ces dernières décennies les espaces de réconfort utiles au soulagement des existences se sont diversifiés sans qu'aient été repensés les lieux où s'agenceraient les politiques qui les déterminent (chapitre 1.3).

Toute la première partie de l'étude pose des problèmes, ouvre des questions, plus qu'elle ne tente de donner des réponses. Nous avons néanmoins voulu délimiter quelque peu l'espace où des solutions, ou du moins des pistes de réponse, pourraient prendre forme. Cette délimitation est le "local". Il nous a semblé que les problèmes de démocratie tels qu'ils étaient amenés pouvaient trouver des issues locales en inventant ou actualisant des espaces de controverses et de délibérations qui permettent d'imaginer et de mettre en œuvre des politiques selon d'autres voies que celles qui se déroulent sur des territoires plus élargis. La première partie de cette étude vise dès lors aussi à préciser en quoi le "local" ouvrirait des voies spécifiques pour vivifier une démocratie des allègements.

La deuxième partie tente des propositions. Nous les avons voulues assez générales pour laisser l'aventure ouverte, mais suffisamment opératoires pour ne pas laisser trop en suspend les questions ouvertes lors de la première partie². Il s'agit d'abord de mieux

¹ Institut Scientifique de Santé Publique, *Enquête de santé par interview, Belgique 2008*, Bruxelles, I.S.S.P., 2008, p. 493-666.

² Ces propositions ont été élaborées par le *Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie* au cours d'un processus collectif qui a mobilisé des groupes de travail au cours de l'année 2010-2011. Elles

délimiter le "local" (chapitre 2.1) en utilisant le concept de territoire. Celui-ci y est défini comme une carte qui permet d'intervenir dans les milieux de vie et de réguler des éléments essentiels d'une politique. Nous présenterons ce qui se joue pour les citoyens quand on module les contours des territoires et nous dessinerons trois niveaux différents de territoires. Nous esquisserons aussi un dispositif, les *Conseils locaux pour la santé mentale* (chapitre 2.2). Ils permettraient de donner forme à une démocratie délibérative qui ferait participer les élus, d'autres représentations citoyennes de la population et des usagers, ainsi que les services, du secteur privé et public.

sont rassemblées dans un *Cahier de propositions politiques* auquel il est possible de se référer pour plus de détails. A télécharger sur <http://www.psychiatries.be>

PREMIÈRE PARTIE

DÉFIS SOCIO-POLITIQUES AU NIVEAU LOCAL

Chercher des voies socio-politiques pour se dégager de la souffrance n'est pas une tâche spécifiquement locale. La différenciation entre ce qui se jouerait au niveau local et ailleurs peut être artificielle, d'autant plus quand la formulation des défis se veut, comme dans ce texte, assez générale. Pourtant la délimitation locale des enjeux a un intérêt manifeste car elle raccroche les questions à des prérogatives des pouvoirs locaux, elle rapproche l'écoute des paroles des citoyens et elle donne une dimension plus visible et plus spécifique aux dispositifs en cause. Les trois défis proposés sont donc des pistes dont il faudra par la suite travailler les contours locaux. (1) D'abord, nous pourrions commencer par nous demander dans quelle mesure le soulagement des existences concerne un « commun » dont le politique aurait à se mêler. Y a-t-il en quelque sorte des conditions communes d'existence dont un agir politique local pourrait se saisir dans la perspective d'un allègement ? (2) Le deuxième défi proposé renvoie plutôt aux méthodes et aux processus pour élaborer des politiques. Dans quelle mesure les crises d'identité, les alourdissements des existences, les malaises en société nous convoquent-ils en nous indiquant des voies spécifiques pour imaginer des politiques locales ? (3) Le troisième défi se rapporte aux collectifs, dispositifs ou établissements concrets. Quels sont les bulles de soulagement qui pourraient être mobilisées au niveau local pour protéger les fragiles existences ?

1. LES ALLÈGEMENTS DES CONDITIONS COMMUNES D'EXISTENCE

Comment penser la part de « commun » à la souffrance ? Et plus précisément, comment définir un « commun » sur lequel il serait possible d'agir collectivement ou politiquement ? La souffrance est toujours en quelque sorte dans des « communs ». Les façons d'y réagir dépendent des savoirs, des informations, des doctrines à disposition. L'un s'appuiera sur les savoirs de son thérapeute, l'autre sur les visions de son syndicat, les programmes de son club de fitness, sur sa famille ou sa paroisse. L'agir - ou le pâtir - se mettent aussi en branle selon la mémoire plus ou moins explicite de la rencontre de désirs venus, d'ailleurs et d'autrui, nous affecter, nous rendre triste ou lourd, léger ou joyeux. Ces savoirs, ces désirs, circulent sans cesse, ils forment des flux qui orientent notre attention, nous divertissent, nous éparpillent ou nous canalisent, laissent des traces et frayent pour nous des voies sur lesquelles on chemine ou se perd. La souffrance vit dans cet ensemble circulant de flux, parfois elle s'y englue, s'y appesantit. L'allègement et l'égaïement passent nécessairement par une réflexion sur ces ensembles transindividuels, sur des communs. Pour une part, il est sans aucun doute malaisé, voire impossible, de les influencer de façon significative. Nous vivons au sein de « communs auto-constitués »³ qui, bien qu'ils relèvent de la plasticité de la culture humaine, échappent largement à tout effort de contrôle intentionnel. C'est le cas, par exemple, des langues qui vivent parmi les locuteurs mais qui ne réagissent que marginalement à des tentatives de maîtrise rationnelle. Une part des paroles, des images, des mythes, des désirs et des inclinaisons circulent sans pouvoir être vraiment captés et maîtrisés par des institutions. Dans ces communs, la vie se fait en glissant parmi les multiples flux qui y circulent et en se frayant, personnellement ou collectivement, des chemins de peine ou de joie. Mais par ailleurs, les existences vivent aussi parmi des « communs institutionnalisés ». Les flux de désirs et de savoirs y sont canalisés, orientés, organisés de telle sorte que le « commun institutionnalisé » relève d'une maîtrise plus ou moins rationnelle. L'enseignement, les CPAS, une agence immobilière sociale, l'Euro (€), une Sécurité Sociale sont des exemples de ces communs que les hommes peuvent créer et modifier à force d'imagination et de volonté d'agir ensemble.

Les approches du soulagement des existences tiennent plus ou moins compte d'une pensée sur le « commun ». Celles qui le font le moins laissent entendre (et participent dès lors d'une circulation des savoirs et des croyances) qu'il revient à l'individu de se mettre à l'œuvre en escamotant les circulations transindividuelles au sein desquelles ses désirs, ses

³ Nous reprenons la distinction entre « communs auto-constitués » et « communs institutionnalisés » à Citton Y. & Quessada D., *Du commun au comme-un*, in *Multitudes*, n°45, Paris, Été 2011, p. 15-22.

souffrances, son langage et ses espérances se sont façonnées et continuent de cheminer. Certains disent que cette tendance est devenue dominante. Néanmoins, l'engouement pour rendre explicite ce qui se trame à travers du « commun institutionnalisé » et "institutionnalisant" ne s'est jamais tari et bénéficie d'ailleurs d'un nouvel essor ces dernières décennies à travers des thématiques telles que les « inégalités sociales en santé ». C'est l'exemple sur lequel nous nous appuyerons car il mobilise des recherches, en Belgique et internationalement, qui tracent des voies nouvelles auxquelles s'accrochent des collectifs et des institutions intéressés à la façon dont se fabrique le « commun ».

PRODUCTIONS SOCIALES ET INJUSTES DE LA SOUFFRANCE

Le thème des « inégalités sociales de santé » a ressurgi avec force depuis les années 90 quand le constat a été établi d'un accroissement des inégalités sociales de santé malgré les améliorations extraordinaires qui ont eu cours tout au long du 20^e siècle. Les inégalités sociales en santé renvoient à des différences systématiques dans le statut de santé entre des groupes socio-économiques. Des différences individuelles, même si elles ont un aspect social comme l'âge, le sexe ou la profession, ne deviennent des inégalités sociales de santé que si elles sont distribuées systématiquement dans la population selon des critères socio-économiques. D'habitude, on prend le revenu, l'emploi ou l'éducation. Cette distribution suit un gradient, c'est-à-dire que l'état de santé se détériore d'autant plus que le statut socio-économique est bas. Il s'agit d'une inégalité qui se manifeste à des degrés divers dans l'ensemble de la population. Les inégalités sociales de santé sont dès lors produites socialement, modifiables et injustes.⁴

Ces inégalités sociales pèsent sur le corps et la psyché, elles se manifestent par de la douleur, des fragilisations et des détériorations corporelles et de l'esprit, elles existent également sur le versant plus spécifique de la santé mentale. Le statut socio-économique a un impact décisif dans la prévention, le déclenchement, le vécu et le rétablissement des troubles psychiques.⁵ En Belgique, une étude des Mutualités Chrétiennes auprès de leurs affiliés a montré que « la classe la plus faible présente un risque de consommation d'antidépresseurs accru de 14 % par rapport à la classe la plus élevée. Le gradient social est beaucoup plus marqué pour les admissions en hôpital psychiatrique ou en service (neuro)-psychiatrique d'un hôpital général. Ici, les personnes issues de la classe la plus

⁴ Pour approfondir le thème des inégalités sociales en santé, voir sur le plan international Dahlgren G., & Whitehead M., *European strategies for tackling social inequalities in health : levelling up Part 2.*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006 et pour la Belgique, Van Oyen H., Deboosere P., Lorant V., & Charafeddine R., *Les inégalités sociales de santé en Belgique*, Gent, Academia Press, 2010.

⁵ Pour une synthèse sur les inégalités sociales en santé mentale, voir Dorvil H., *Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale*, in Dorvil H. (sous la direction de), *Problèmes sociaux. Tome 3: théories et méthodologies de la recherche*, Québec, Presses Universitaires du Québec, 2007, pp. 169-202.

faible ont un risque de près de 60 % plus élevé par rapport à la population de référence (ensemble des affiliés). Lorsqu'on les compare avec ceux appartenant à la classe la plus élevée, ce même risque est deux fois plus important. »⁶

Il existe un lien entre le statut économique et les hospitalisations en psychiatrie tant au niveau des admissions, du traitement que des sorties.⁷ Plus le statut socio-économique des personnes diminue, plus les admissions se feront sous la contrainte (mesure judiciaire de « Protection de la Personne Malade Mentale »), moins elles seront amenées à se voir proposer des psychothérapies, moins leur fonctionnement aura été amélioré à la sortie et plus souvent elles seront réadmisées à l'hôpital psychiatrique.

Les inégalités sociales en matière de santé mentale et d'allègement des existences traversent la population belge. C'est la conclusion de l'enquête de santé par interview de 2008. « Tous les indicateurs de santé mentale étudiés dans ce rapport sont liés au niveau d'éducation: ainsi, le mal-être, les troubles émotionnels, les comportements suicidaires et la consommation de psychotropes se concentrent davantage dans les groupes les plus défavorisés sur le plan socio-éducatif. »⁸

L'explication de la causalité des facteurs socio-économique s'effectue via des facteurs intermédiaires, ce que résume le mieux la roue de Dahlgren et Whitehead⁹ :



La relation entre la santé et le statut socio-économique peut être due à des facteurs macro-structurels comme les inégalités de revenus, d'éducation ou d'environnement de vie. Les personnes disposant de plus de ressources financières et d'une aisance par le niveau d'éducation peuvent avoir une vie plus saine et plus légère grâce par exemple à un meilleur accès aux soins de santé, aux installations sportives, à une alimentation équilibrée, à un logement plus confortable, à un quartier, une école ou un emploi plus agréables. Les facteurs macro-structurels peuvent induire un stress des conditions de vie et de travail qui seront un poids d'autant plus important que les personnes ne disposent

⁶ Avalosse H., Gillis O., Cornelis K., & Mertens R., *Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes*, in *MC - Information*, septembre 2008, p.8

⁷ Lorant V., Kampfl D., Seghers A., Deliège D., Closon M., & Anseau M., *Socio-economic differences in psychiatric in-patient care*, in *Acta psychiatrica scandinavica*, 107, 2003, pp. 170-177.

⁸ Institut Scientifique de Santé Publique, op. cit., p. 495.

⁹ Voir Dahlgren G. & Whitehead M., op. cit. et une explication similaire chez Van Oyen H., Deboosere P., Lorant V., & Charafeddine R., op. cit., p.3-4

pas d'un réseau de relations et de soutien social suffisamment protecteur et chaleureux. Ce stress qui vient peser sur l'existence influence le biologique par des effets sur les mécanismes immunitaires, neuroendocriniens ou cardiovasculaires par exemple. L'hostilité des conditions de vie quotidienne alimente l'adoption de comportements comme l'abus d'alcool, de drogue ou de tabac.

AGIR VIA DES COMMUNS INSTITUTIONNALISANT

Chacun des niveaux peut-être pris en compte dans l'élaboration d'une politique, mais les niveaux macro-structurels et les conditions de vie jouent un rôle majeur pour réduire les inégalités sociales de santé. Les recommandations scientifiques préconisent de leur accorder la plus haute importance.¹⁰ Un facteur déterminant est de diminuer les inégalités de revenus.¹¹ Agir sur les conditions de vie qui favorisent une santé ne doit plus se limiter à améliorer les services de soins, mais la qualité du logement, les conditions de travail, la possibilité de trouver un emploi, la formation, ... sont autant de déterminants essentiels sur lesquels s'appuyer pour faire une politique. Celle-ci implique désormais d'être intersectorielle tant dans son élaboration que dans sa gestion. Un choix d'équité en santé demande « une politique intégrée qui renforce les services de première ligne, qui établit un lien entre les soins curatifs et la promotion de la santé, et qui intègre les politiques sociales et de santé ». ¹² En somme, ce sur quoi insistent ces analyses et recommandations est de changer de niveau. Pour se dégager de la souffrance, les espaces qui comptent sont des collectifs et des communs institutionnalisant parmi lesquels nous façonnons nos vies, nos désirs, faisons circuler nos expériences et nos savoirs.

La définition d'un espace local acquiert ainsi toute son importance pour agir sur ces dimensions macro-structurelles. Le Pouvoir communal détient toute une série de prérogatives qui permettent que s'épanouissent des communs institutionnalisés, notamment en matière de logement, de l'associatif dans les quartiers, de la culture, de l'éducation, de l'aménagement territorial, ... La dimension locale permet aussi d'adapter les politiques aux problèmes spécifiques tels qu'ils se présentent dans les quartiers. « Les nuisances environnementales, le faible capital social du quartier et la précarité économique du quartier augmentent le risque de mauvaise santé subjective,

¹⁰ Outre Dahlgren G. & Whitehead M., op. cit., voir le modèle préconisé par Van Oyen H., Deboosere P., Lorant V., & Charafeddine R., op. cit., p189-195.

¹¹ Un revenu suffisant est la première des recommandations du rapport Réseau Belge de Lutte contre la Pauvreté (BAPN) asbl. (2011), *Redessiner le droit à la santé*, Bruxelles, BAPN asbl, 2011 où l'on trouvera aussi une présentation didactique sur les déterminants sociaux de la santé.

¹² Fondation Roi Baudouin, *Inégalités en santé. Recommandations politiques*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 2007, p.8.

indépendamment du statut socio-économique individuel ». ¹³ Les politiques locales peuvent tenir compte de la culture des habitants : « les minorités ethniques ont un risque plus élevé de mauvaise santé subjective. Ce risque s'explique par leur statut socio-économique plus faible et par un milieu de vie moins favorable ». ¹⁴ Par ailleurs, la complexité des chaînes causales ne permet plus de se baser uniquement sur des études scientifiques, les marges d'incertitudes obligent à travailler en expérimentant « en situation », en privilégiant des options selon des choix politiques et éthiques réalisés par les acteurs en présence. Cela demande au niveau local d'instaurer des « systèmes sophistiqués et transparents d'évaluation et de participation citoyenne ». ¹⁵

Le local offre ainsi une prise pour organiser, institutionnaliser, donner des formes thématiques et contextuelles à ce qui circule sans cesse éparpillé dans les communs. Il devient possible de définir un agir sur les conditions de la vie quotidienne en matière de logement, de vie associative dans les quartiers, d'aménagement territorial, de sécurité publique, de services du réconfort. Le local devient un lieu propice pour penser, mettre en œuvre et évaluer des politiques du soulagement qui prennent en compte ce qui se trame, se façonne et se différencie de façon singulière dans des communs.

¹³ Lorant V., *Effets contextuels et santé*, in Van Oyen H., Deboosere P., Lorant V., & Charafeddine R. *Les inégalités sociales de santé en Belgique*, Gent, Academia Press, 2010, p.93.

¹⁴ Lorant V., op. cit., p. 93

¹⁵ Berghmans L., *Contexte. Inégalités sociales de santé. Une histoire ancienne d'actualité*, in *Education santé*, n°245, mai 2009.

2. FAIRE SOCIÉTÉ DE LA CONTROVERSE D'HISTOIRES SINGULIÈRES

Pour faire société, il est désormais essentiel de passer par l'expérience des personnes ou de groupes singuliers. Ce souhait est exprimé avec force par les usagers, les familles et les proches regroupés en associations sur les questions de santé mentale.¹⁶ Car la « société » n'est plus pensée ou vécue comme un *Tout Univoque*, un ensemble compréhensible d'une seule façon à laquelle chacun adhérerait. Elle n'est plus non plus un *Grand Organisme*, d'une nature robuste et immuable, dont il faudrait pourtant, de temps en temps, soigner quelques organes devenus malades. Aujourd'hui, la « société » se vit, se réfléchit et se fait dans des collectifs de dimensions plus réduites (une association, une entreprise, une famille, un foyer, ...). Dans chacun de ces collectifs, les personnes se cherchent et s'inventent vaille que vaille. Elles se racontent et hésitent sur ce qu'elles sont, en même temps qu'elles prospectent des manières de vivre ensemble. En somme, les personnes cherchent à « faire société » en s'appuyant sur leurs histoires singulières. En ce sens, la demande des groupements d'usagers et de proches en santé mentale n'a rien de spécifique. Elle est banale. Pourtant, le fait qu'elle soit reprise dans un cahier de recommandations indique qu'elle a du mal à se faire entendre. Cela semble être le cas tant au sein d'un réseau d'aidants et de soignants¹⁷ que dans des structures de décisions politiques¹⁸. Nous trouvons à travers cette demande en cours d'expression les circonstances pour formuler un second défi socio-politique. Il se rapporte à la façon dont on pourrait scénariser des politiques en tenant compte de la parole de ceux qui sont peu écoutés et pourtant concernés au premier chef. D'abord faudrait-il essayer de comprendre pourquoi il est devenu essentiel de passer par les expériences et la parole pour faire société aujourd'hui, et plus particulièrement dans les cas de « crise » ou de « malaise ». Ensuite, nous pourrions nous demander sous quelles conditions des paroles et des histoires inouïes peuvent être accueillies et considérées dans des espaces où les autres locuteurs ont tendance à leur accorder une moindre valeur.

RECHERCHES BIOGRAPHIQUES ET RELATIONNELLES

Les sociologues qui s'intéressent aux crises vécues dans l'existence, parlent volontiers de « crise d'identité ». Le concept « d'identité » les intéresse car il permet de rendre

¹⁶ Voir notamment le cahier de recommandation des deux principales associations, celles des usagers (Psytoyens) et celle des familles (Similes)

¹⁷ Psytoyens, Similes, *Recommandations du groupe usagers/proches sur la réorganisation des soins en santé mentale*. Psytoyens asbl, Similes asbl, 2010, p. 12-17.

¹⁸ Psytoyens, Similes, op. cit., p. 18-19.

compte à la fois des mutations dans la société et des changements subjectifs par lesquels les gens essaient de s'y retrouver. Pour C. Dubar¹⁹ par exemple, les sociétés modernes ont pris ces dernières décennies une forme « sociétaire » qui vient remplacer les formes « communautaires ». Dans une « communauté », le sentiment subjectif d'appartenir à une même collectivité est puissant, chacun se sent installé à une place en tant que membre de « son ethnie », de « sa communauté religieuse » ou de « sa corporation ». L'ancrage des personnes est assigné par la tradition, la filiation et les héritages culturels. Par contre, les formes « sociétaires » supposent l'existence de collectifs variables au sein desquels les individus hésitent et cherchent leurs manières d'entrer en relation. Chacun de ces collectifs est traversé de flux de transformations incessantes qui le fragilisent. Les familles en sont une illustration. Celles-ci n'ont cessé de prendre la forme d'agencements de plus en plus différents depuis les années 60, émancipant les femmes des assignations dans des rôles domestiques, diversifiant les formes de conjugalités et de (re)compositions familiales, accentuant les incertitudes dans les relations entre les parents et les enfants, modulant les rôles et les manières de se penser en tant qu'homme ou en tant que femme. Les collectifs liés au travail fournissent une autre illustration des formes d'existence « sociétaires ». Les personnes sont de plus en plus souvent amenées à changer d'entreprise, mais aussi d'activité, de réseau et ainsi tenter leur envol dans des atmosphères volatiles. Quant à l'insertion dans des ensembles symboliques qui donnent du sens commun, elle se fait moins à travers des Grands Organismes comme les partis politiques auxquels on adhère de façon « naturelle » et de plus en plus à travers des militances, plus locales, plus ponctuelles, plus partielles, à travers des collectifs de défense des usagers, d'un paysage ou de droits spécifiques.

Dans ces collectifs en suspension, traversés d'inclinaisons, de désirs et de lignes d'horizon qui les transforment sans cesse, chacun est amené à s'ajuster, à s'inventer, à être en crise permanente. Ces redéfinitions impliquent des « transactions relationnelles » par lesquelles se recomposent les relations amoureuses, familiales, professionnelles, politiques ou religieuses. Les crises se vivent à l'occasion d'un divorce, d'une séparation, d'un licenciement, d'une délocalisation d'entreprise, d'un espoir politique déçu, de l'abandon de croyances spirituelles. La modulation des transactions avec autrui se réalise en même temps que chacun tente d'opérer des « transactions biographiques » relatives à la recherche de ce qu'il est. Chacune des crises nécessite un travail sur soi, de modifier ses habitudes et ses attentes, d'entrer dans de nouvelles expériences. Chaque impasse existentielle implique d'ajuster ses savoirs et de glisser parmi d'autres désirs. Un vivre « sociétaire » dans des collectifs multiples et fragiles force à ces transactions relationnelles

¹⁹ Dubar C., *La crise de identités. L'interprétation d'une mutation* (éd. 4e édition), Paris, Presses Universitaires de France, 2010 propose une synthèse neuve et claire des travaux sociologiques sur les mutations de la famille, du travail et des ordres symboliques depuis les années soixante.

et biographiques ; celles-ci peuvent être douloureuses ou frustrantes, appesantir dans des nostalgies, bloquer dans des angoisses, enfoncer dans de petites ou grosses déprimés. Mais ces crises peuvent être vues aussi sous la couleur d'une émancipation possible. Les formes « communautaires » qui assignaient des places plus stables sont aussi celles qui ont figé les rapports sociaux dans des dominations féroces, du despote sur le peuple, des hommes sur les femmes, ... Les recherches biographiques et relationnelles, toutes ces histoires incertaines avec soi et avec autrui peuvent devenir des forces de vie et des lignes de joie. Encore faut-il pour cela que les personnes parviennent à passer à travers les épreuves qui accompagnent leurs parcours secoués dans des collectifs instables. Cela ne dépend pas que des « Je » mais aussi de la façon dont des « Autrui » vont pouvoir accueillir et reconnaître ces histoires.

SOUFFRANCES TRANSACTIONNELLES

Ce contexte ouvre à une nouvelle compréhension de la « souffrance psychique ». Le sociologue A. Ehrenberg analyse comment celle-ci s'est redéfinie ces dernières décennies. Les tensions qui impliquent ces transactions de recherche de soi et d'ajustements relationnels dans des collectifs variés s'accroissent au point d'être vécues comme des crises existentielles. La promotion d'un *Culte de la performance*²⁰ ou d'Idéaux trop éloignés de Soi force à opérer sans cesse un travail biographique où chacun se perçoit en manque de ressources personnelles, en panne d'énergie et privé de capacité d'envol au point de se vivre comme une *Fatigue d'être soi*²¹. Dans *La société du malaise*²², la souffrance psychique est devenue une sorte d'indicateur à la fois social et subjectif, un « test perceptif » crucial pour penser le vivre-ensemble actuel en révélant comment nous agissons et subissons les relations sociales. Si la souffrance psychique a pris progressivement une telle place, c'est qu'elle va de pair avec la promotion dans nos sociétés d'une « autonomie de condition ». Celle-ci met l'accent sur les processus continus que devrait enclencher l'individu pour s'ajuster à ses conditions d'existence, le forçant à se remettre en question pour être capable de saisir des opportunités de relations, de trajectoires, de nouvelles conditions de vie. « Avec l'autonomie, le rôle d'agent de l'individu est fortement accentué (...) ; avec elle, le « soi » doit s'affirmer, la personnalité se montrer, l'individu devenir réflexif, et il faut s'estimer positivement, posséder des ressources narcissiques suffisamment solides pour être capable d'agir ; avec elle, la vie sociale semble prendre un ton plus personnel, l'action paraît se référer à quelque chose de plus intérieur (...). L'autonomie consiste en un déplacement d'accent vers l'activité de l'individu, mais elle est en même temps

²⁰ Ehrenberg A., *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Levy, 1996.

²¹ Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.

²² Ehrenberg A., *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob, 2010.

quelque chose de passif, que l'on subit (...). La place accordée à la santé mentale, à la souffrance psychique et aux émotions est le fruit d'un contexte par lequel l'injustice, l'échec, la déviance, le mécontentement ou la frustration tendent à être évalués par leur impact sur la subjectivité individuelle et sur la capacité à mener une vie autonome ». ²³ Si la souffrance psychique a pris une telle ampleur, c'est aussi que le vivre en société se fait désormais en faisant passer les rapports sociaux par une appréciation et un agir subjectif ancré dans des histoires singulières.

Les personnes avec lesquelles la psychiatrie interagit ont toujours été considérées sous l'aspect de leurs modes d'existence hautement problématiques : comportements qui ne respectent pas les mœurs, dépenses prodigues, discours insensés, dépossession du contrôle de soi, agitations excessives, perceptions hallucinantes, suicides, ... Ces modes d'existence traduisent des écarts qui font le souci de la psychiatrie. Celle-ci a souvent tenté de les corriger par des traitements proposant aux individus de s'adapter à des normes qui vaudraient pour tous. Aujourd'hui, les approches passent de plus en plus souvent par des processus de recherche de soi qui vont de pair avec des efforts pour trouver des manières d'être dans des collectivités. Parmi ces approches, les courants de la « réhabilitation » ou du « rétablissement » comme processus expérientiel participent de ce mouvement. Le rétablissement est alors « un voyage qui permet d'aller au-delà des effets catastrophiques d'un trouble psychiatrique » ²⁴ ou « un processus profondément personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et/ou de ses rôles. C'est une façon de vivre qui offre des satisfactions, où s'ouvrent des espoirs et qui permet de donner aux autres en dépit des limites causées par la maladie. Le rétablissement implique l'élaboration d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie en même temps que l'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale. » ²⁵ Ces approches sont significatives de ce qui est encouragé comme travail de transformation de soi et de mise en œuvre de nouvelles modalités relationnelles dans des collectifs comme la famille, des associations, des clubs, des organisations de formation ou de travail. Si ces approches s'appuient sur des histoires singulières et des processus expérientiels, elles ne sont pas pour autant exemptes de différentes formes de normativités, notamment celles d'en passer chaque fois par un

²³ Ehrenberg A., op. cit., 2010, pp. 348-349.

²⁴ Farkas M. & Anthony W., *Psychiatric rehabilitation interventions : a review*, in *International Review of Psychiatry*, 22 (2), April 2010, p.115.

²⁵ Anthony W., *Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*, in *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 1993, pp. 11-23. Pour d'autres synthèses des visions portées par le « rétablissement » voir en français Pachoud M., *L'expérience du rétablissement, un changement de perspective et de posture pour chacun des acteurs de la santé mentale*, in *Pluriels*, n°94-95, Janvier-Février 2012, p. 12-14 et dans une visée beaucoup plus normative Pratt C., Gill K., Barrett N., & Roberts M., *Psychiatric Rehabilitation*, Burlington, San Diego, London, Elsevier, 2007.

laborieux processus personnel pour exister dans des collectifs, ou en imposant à cette élaboration les lieux et les conditions d'existence dans lesquels il faudrait s'inscrire.

DÉSIRS ET FINALITÉS EN CONTROVERSE

Agir vis-à-vis de la souffrance psychique fait alors surgir des controverses. Donner la parole aux personnes qui souhaitent alléger leurs existences, à leurs proches, à une diversité d'intervenants impliqués dans les situations rend visible un foisonnement à vif de finalités disparates sur ce qu'il s'agirait de faire. Même le « soin » recouvre désormais une plurivocité de significations et de pratiques. Il est devenu un « prendre soin » (« care » au lieu d'un « cure ») où il ne s'agit plus de faire disparaître les symptômes d'une maladie ou d'une souffrance mais d'envisager comment aménager sa vie, faire bifurquer une trajectoire de travail, d'exil ou familiale. Et pour les personnes les plus marginalisées, comment exister dans des milieux de la vie ordinaires, faire vivre des circulations qui permettent de sortir d'un réseau de lieux institutionnels, pour que ceux-ci, comme d'ailleurs bien d'autres abris existentiels, ne prennent pas la forme de bulles imperméables aux altérités. Ce que pourrait être une bonne manière de « prendre soin » devient soumis à controverse car ce sur quoi agir et les finalités ne peuvent être déterminés a priori. Le sens d'un agir demande à être sans cesse débattu. Ce qui est parfois ressenti comme une tension douloureuse par les intervenants ou des complications incessantes par ceux qui élaborent les politiques ouvre aussi la voie à de nouvelles modalités de faire démocratie. « Le critère principal qui différencie le bon *care* du mauvais *care* est celui qui tend à installer les gens dans une relation plus démocratique. Dit autrement, le *care* comme pratique transformatrice est au service de l'émancipation et de la déstigmatisation des personnes. Il aspire à se dérouler dans des cadres relationnels de plus en plus réciproques car il vise à étendre le nombre de ceux qui disposent de la pleine citoyenneté. En ce sens une pratique du *care* ne se limite ni seulement à traiter les malades, ni à traiter les plus vulnérables. Il s'agit de penser le rapport entre vulnérabilité et inscription citoyenne »²⁶. Pour C. Laval, dans une recherche qui a recueilli les témoignages de chercheurs et intervenants de plusieurs pays européens²⁷, l'issue est de mettre en œuvre des espaces où les désirs et les paroles puissent être discutables et discutés. « En fait, il s'agit de reconsidérer les thèses générales sur les fins, annoncées a priori, qu'elles soient de soin, d'assistance, d'insertion ou de santé mentale, pour tenter de comprendre comment un agir créatif contribue à enclencher un processus collectif de passage du désir à l'instauration d'une fin non déterminée a

²⁶ Laval C., *Apprentissages croisés en santé mentale. Rapport final*, ONMSP, 2008, p.50-51.

²⁷ Laval C., op. cit. qui rassemble des témoignages recueillis en Belgique, Italie, Espagne, France et Royaume-Uni.

priori »²⁸. L'incertitude sur les fins, sur l'agir à déployer à partir de l'écoute des paroles singulières ou collectives, devient l'occasion d'un travail commun. Pour autant que les acteurs locaux disposent de structures collectives pour exprimer leurs controverses, pour faire non pas des politiques dont les formes finales sont déterminées a priori, mais pour tenter un processus que C. Laval appelle une « santé mentale en train de se faire ».

De tels dispositifs modifient les relations entre ceux qui y participent. Les économistes de la santé utilisent le qualificatif de « dissymétrique » à propos de la relation entre un soignant et un soigné, le professionnel disposant de plus de savoir utile dans la relation que le patient. Or considérer que pour faire société nous passons par les paroles et les « transactions biographiques » rend la relation nécessairement « réciproque », chacun apportant une contribution déterminante. Les statuts et les savoirs ne se définissent plus dans des rapports hiérarchiques. Les controverses sur les fins mettent à l'épreuve la reconnaissance des savoirs et de la parole des « sans voix ». Ces dispositifs peuvent aussi être l'occasion de ce que le philosophe J. Rancière appelle une « émancipation » :

« Le politique est la rencontre de deux processus hétérogènes. Le premier est celui du gouvernement. Il consiste à organiser le rassemblement des hommes en communauté et leur consentement et repose sur la distribution hiérarchique des places et des fonctions. Je donnerai à ce processus le nom de police.

Le second est celui de l'égalité. Il consiste dans le jeu des pratiques guidées par la présupposition de l'égalité de n'importe qui avec n'importe qui et par le souci de la vérifier. Le nom le plus propre à désigner ce jeu est celui d'émancipation. »²⁹

A côté d'un processus politique qui travaille à partir des places assignées, des hiérarchies et des statuts (celui de détenteur d'un savoir reconnu en psychiatrie sur celui qui n'en a pas, par exemple), devraient pouvoir exister des espaces d'émancipation qui permettent de vérifier l'égalité de n'importe quel être parlant avec n'importe quel autre. Cette vérification est d'autant plus importante à mettre en œuvre qu'elle se fait au nom d'une catégorie à laquelle on dénie ce principe d'égalité (cela peut-être des travailleurs, des femmes, des sans-logis, des psychiatisés). Ces espaces permettent de déployer une « polémique » qui n'existe pas d'emblée, mais résulte d'une « construction, discursive et pratique » quand les personnes qui deviennent impliquées se rencontrent, énoncent progressivement leurs discours, leurs arguments et les conséquences pratiques dans la vie quotidienne.³⁰

Elaborer une politique de l'allègement des existences nécessite ainsi de créer des dispositifs qui tiennent compte que faire société aujourd'hui demande de passer par les

²⁸ Laval C., *La santé mentale en train de se faire A la recherche d'un sens démocratique.*, 2009)

²⁹ Rancière J., *Aux bords du politique*, Paris, Gallimard, 2004, p.112.

³⁰ Pierre Rosanvallon invite à faire une « société des égaux » selon des principes analogues à ceux que nous proposons. « L'égalité avait alors été appréhendée au premier chef comme une relation, comme une façon de faire société, de produire et de faire vivre le commun. Elle était considérée comme une qualité démocratique et pas seulement une mesure de la distribution des richesses. » (Rosanvallon P., *La société des égaux*, Paris, Seuil, 2011, p. 21). Il met en avant 3 éléments qui permettent de retravailler sur cette notion d'égalité : la singularité, la réciprocité et la communalité qui ouvrent des voies qui complètent celles que nous proposons.

histoires, l'expérience et la parole des personnes ou de groupes singuliers. Les gens y cherchent ce qu'ils sont, en même temps qu'ils expérimentent leur manière de vivre dans divers collectifs. Les chemins, les fins sont incertaines. Plus particulièrement en « psychiatrie », cette incertitude est au cœur de ce qui est en question. On ne peut trouver des issues que dans des processus qui reconnaissent la parole de ceux qui sont concernés et qui vont permettre la rencontre avec d'autres paroles que la sienne. Tout cela demande des espaces où les désirs et les finalités peuvent être discutés. Ces espaces sont l'occasion de scénariser des politiques à travers des élaborations discursives et pratiques qui mettent en controverse une pluralité de paroles et d'histoires singulières. Ils seraient alors des lieux d'émancipation.

3. LES MUTATIONS DES ESPACES DE PROTECTION

Le philosophe Peter Sloterdijk propose de réfléchir aux espaces de protection en regard de ce que sont les sociétés modernes. Nous pourrions penser la « société » comme des montagnes d'écumes volatiles formées d'agrégats de microsphères de différentes formes (couples, foyers, entreprises, associations, ...) qui cohabitent les unes avec les autres. Chaque cellule d'écume permet de se protéger des circonstances extérieures, suspectes ou menaçantes, et de défendre son intégrité non « comme une chose que l'on acquiert en se dévouant à un environnement bienfaisant, mais uniquement comme la prestation spécifique d'un organisme qui veille en permanence à se démarquer activement de son environnement. Ainsi progresse l'idée selon laquelle la vie tient moins dans l'être-là par ouverture et participation au tout qu'elle ne se stabilise par autofermeture et refus sélectif de la participation ».³¹

Disposer de cellules sécurisantes et de sphères protectrices est une demande historique majeure de la psychiatrie susceptible de rassembler tout le monde tant nous sommes au cœur de ce dont il s'agit de se préoccuper. Mais les tensions explosent une fois que les personnes précisent ce qu'elles entendent par « protection ». Nous présenterons deux versions de la « protection », en poétisant parfois le langage autour de ce concept pour ne pas être trop directement en prise avec les dispositifs concrets. Pourtant c'est bien aussi de ceux-là dont il s'agit. Nous passerons de la version de la « protection » mobilisée par l'établissement majoritaire qu'est l'hôpital psychiatrique à celle repensée par les mini-institutions minoritaires qui ont émergé ces dernières décennies. Nous spécifierons les acteurs qui sont mobilisés et ce qu'ils essaient de réaliser dans leur négociations pour faire protection. Enfin, comment les mutations des espaces de « protection » ouvrent la question d'un espace local pour qu'elle puisse se faire.

LA PROTECTION HOSPITALIÈRE

L'hôpital psychiatrique s'est édifié lentement depuis la fin du 19^e sur l'asile, tout en le déplaçant dans un autre paysage. Deux logiques vont guider l'architecture du nouvel édifice³² : d'une part, le développement d'une conception de la « protection » différente de l'asile ; d'autre part une médicalisation des problèmes de ses hôtes. L'entrée à l'asile était

³¹ Sloterdijk P., *Ecumes. Sphérologie plurielle. Tome 3*, Paris, Hachette Littératures, 2006, p. 173.

³² Sur le passage du « régime asilaire » vers le « régime protectionnel » dans la perspective d'une transformation de la « citoyenneté » voir De Munck J., Genard J., Kuty O., Vrancken D., Delgoffe D., Donnay J., et al., *Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique*, Gent, Academia Press, 2003 dont nous reprenons les analyses.

d'habitude contrainte par une décision d'internement (« la collocation ») et la préoccupation essentielle était d'ordre public, protéger la société du fou et le fou contre la société. L'hôte de l'hôpital bénéficie, quant à lui, d'un « droit-créance » dans un contexte social où les citoyens se présentent en droit d'exiger de l'Etat qu'il leur offre un certain nombre de services bienfaisants et nécessaires à leur humanité. L'Etat est devenu redistributeur et organisateur de services (santé, éducation, ...). L'hôpital psychiatrique va co-habiter parmi d'autres édifices de réconfort au sein d'un vaste régime protectionnel patronné par l'Etat. Pour se mettre en place, ce régime a dû croiser une autre dynamique, d'ordre médical. Les problèmes qui relevaient de l'asile vont progressivement être médicalisés selon des approches d'ailleurs très hétérogènes, organiques, biologiques, psychodynamiques, psychanalytiques, phénoménologiques, etc. Ces deux logiques vont s'étayer, elles vont avoir besoin l'une de l'autre pour donner naissance à l'hôpital psychiatrique : la médicalisation mettra en forme les problèmes et configurera la nomenclature des pathologies ; celle-ci sera nécessaire à l'obtention d'un droit-créance, un bénéfice que le citoyen s'estime en droit de demander à l'Etat.

Deux dates symbolisent le passage définitif du régime asilaire au régime protectionnel. En 1948, le contrôle des asiles passe du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé. En 1963, les maladies mentales entrent dans le système des maladies reconnues par l'I.N.A.M.I. L'institution psychiatrique est désormais insérée dans le système de Protection sociale belge, l'O.N.S.S. qui se formalise en 1944³³. Du même coup, elle se trouve encadrée par un mode spécifique de concertation sociale, avec ses acteurs et ses enjeux. Cinq forces sociales vont jouer dans la concertation sur la « protection » : les syndicats des travailleurs, les représentants des employeurs, le gouvernement pour l'Etat, les mutuelles et les prestataires de soins. La présence des syndicats et des employeurs est au fondement de cet édifice de solidarité où ils bataillent et s'entendent pour répartir les bénéfices de la production liée au travail. Ces richesses qui iront croissantes lors des Trente Glorieuses qui suivront la seconde guerre mondiale seront en partie redistribuées grâce aux contributions des travailleurs et des employeurs. Le Gouvernement, intervient à la fois au titre de représentant de la puissance publique et de contributeur financier. Les mutuelles sont des acteurs historiques de cette branche de l'édifice qui concerne les soins de santé (I.N.A.M.I.) puisque c'est à travers des sociétés de secours mutuels que s'est constitué le système de protection des travailleurs vis-à-vis de la santé. Ces sociétés de secours mutuels qui ont fleuri au 19^e siècle permettaient, grâce à une cotisation des membres, une solidarité en cas de maladie et d'invalidité. Cette

³³ Pour une synthèse sur le fonctionnement et l'évolution de la Protection et de la concertation sociale voir par exemple Cassiers I., & Lebeau E., *De l'Etat providence à l'Etat social actif : quels changements de régulation sous-jacents ?* in Vielle P., Pochet P., & Cassiers I., *L'Etat social actif : vers un changement de paradigme ?* (pp. 93-120), P.I.E. - Pieter Lang, 2005 et pour une description du système de santé Gerkens, S., Farfan M., Desomer A., Stordeur S., De Waroux M., Van De Voorde C., et al., *Le système de santé en Belgique. KCE reports 138B*, Bruxelles, KCE, 2010.

assurance est devenue obligatoire en 1944 en s'insérant dans le système global de protection sociale. Elle se réalise grâce à des conventions négociées avec les prestataires de soins qui constituent un 5^{ème} type d'acteurs.

Par son insertion dans cet édifice, l'hôpital psychiatrique « protège » grâce à une contribution financière des travailleurs et des employeurs résultant de luttes sociales et de compromis de société qui ont conduit à de formidables redistributions des richesses, réduisant les inégalités sociales pendant plusieurs décennies. La « protection » s'effectue en offrant l'hospitalité dans un établissement qui propose un service défini comme un « soin » qui est un « droit-créance » auquel l'hôte peut prétendre.

LES BULLES DE SOULAGEMENT

L'édifice protecteur hospitalier a néanmoins des failles car il ne peut convenir tout à fait à une perspective d'allègement des existences. La délimitation de la protection par le soin s'est en partie montrée caduque. Le « soin » n'y est pas donné dans le même sens que pour d'autres pathologies dans la mesure où il ne conduit pas systématiquement à une guérison, ni même à un dégagement de la souffrance qui permette de vivre en société³⁴. Par ailleurs, d'autres modalités de souffrance dont l'abord paraissait d'emblée plus contextuel invitait à créer des dispositifs qui envisageaient l'espace protecteur de façon plus perméable. Ainsi, au moment où ce vaste parapluie protecteur s'est pleinement ouvert au-dessus de la population, des cellules protectrice d'une autre dimension ont éclos. Des centres démedicalisés se créent (le Club Antonin Artaud à Bruxelles en 1962, le Service Psycho-social de secteur à Anderlecht en 1960, le Club André Baillon à Liège en 1971, ...). Ces mini-institutions vont redéfinir la « protection » et convoquer autour d'elles d'autres acteurs et modalités de concertation. Ces sphères protectrices ont une dimension réduite, elles n'emploient que quelques travailleurs et leur architecture est de l'ordre de la maison. Elles sont le plus souvent un assemblage de lieux à la fois différenciés et associés, prenant la forme d'un club thérapeutique, d'ateliers, d'espaces de rencontre ou de consultation, et les personnes circulent parmi ces ambiances et ces maisons. Chacune de ces sphères est relativement poreuse embarquant en leur sein des métiers assez hétérogènes débordant de toutes parts le statut de « soignant ». Ces maisons offrent néanmoins une clôture qui protègent le fragile de l'environnement. Ces centres ne sont pas que des moyens de défense, ils sont aussi des maternités pour êtres vulnérables, des maisons de la culture, des centres d'entraînement qui donnent à la

³⁴ C'est toujours le cas aujourd'hui puisque quelques 4700 lits psychiatriques sont occupés par des personnes depuis plus d'un an. Voir Verniest R. & al., Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T, KCE reports 84 B, Bruxelles, Centre Fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 2008.

« protection » une consonance positive d’anthropo-production et d’expérimentation créatrice de transactions biographiques et relationnelles.

Cette écume de mini-bulles protectrices engage d’autres modalités de concertations que celles nécessaires pour la plus vaste Protection sociale dans laquelle l’hôpital psychiatrique est imbriqué. Ces centres relèvent de la périphérie de l’Etat, ils sont du ressort des Régions et Communautés, transférés comme « matière personnalisable » en 1980 pour les « Services de santé mentale » ; d’autres qui ont pu émerger au sein de l’INAMI comme les « habitations protégées » ou les « centres de réhabilitation fonctionnelle » passent à la périphérie grâce à la 6^e réforme de l’Etat décidée en 2011. Certaines de ces maisons locales sont des constructions hybrides relevant ou bien de la Santé, d’autres plus de l’Action sociale, ou des politiques de l’Emploi, de l’Insertion, de l’Education permanente ou de la Culture. Le modèle de négociation instituant la « protection » est dès lors différent puisqu’il ne s’appuie plus sur la concertation sociale mais en rapport à une multiplicité de Ministères des Entités fédérées. Chacune des mini-institutions s’embarque dans des concertation spécifiques l’une sur des parcours d’insertion, les autres sur le logement, la culture, la santé communautaire, l’intégration des handicapés, ... Il n’existe plus de négociation sur un parapluie protecteur global, mais une foison de concertation spécifiques à chaque mini-institution. Il nous faut être plus subtil pour décrire ce qui se déroule dans ces bulles, en tout cas il n’est plus possible de dire que le « soin » est l’activité qui l’emporte à tous les coups.

Le fait que les bulles protectrices embarquent en leur sein une panoplie diversifiée de processus d’anthropo-production déplace également les concertations au niveau local puisque l’écume se forme dans l’assemblage de lieux culturels, associatifs, d’hébergements, d’éducation qui relèvent en partie des pouvoirs locaux.

Ainsi, la « protection » est en train de muter. Les espaces protecteurs ne sont plus seulement centrés sur un établissement avec une finalité majeure, des soins. Ils deviennent aussi un agencement d’espaces différenciés et co-habitants. Les hôtes y sont accueillis car leurs fragilités ouvrent des interrogations sur le social sur lesquelles il vaut la peine de s’arrêter pour éventuellement définir d’autres modalités de vivre ensemble. La protection n’est plus seulement le fait des concertations de la Grande Protection Sociale, mais elle est aussi gérée et développée par des acteurs et des pouvoirs locaux peut-être moins définis a priori et plus directement à la recherche de perspectives dans la vie quotidienne.

PERSPECTIVES

Il existe effectivement un « commun » à la souffrance dont un agir politique local pourrait se saisir. Certaines conditions communes d'existence sont même des facteurs particulièrement déterminants. Des différences sociales systématiques quant au poids que la souffrance fait peser sur les existences se manifestent entre les groupes socio-économiques considérés selon le niveau de revenu ou d'éducation. Plus le statut socio-économique est faible, plus la vie s'appesantit. Ces différences sont socialement produites, elles sont injustes. Elles sont aussi modifiables, en agissant sur des déterminants sur lesquels les Pouvoirs locaux peuvent avoir prise : notamment en termes de logement, de vie associative, d'aménagement du territoire, d'éducation, de culture, d'action sociale. Pour imaginer des politiques locales, peut-être faudrait-il alors disposer de « communs institutionnalisant » qui permettent de recueillir, orienter, organiser les savoirs, les désirs, les expériences qui circulent éparpillés. C'est un premier aspect qu'il faudrait tenter de dessiner plus concrètement en termes de dispositifs locaux.

La méthode pour élaborer les politiques locales est sans doute à situer du côté de la recherche de processus délibératifs qui passent par les histoires, l'expérience et la parole de personnes ou de groupes singuliers. Les malaises en société, les crises d'identité, les enfoncements dépressifs, les aspirations dans la souffrance invitent nécessairement à quelques recherches à la fois biographiques et relationnelles. Les gens y cherchent ce qu'ils sont, en même temps qu'ils expérimentent des manières de vivre dans divers collectifs. Ces situations ont comme trait commun que les chemins et les fins sont incertains. Ceux-ci ne peuvent être déterminés à priori. Même le « soin » pour les souffrances les plus marquées dans le corps n'a plus la finalité univoque d'une guérison, il s'est tourné vers les contextes d'existence. Le terme s'est d'ailleurs souvent transformé en un « prendre soin » des fragilités qui flottent dans les atmosphères volatiles des trajectoires de vie, de travail ou d'exil. Les dispositifs d'élaboration des politiques locales devraient dès lors permettre des controverses où les désirs, les inclinaisons, les fins puissent être discutables et discutés. Il faudrait pouvoir scénariser des politiques grâce à des espaces qui mettent en scène ces controverses à travers des élaborations tant discursives que pratiques.

Enfin, les mutations en cours des espaces de « protection » invitent à ne plus nous centrer sur un type d'établissement. La protection s'exerce aussi à travers des assemblages d'espaces différenciés et co-habitants de maternités culturelles, de foyers de réconfort, de centres d'apprentissage. L'attitude envers la fragilité des hôtes qui y sont accueillis s'en trouve modifiée. Les fragilités deviennent un bien précieux à protéger dans la mesure où elles ouvrent la voie à la création d'autres modalités de vivre en humain. Alors que les

édifices de la Grande Protection Sociale sont gérés essentiellement par les syndicats, les employeurs, les mutuelles et les prestataires de soins, les mini-bulles du soulagement sont construites par des groupements d'acteurs non définis a priori et une diversité potentielle de Pouvoirs publics des Entités fédérées ou communaux. Le niveau local devient une scène majeure par le rôle que les Pouvoirs publics peuvent y jouer, mais aussi parce que cette écume de bulles protectrices est toujours un assemblage très local d'associations sociales, culturelles, sanitaires et entrepreneuriales. De nouvelles configurations de parties prenantes restent à inventer dans l'élaboration d'une démocratie locale des allègements.

DEUXIÈME PARTIE

PISTES POUR UNE DÉMOCRATIE LOCALE DES ALLÈGEMENTS

Le bouillon de collectifs, de foyers, d'organisations les plus divers ne constitue pas un commun homogène. De même que les normes, les valeurs, les inclinaisons qui se bousculent les unes les autres. Un commun ne peut être mobilisé que pour autant qu'il soit institutionnalisant, qu'il donne des formes réelles à un imaginaire discuté ensemble, qu'il offre une scène effective à des controverses qui convoquent des paroles inouïes et des acteurs sortis de leurs enclousonnements. Peut-être que cet imaginaire sur le commun et les processus locaux d'une démocratie des allègements gagneraient alors en vigueur si nous nous donnions quelques formes plus opérantes. Nous voudrions le tenter à travers deux propositions. La première concerne les territoires. Ceux-ci sont présentés non pas comme du réel mais comme des cartes, des représentations qui donneraient des indices pour opérer dans les milieux de vie. La deuxième proposition se rapporte à un « commun institutionnalisé » au niveau local qui permette de rassembler des acteurs dans des controverses discursives et pratiques pour élaborer et mettre en œuvre des politiques. Cette proposition a pris la forme de *Conseils locaux pour la santé mentale*.

D'un point de vue pratique, ces deux propositions peuvent être considérées comme des étapes. B. Leurquin qui propose un cadre de référence pour des « projets partagés de santé, d'action sociale et médico-sociale de territoire de développement »³⁵ distingue trois étapes. La première est de délimiter les contours des territoires. Cette étape est un préalable aux suivantes car, d'une part, elle permet de définir les acteurs que vont participer à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, d'autre part, elle permet de se référer à la population et aux contextes spécifiques pour lesquelles ces politiques vont être menées. La deuxième étape est de rassembler les acteurs. Ceux-ci vont élaborer les politiques, les mettre en œuvre et les évaluer. Il est évidemment possible (souhaitable) de

³⁵ Leurquin B., *Le projet partagé de santé, d'action sociale et médico-sociale des territoires de développement*, Paris, Entreprises Territoires et Développement, 2007.

dissocier ces aspects. Les *Conseils locaux pour la santé mentale* prennent place dans ce contexte. Nous ne traiterons pas de la troisième étape. Elle concerne la construction des politiques à travers une analyse des besoins contextuels et des ressources disponibles, puis de leur mise en œuvre.

1. DÉLIMITATION DU LOCAL

Le « territoire » permet une délimitation du « local » sans recouvrir complètement tout ce qui peut s'y dérouler. Les « milieux de vie » sont bien plus foisonnants que ce que peut en capter le concept de « territoire ». Nous commencerons par préciser cette distinction, les territoires n'étant qu'une carte qui permet des visibilitées nouvelles pour faire vie dans les milieux et y dessiner des politiques. Nous deviendrons ensuite plus explicites en décrivant les possibilités qui s'ouvrent en modulant les contours d'un territoire. Les contours régulent des espaces d'accès, ce qui est quand même le préambule pour que quelque chose puisse se passer ; ils dessinent des espaces de concertations, ce qui permet au moins d'hésiter sur les chemins à emprunter ; ils déploient des espaces de citoyenneté qui permettent finalement de se demander ce qui est déterminant et juste pour soulager d'avantage les existences. Enfin, nous proposerons trois contours différents, trois niveaux de territoires, pour faire fonctionner, à chaque coup autrement, ces régulations et politiques locales.

LE TERRITOIRE, UNE CARTE DANS LES MILIEUX DE VIE

La vie quotidienne ne se fait jamais uniquement dans un lieu mais parmi plusieurs milieux, les gens voyagent parmi leur couple, leur famille, une association, ils sont en route vers un travail, une soirée chez des amis. Parfois ils tournent toute la journée dans un bus. Soulager la vie dans ces milieux peut se faire sans carte. Simplement par une présence subtile et légère. Ou de façon plus formelle et compliquée en façonnant des agencements, des bulles et des institutions. Par contre, pour ceux qui interagissent au milieu de ces sphères, le "territoire" peut apparaître comme une carte utile.

Soulager peut s'exercer par une présence qui n'implique aucun agencement entre les milieux. En accompagnant Xavier faire ses courses au supermarché, nous nous arrêtons au niveau de la porte automatique car il se demande qui peut bien la faire fonctionner. Serait-ce lui aussi qui fait tourner ce moteur vrombissant ? Nous traversons différents milieux qui sont envahissants. Il se met à ronchonner contre celui qu'il croise et qui le nargue, dit-il, par des poses obscènes. Il marmonne des injures, murmure avec hostilité, invite celui qui l'accompagne à ne pas prêter attention. Les rapports entre ce qui se déroule en soi et ce qui se déroule à l'extérieur peuvent être radicalement disharmonieux, chaotiques et, à tout le moins, incertains. Là, l'agir d'une institution, d'un accompagnant, d'un ami ne va pas plus loin qu'apporter une assise précaire, une troisième jambe de bois, une oreille aux aguets. Cela permet que quelque chose s'exprime qui n'est parfois que des paroles apparemment décousues et incompréhensibles, un

balbutiement, un cri. Par là, les personnes cherchent une direction, vont vers un certain seuil où elles pourraient prendre pied. A ce stade, il n'est pas encore question d'agencer quoi que ce soit parmi les milieux, rien ne prend encore forme, bien qu'une clinique du soulagement puisse s'y glisser.

Une façon plus structurelle de donner forme à des allègements dans les milieux est de produire des agencements enveloppés dans des sphères, des maisons ou des capsules. C'est la manière classique de faire une institution, un lavoir communautaire, un hébergement thérapeutique, un restaurant d'insertion, un centre culturel psychiatrique. Dans un vaisseau sont embarquées des logiques empruntées à différents milieux, du soin, de la famille, du réconfort, de l'insertion, de la protection ou de la production industrielle. La vie émerge de la capacité de l'espace créé à produire un agencement inédit pour ceux qui le fréquentent, un dialogue de paroles qui ne se croisaient pas, un agir ensemble spécifique à cette couveuse.

Il est possible d'imaginer des soulagements qui traversent les milieux d'une troisième façon. La présence donne forme à des agencements qui ne sont plus encapsulés mais qui deviennent des inter-agencements, des assemblages parmi différents milieux. On saute d'un agencement à un autre, d'un lieu de vie au suivant, de l'appart au café en passant par la maison de la grand-mère et l'école des petits. A cet égard, le territoire devient utile, il constitue une carte qui pourrait permettre des mouvements d'échappée, de s'enfuir ou de s'installer dans d'autres modes de vie. Le territoire trace des lignes et des repères. Il est façonné par des indices. En dessinant, vous allez peut-être pouvoir faire quelque chose d'intéressant. Qui sait, par ailleurs, si le tracé du territoire n'aura pas quelques répercussions sur la ballade instable avec Xavier ou la façon de créer et d'agencer les bulles de réconfort.

Les indices de la carte sont toujours relatifs à ceux qui construisent le territoire qui devient un acte accompli par les dessinateurs-géographes des politiques. Ceux-ci choisissent tels indices car ils leur semblent utiles ou prometteurs. Il est probable que le marcheur n'utilisera pas la même carte que celui qui roule en voiture. Il aura besoin d'y trouver dessinés les sentiers, d'y repérer les sols et de les voir représentés selon une échelle bien plus grande. Le territoire est une construction qui ouvre un imaginaire. Il est un acte de la pensée et de l'imagination qui va permettre de s'orienter, de donner quelques pistes directionnelles. Tel une carte, il ne peut dessiner toutes les orientations ou tout prévoir. Créé à plusieurs ou mis à la disposition de tous, il permet de se donner des signes communs pour des cheminements, il ouvre à des aventures collectives.

LES POSSIBILITÉS OUVERTES EN MODULANT LES CONTOURS DU TERRITOIRE

Construire des territoires de référence, choisir des indices et des contours, permet des impulsions dans les dynamiques des milieux de vie et une pensée des politiques. « Parler du territoire, ce n'est pas en effet limiter la discussion à des périmètres, mais avant tout réfléchir au contenu des services qui doivent être disponibles dans les espaces ainsi définis, à la manière de les organiser, de mobiliser les acteurs... ».³⁶ Le territoire est une construction et celle-ci est relative à la façon dont les acteurs comprennent ce qui pourrait s'y déployer. Trois paramètres pourraient être retenus : les territoires régulent des espaces d'accès, des espaces de concertation, et des espaces de citoyenneté³⁷.

Primo, les territoires régulent des espaces d'accès. Les personnes qui souhaitent soulager leur existence doivent pouvoir se rendre dans les lieux où s'accomplissent les aides et les soins, où elles peuvent parler des incertitudes sur les chemins à emprunter ou faire la carte des bulles de protections qui leur sont accessibles. Les professionnels doivent pouvoir se rendre dans les milieux où se vivent les problèmes ou auprès d'autres acteurs qui co-interviennent dans les situations. Un des traits majeurs de certaines situations psychiatriques est que les gens ne tiennent plus seuls (même avec leurs entourages familiaux), ils se sentent désemparés. Permettre une rencontre est alors une nécessité à laquelle il est fondamental de penser dans la délimitation des contours du territoire qui réguleront les distances entre les services et ceux qui en ont besoin.

Secundo, les territoires régulent des espaces de concertation. Les problèmes de santé mentale et d'allègement de l'existence impliquent la plupart du temps de se mettre en relation avec plusieurs lieux, plusieurs personnes. Moins les personnes sont autonomes pour négocier ces relations, plus les services auxquels elles s'adressent devront prendre part à la construction d'agencements, de rencontres, de réseaux. Les institutions devraient pouvoir s'inscrire dans plusieurs logiques, c'est-à-dire permettre que les problèmes amenés par les personnes ne relèvent pas d'une seule logique de soin, médicale ou psychologique, mais que les souffrances soient contextualisées dans les milieux qui les influencent. Chaque sphère devrait pouvoir co-habiter avec d'autres qui ne lui ressemblent pas nécessairement. Un service en santé mentale devrait réfléchir à se manière de coopérer avec des services d'aide familiales, des associations de quartier ou une agence immobilière sociale. Un centre de formation par le travail devrait pouvoir s'agencer avec des maisons médicales ou des services en santé mentale. Le contour territorial permet de délimiter, de réduire ou d'augmenter, les partenaires avec lesquels

³⁶ Even F., T. L., *Territoires et Santé en Bretagne, Rapport à l'ARH*, récupéré par internet sur le Portail des Agences Régionales d'Hospitalisation, 2004, p. 2.

³⁷ Nous avons repris et les adaptant, ces 3 paramètres de Even F., op. cit.

construire des relations de coopération. Plus les contours sont étendus, plus ces coopérations risquent de devenir formelles et imposées de loin, or la participation à la co-construction de ces coopérations permet de les rendre vivantes et adaptables.

Tertio, les territoires régulent des espaces de citoyenneté. Ils permettent de mettre ensemble ceux qui vont pouvoir agir sur les déterminants qui permettent de lutter contre les inégalités sociales en santé mentale. Cela se traduit, au niveau local, par le rassemblement de ceux qui ont un pouvoir d'agir sur les conditions de vie, c'est-à-dire les associations, publiques ou privées, qui s'occupent du logement, de l'insertion, l'emploi, de la culture, de la vie dans les quartiers. Mais aussi les élus et des groupements qui expriment l'élan citoyen. Les citoyens, qui potentiellement ou effectivement sont tous impliqués, doivent avoir la possibilité de s'exprimer sur les questions du soulagement à travers les associations auxquelles ils adhèrent ou dans lesquelles ils militent. Quant aux élus, ils ont un rôle fondamental à l'interface des politiques sanitaires, de logement, culturelles, de sécurité ou de cohésion sociale, toutes impliquées pour remédier aux problèmes.

Les territoires de santé ne prendront sens que s'ils sont appropriés par l'ensemble des acteurs et ne constituent donc pas « des circonscriptions administratives de plus, mais des territoires vivants » qui fassent « levier pour fédérer les professionnels de santé, hospitaliers mais aussi libéraux, autour de projets communs ». L'expression « territoires de santé » ne doit pas renvoyer exclusivement à des territoires d'accès aux soins. Il y a nécessité à intégrer toutes les dimensions dont la prévention, les déterminants de la santé, l'articulation avec l'action sociale et à prendre en compte les espaces de responsabilité des élus et d'expression citoyenne de la « société civile ». ³⁸

TROIS NIVEAUX DE TERRITOIRE

Le "local" ouvre des manières spécifiques de réguler les espaces d'accès, de concertation, de citoyenneté. L'échelle de la carte est déterminante pour élaborer des politiques, inviter les acteurs à y participer et faire fonctionner au quotidien les processus démocratiques. Penser à partir de cartes différentes, se doter de territoires aux dimensions plus ou moins étendues conduit vers d'autres chemins pour faire démocratie en invitant d'autres personnes ou organisations dans des concertations, en mettant en œuvre d'autres processus délibératifs, en aboutissant à des décisions relatives à des problèmes que d'autres cartographies ne détectaient pas. Penser et s'organiser à partir de trois échelles différentes permettrait d'ouvrir ces possibilités. Un niveau élargit déterminerait un cadre

³⁸ Even F., op. cit., p.2

général et des macro-politiques; des niveaux de moyenne et première proximité permettraient d'ajuster les politiques localement.

Le niveau le plus élargi existe en quelque sorte déjà aujourd'hui. Il est dessiné par le territoire fédéral ou les Entités fédérées. Au niveau fédéral se concentre actuellement la majeure partie des moyens spécifiques consacrés à la santé mentale. La négociation politique sur leur affectation se déroule dans le contexte de la Protection sociale. Partant, outre le Gouvernement, les acteurs en présence sont aussi les syndicats, les employeurs, les mutuelles et les prestataires de soins. L'hôpital psychiatrique domine l'édifice de services qui sont organisés grâce à cet ensemble protecteur. Il offre l'hospitalité dans un établissement qui propose un "soin" reconnu comme un droit-crédence pour l'ensemble des affiliés contributeurs de cette Protection sociale (voir chapitre 1). Quant aux Entités fédérées, si elles ne disposent que de relativement peu de moyens spécifiques, elles sont compétentes pour une grande part des politiques socio-économiques qui influencent les principaux déterminants de la santé et du réconfort. Ce niveau est essentiel pour agir sur les facteurs plus macro-structurels et pour délimiter le cadre général des politiques en santé mentale et des services essentiels à déployer sur des territoires plus locaux.

Actuellement, ces territoires plus locaux pour élaborer et mettre en œuvre des politiques en santé mentale n'existent pas en tant que tels. Ils enrichiraient pourtant les chemins de la pensée et de l'imagination en proximité avec la vie quotidienne. Le local pourrait prendre forme à travers deux niveaux de territoire de plus ou moins grande proximité avec les habitants, les associations locales, les services communaux ou les élus. Une première proximité pourrait être dimensionnée par des territoires de l'ordre de 50 000 habitants. Une moyenne proximité pourrait être délimitée sur des zones de l'ordre de 250 000 habitants.

La dimension plus étroite des territoires de première proximité permet de penser la régulation des espaces d'accès en tenant compte de la contrainte de distances qui doivent être relativement courtes. D'un point de vue fonctionnel, les personnes doivent pouvoir se déplacer assez rapidement, parfois en urgence. Parmi les services emblématiques de ce niveau, on retrouve les *Services intégrés en santé mentale*, les médecins généralistes, les pharmaciens, les maisons médicales. Par ailleurs, la taille réduite des territoires de première proximité ouvre la possibilité de concertations en prises directes avec les situations problématiques. Elles peuvent être ad hoc, rassemblant au cas par cas les personnes ou les services impliqués. Elles peuvent se réaliser entre des services, des associations ou prestataires qui négocient des modalités de coopérations bilatérales ou en réseau parce qu'ils sont mutuellement et régulièrement impliqués dans ces concertations ad hoc. Ces concertations, les plus proches des personnes ou des équipes, sont propices à amener dans la négociation la parole de ceux qui sont en marge de cette écume de bulles de réconforts.

Les territoires de moyenne proximité régulent des distances plus étendues entre les personnes, les différents milieux de vie et les sphères de prestations. Ils supposent que les déplacements sont moins urgents et plus aisés. Des services qui peuvent être proposés sur un territoire, comme par exemple les dispositifs d'insertion relatifs au travail, à l'éducation ou la formation, n'ont pas nécessairement besoin de s'implanter dans une grande proximité. Les ressources financières étant limitées, il est même plus avantageux d'envisager ce type de services sur une base territoriale plus élargie de manière à ouvrir un éventail plus étendu de propositions que ne le permettraient des ressources financières distribuées en rapport à des territoires plus étroits. D'un point de vue économique, les territoires de moyenne proximité permettent une concentration des moyens pour diversifier les propositions dans un contexte de ressources rares. En matière de concertation, les territoires de moyenne proximité impliquent évidemment un nombre plus élargi d'acteurs que ceux concernés dans une première proximité. Ils conduisent dès lors à des arrangements beaucoup plus formels sur l'organisation des soins, les processus de collaboration, l'évolution de l'offre, la façon d'évaluer, ...

Les territoires de moyenne proximité, correspondant à la dimension d'une ville ou de plusieurs communes, sont propices pour réguler et activer des processus de citoyenneté. Ils permettent de réfléchir à ce qui est engagé dans une souffrance psychiatrique en termes de vivre dans sa commune. Le niveau de moyenne proximité est plus particulièrement adéquat pour agir sur des facteurs déterminants tels le logement, la vie associative, la culture locale, l'action sociale communale, ... Des *Conseils locaux pour la santé mentale* pourraient avoir ce rôle de "communs institutionnalisant" pour élaborer et mettre en œuvre une politique locale en santé mentale.

PROPOSITION PROVISoire (PREMIÈRE PARTIE)

Le territoire est une carte qui permet d'agir dans les milieux de vie. Il est un acte qui trace des repères. Il permet ainsi de planifier des politiques et de transformer les institutions, les sphères de protections et les agencements entre les bulles du réconfort. Les contours des territoires sont un paramètre déterminant pour élaborer et mettre en œuvre les politiques. Au moins sous trois aspects : (1) Les contours des territoires construisent des espaces d'accès où se rencontrent l'offre et la demande d'aide et de soins en santé mentale. Les espaces de première proximité doivent permettre des déplacements relativement aisés tant des professionnels que des usagers. (2) Les contours des territoires construisent des espaces de concertation entre les services qui œuvrent en santé mentale. En dimensionnant les territoires, il s'agit de prendre en considération le nombre et la qualité des acteurs de manière à rendre possible leur participation à l'élaboration de procédures, des agencements ou des concertations entre les services en santé mentale. (3)

Les contours des territoires construisent des espaces de citoyenneté. Dans le cadre d'un système ouvert sur les déterminants sociaux des problèmes de santé mentale, la dimension d'un territoire permet de réguler la participation des associations et des différents acteurs, notamment du champ de la santé ou de l'action sociale. Les élus sont à inscrire dans cette dynamique. En tenant compte de ces trois paramètres, il devient possible de construire des territoires de première proximité (de l'ordre de 50 000 habitants) et de moyenne proximité (de l'ordre de 250 000 habitants).

Prendre soin des contours des territoires en santé mentale devient une question politique. Délimiter ces contours, c'est réguler les possibilités d'accès à des sphères de protection, c'est construire les dimensions qui permettent une concertation avec ceux dont la parole n'est pas d'emblée considérée d'un poids égal à celle des autres, c'est associer des citoyens pour décider des politiques les plus justes dans un domaine où la réduction des inégalités sociales est un défi. Délimiter les contours des territoires permet aux acteurs qui vont y vivre ou travailler de porter la responsabilité de ces enjeux politiques vis-à-vis de leurs concitoyens. C'est une façon de faire « service public ». La délimitation des territoires est un préalable à toute démarche.

2. LES CONSEILS LOCAUX POUR LA SANTÉ MENTALE

Le défi des *Conseils locaux de santé mentale* est de produire une politique commune à des champs fortement spécialisés. Ces *Conseils* font partie des « cadres conçus comme des opérateurs de décloisonnement entre professions, institutions et associations, clivés traditionnellement selon qu'ils relèvent du secteur sanitaire ou non, et reconvoqués au sein d'espaces producteurs d'une culture commune ». ³⁹ La difficulté est de faire du « commun », de façonner progressivement un champ local de la santé mentale comme un construit local et commun. Dans cette perspective, les manières de s'associer et de délibérer sont déterminantes. Des sociologues parlent à ce propos de « politiques procédurales » ⁴⁰, c'est-à-dire « un type d'action publique qui opère par la mise en place d'instruments de connaissance, de délibération et de décision peu finalisés a priori. (...) Les objectifs des politiques procédurales se présentent sous la forme d'énoncés très généraux dont le sens reste à produire par la délibération collective. (...) Autant l'action publique classique suppose une conception préalable de « l'intérêt général », autant l'action procédurale se propose de construire par étapes un « bien commun » localisé, assurant la cohérence et la légitimité des décisions. » Des *Conseils* de ce type deviennent des instruments indispensables pour élaborer des politiques quand ceux qui en sont les parties prenantes sont dans des incertitudes, voire de vives controverses, sur ce qui délimite le « champ psychiatrique » ou la « santé mentale » et les finalités qu'ils donnent à leurs activités. Tout un formatage et un traçage des frontières sont à réaliser pour délimiter ce qui fait problème ici. Les acteurs en présence sont amenés à réaliser des « pondérations », c'est-à-dire des mises en relations avec des causes plus larges, ou des enjeux de valeur supérieure. Ces « pondérations » s'accomplissent systématiquement en psychiatrie où la rencontre des personnes à partir de leurs symptômes ouvre toujours la voie à des considérations sur la façon dont elles vivent avec les autres, ce qui déploie potentiellement tout le champ des politiques locales (logement, action sociale, vie associative dans les quartiers, sécurité publique, ...). L'enjeu des *Conseils* est de rendre ces « pondérations » explicites. Lascoumes et al. décrivent cette démarche comme des « tournois où s'expriment les prétentions de chacune des parties mais où se nouent aussi des relations d'échange. Le résultat ne se réduit pas à la victoire radicale d'un point de vue sur l'autre, mais organise plutôt un changement relationnel entre des positions à l'intérieur d'un système de relation stable. Quand ce nouveau positionnement est solidifié

³⁹ Rhenter P., *Les conseil locaux de santé mentale: histoire d'un concept*, in *Pluriels* (n° 87/88), Janvier-Février 2011, p. 2.

⁴⁰ Lascoumes P., & Le Bourhis J., *Le bien commun comme construit territorial. Identités d'action et procédures*, in *Politix*, 11 (42), 2e trimestre 1998, pp. 29-40.

(...), il peut être considéré comme une base d'accord susceptible de conserver une validité dans le temps et de fournir une référence pour d'autres tournois. »⁴¹

Les éléments qui nous semblent déterminants dans ces *Conseils* correspondent à ce que certains appellent une « démocratie délibérative ». Celle-ci recouvre des approches diverses où nous retrouvons quasi systématiquement les éléments suivants⁴² :

- Le processus de délibération est essentiel et se trouve bien résumé par la formule de Manin « la décision légitime n'est pas la volonté de tous, mais celle qui résulte de la délibération de tous ».

- La décision est tournée vers la recherche d'une politique qui se fait en commun et résulte d'un processus qui va au-delà du simple marchandage. Elle implique la modification des préférences des locuteurs au cours des échanges et, pour que ce processus puisse avoir lieu, la délibération nécessite d'être informée, inclusive, égalitaire. Il s'agit de faire société grâce à des controverses qui tiennent compte des points de vue et expériences singulières (voir infra chapitre 1.2). Y. Sintomer situe la délibération dans la perspective d'un "dissensus raisonnable", les acteurs renonçant à un accord sur le fond des questions en débat.

- Pour que la délibération soit inclusive, il importe qu'elle ne se réduise pas à l'argumentation, elle peut aussi faire appel au témoignage ou au discours d'indignation, par exemple.

- La dynamique n'a pas une orientation universalisante mais est attachée au contexte. Elle est donc aussi prudentielle quant à la validité des options choisies.

LES TROIS ACTEURS DES CONSEILS

Les *Conseils locaux pour la santé mentale* s'inscrivent dans ce courant d'une « démocratie délibérative ». Nous ne souhaitons pas en préciser davantage les missions, celles-ci se déclinant aussi à travers les objectifs formulés à travers les délibérations, les « tournois » et les « pondérations » que se seront donnés les acteurs qui y participeront. Par contre, il est utile de préciser le type d'acteurs qui participerait à ces *Conseils*. Trois composantes devraient y être représentées⁴³ :

- des élus
- des représentants de la population du territoire

⁴¹ Lascoumes P. & Le Bourhis J., op. cit., p. 43.

⁴² Pour une synthèse très étayée de la littérature sur la démocratie délibérative voir Sintomer Y., *Délibération et participation : affinité élective ou concepts en tension ?* in *Participations*, 1 (1), 2011, pp. 239-276 dont nous reprenons les traits principaux.

⁴³ Nous reprenons ces trois composantes à Leurquin B., op. cit.

- des représentants de l'ensemble des acteurs, du secteur public et du secteur privé, professionnels, associations concernés pas l'élaboration et la mise en œuvre des politiques en santé mentale.

Les élus ont un rôle spécifique à l'interface des problématiques communales⁴⁴. Ils sont les destinataires des plaintes et de situations complexes de souffrance psychosociale touchant leurs concitoyens, ils sont interpellés par les difficultés d'insertion, l'exclusion, la discrimination, la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques. Leur capacité à agir en transversalité sur les leviers de la santé mentale en fait des acteurs de régulation et de coordination des différents champs d'intervention. Un séminaire de recherche rassemblant des élus sur la souffrance psychosociale⁴⁵ se fait plus explicite sur la « position stratégique » qu'ils peuvent être amenés à occuper. Celle-ci tient notamment de l'indétermination des situations où chaque dispositif spécialisé (psychiatrique, d'aide dans la grande précarité, les pompiers, les institutions, ...) s'avère partiellement défaillant. « En correspondance avec un déficit pratiquement constant de reprise réflexive, l'indétermination des situations, principal trait commun des différents cas évoqués, tend à favoriser le traitement sécuritaire de ces questions, du moins dans le contexte actuel. Plus généralement, cette relative incertitude des situations est à la base des doutes et parfois même de la souffrance des élus, quand elle ne participe de surcroît, plus ou moins directement, aux dysfonctionnements institutionnels également générateurs de souffrance. L'effet organisateur que peut alors produire l'engagement de l'élu local, dans un champ désorganisé par des situations qui ont la particularité d'envahir l'espace psychique des acteurs et de disqualifier les dispositifs standards, est de favoriser la recherche de solutions viables non spécifiquement sécuritaires ».⁴⁶ L'élu, en s'engageant dans des questions que chaque dispositif ne peut solutionner seul, permet de ne pas laisser en abandon des « défaillances » que chacun des acteurs ressent avec lourdeur au point de ne plus pouvoir penser, ce qui a pour conséquence d'agir impulsivement ou de ne plus agir du tout. A l'interface des composantes sécuritaire, sanitaire et sociale, l'engagement de l'élu pourrait dès lors contribuer à renverser la tendance lourde d'une approche sécuritaire en organisant une réponse transversale. Sa participation aux *Conseils locaux pour la santé mentale* lui donnerait un espace qui faciliterait cet engagement.

La population du territoire constitue un deuxième type d'acteurs des *Conseils*. Il reste à préciser sous quelle forme. Nous pensons aux associations d'usagers et de proches qui s'organisent et prennent une part de plus en plus active dans les processus. On peut se demander si les mutuelles, en tant que représentants historiques de leurs affiliés dans les

⁴⁴ Rhenter P., op. cit.

⁴⁵ Séminaire DIV-ONSMP-ORSPERE, *Les élus locaux face à la souffrance psychosociale: de la sollicitude au politique*, Paris, Les Editions de la DIV, 2005.

⁴⁶ Séminaire DIV-ONSMP-ORSPERE, op. cit., p.63.

instances décisionnelles du système de santé, n'auraient pas un nouveau rôle à jouer à ce niveau.

La société exclut les personnes qui souffrent de maladie mentale. Elle les invalide alors que leurs discours ou leurs conduites qui souvent troublent la raison et les normes convenues pourraient être sources d'interrogation sur l'existence et nos manières de vivre ensemble. Partant, on en revient à les considérer sous l'angle réduit de leurs déficits et comme incapables de tenir une place dans notre société. Ce qu'elles expriment est trop peu reconnu comme la parole d'un sujet qui véhicule du sens, une histoire, des besoins et des aspirations. Il nous semble primordial que les usagers puissent se réapproprier une place de citoyen et que la société structure des manières d'agir où ils sont reconnus comme tels. Tout un processus est à construire afin de reconnaître la parole et l'expérience des personnes concernées au quotidien par les problèmes de santé mentale. Cela passe notamment par la multiplication des associations et représentations des usagers et la pérennisation de leur situation grâce à un cadre législatif qui organise leurs modalités de reconnaissance, d'agrément et de financement. Les associations d'usagers et de proches revendiquent d'être représentées au sein des organes consultatifs organisés et délibératifs. La participation à des *Conseil locaux pour la santé mentale* pourrait être une occasion pour que la voix des usagers et des proches soit incluse dans les processus de négociation et d'institutionnalisation du commun.

Les effets attendus de la participation des publics peuvent prendre trois orientations différentes⁴⁷. Ils peuvent se manifester au plan individuel en renforçant la capacité d'agir des participants (problématique de l'empowerment), en affinant leurs opinions, leur niveau d'information ou d'acceptation de l'autre. Les attentes peuvent porter sur les rapports de force entre les groupes, les situations de domination ou d'injustice ou les représentations sociales d'un phénomène. Les effets attendus peuvent aussi être tournés vers la décision en démocratie. Bien peu de ce qui est attendu se produit dans la majorité des cas⁴⁸ : les dispositifs ne transforment pas les acteurs dans le sens désiré, les asymétries de pouvoir et de savoir entre les acteurs ne se réduisent pas sensiblement. Pourtant, les processus participatifs affectent la décision en démocratie. « Les dispositifs existants contribuent davantage à l'apprentissage des acteurs déjà en place et à redéfinir leurs relations qu'à transformer les citoyens en « acteurs » véritables de la décision publique. »⁴⁹. Pour comprendre ce phénomène, il faut notamment tenir compte que les dispositifs participatifs sont encadrés dans des cadres d'action plus vastes et des temporalités plus longues.

⁴⁷ Blondiaux L., & Fourniau J., *Un bilan des recherches sur la participation du public en démocratie : beaucoup de bruit pour rien ?* in *Participations*, 1 (1), 2011, pp. 8-35.

⁴⁸ Blondiaux L., & Fourniau J., op. cit., p. 22.

⁴⁹ Blondiaux L., & Fourniau J., op. cit., p.24.

Un troisième type d'acteur participerait aux *Conseils* : ceux qui mettraient en œuvre les politiques élaborées en commun. Il s'agit des services, publics ou privés, du champ sanitaire et social, du logement, ...

PROPOSITION PROVISOIRE (DEUXIÈME PARTIE)

Une fois un « local » délimité sous la forme d'un territoire, le *Conseil local pour la santé mentale* permet d'y élaborer et mettre en œuvre des politiques. Les défis et les complications sont de pouvoir former un « commun » à partir d'acteurs appartenant à des champs souvent cloisonnés ou porteurs d'expériences habituellement marginalisées des lieux de négociations. La pondération des facteurs déterminants d'une politique d'allègement des conditions d'existences (logement, vie associative, sécurité, services de santé, ...) varie selon ces acteurs. Ces *Conseils* sont l'occasion de vivifier au niveau local une démocratie délibérative qui mette l'accent sur la délibération de tous en recherchant à inclure et faire contribuer des locuteurs aux points de vue divergents ou minoritaires. Le processus de délibération y tient une place essentielle. Il vise à offrir une scène à des controverses par lesquelles les acteurs affinent et modifient leurs préférences au cours des échanges. Le « commun » qui se forme ne se traduit pas seulement dans une politique à mettre en œuvre ; c'est aussi une façon de faire société, de permettre la rencontre de désirs et de savoirs éparpillés, d'imaginer un devenir en agençant des horizons et des expériences singulières voire divergentes.

Trois types d'acteurs devraient pouvoir se retrouver dans les *Conseils locaux pour la santé mentale*. Les élus locaux ont une position stratégique à l'interface des problématiques communales qui leur permet de favoriser des réponses transversales. Celles-ci sont d'autant plus importantes que les situations les plus problématiques s'expriment quand chaque dispositif spécialisé (psychiatrique, grande précarité, insertion, police, santé, ...) s'avère partiellement défaillant. Les *Conseils* permettraient aux élus de ne pas laisser en abandon ces problèmes complexes et de s'engager dans des réponses transversales – notamment sécuritaires, sanitaires et sociales – qui soulagent les citoyens et ne se rabattent pas sur la tendance lourde d'une approche sécuritaire. La population, sous la forme de groupements d'usagers, de proches, voire de Mutuelles qui trouveraient à cette occasion une possibilité de se régénérer dans des politiques locales, constituerait un deuxième type d'acteurs de ces *Conseils*. Leur participation aurait notamment comme effet de modifier les relations par lesquelles se prennent une décision démocratique, ce qui n'est pas une moindre perspective en regard des préjugés actuels qui invalident la capacité des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale. Les « services », les « opérateurs », les « associations », du secteur public ou privé, qui mettent en œuvre les politiques formeraient un troisième type d'acteur. Leurs rencontres quotidiennes avec les

situations trouveraient dans ces *Conseils* une contextualisation ouverte à d'autres dimensions que celles des dispositifs plus spécialisés dans lesquels ils agissent, dégageant des voies vers de nouvelles dynamiques locales en commun.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, peut-être pourrait-on déjà retenir simplement que soulager des souffrances et des difficultés plus ou moins intenses, a fortiori les plus lourdes à vivre telles qu'elles se rencontrent en psychiatrie, implique des processus qui s'imaginent, se règlent, se transforment en commun. Nous avons rappelé les conditions d'existence qui se négocient ensemble et qui jouent un rôle déterminant dans une politique d'allègement de la vie quotidienne : notamment en matière de qualité du logement, de vie associative dans les quartiers, de dynamique d'insertion, d'opportunité d'éducation, de culture, de formation, ... Tous ces déterminants ont une importance cruciale à côté des facteurs habituellement privilégiés dans une politique de santé mentale. Le "local" que nous avons choisi dans cette étude comme délimitation spécifique d'un agir citoyen ouvre dans ce contexte des possibilités spécifiques car ces déterminants peuvent être investis par les Pouvoirs locaux selon des modalités que n'offrent pas d'autres niveaux décisionnels.

C'est dès lors une erreur de laisser trop seules les institutions spécialisées du champ de la santé mentale décider des politiques à mener. Les détresses multiples et les souffrances complexes nécessitent toujours une reprise réflexive transversale, au croisement tout au moins des politiques sanitaires, sociales, économiques et de sécurité. Les bulles de soulagement parmi lesquelles circulent les personnes forment aujourd'hui une écume de foyers de réconforts, de couveuses d'apprentissages ou d'enveloppes protectrices qui ne peut être réduite au sanitaire. De cet état de fait, il faudrait aussi tirer la conséquence que nous avons besoin de "communs institutionnalisant" qui permettent de reprendre les problèmes au milieu des paysages parmi lesquels ils se déplient. Aujourd'hui nous souffrons de ne pas disposer de tels "communs institutionnalisant" au niveau local pour imaginer et mettre en œuvre des politiques aux croisements des déterminants multiples de la "santé mentale".

Ces "communs institutionnalisant" qu'il nous faudrait créer activent des questions de démocratie à plusieurs titres. D'abord en faisant participer des acteurs qui ne se rencontrent pas ou qui sont tout simplement éloignés des négociations politiques parfois sur des sujets qui les concernent au premier chef. Leur donner une scène de délibération

permet d'ouvrir un imaginaire politique qui ne rabat pas les problèmes sur une seule de ses composantes, sur le sécuritaire ou le médical notamment. Cela permet également une reprise réflexive commune de problèmes où les acteurs se sentent, séparément, partiellement défaillants. Dans ce contexte, les processus démocratiques de délibération devraient recevoir une attention toute particulière. Rassembler les acteurs permet de prendre acte des controverses qui naissent des différentes finalités d'un agir dans ces situations régulièrement traversées par des logiques multiples et incertaines de "soin", "d'insertion", "d'éducation", de "sécurité", de "justice", ... A la suite des finalités, c'est aussi la pondération des moyens mobilisés pour s'y approcher qui est mise en tension entre interlocuteurs. La décision légitime d'une démocratie délibérative qui interviendrait dans ce contexte n'est dès lors pas celle qui traduit la volonté de tous, mais résulterait plutôt d'une délibération informée, inclusive et qui mettrait à l'épreuve l'égalité de tous les interlocuteurs dans des controverses sur les politiques à mener. La décision ne marquerait qu'une suspension provisoire de la controverse, elle signerait un dissensus raisonnable dans un processus qui laisserait vivant le débat sur les finalités et la pondération des moyens pour y parvenir.

De façon plus opérante, nous avons formulé deux propositions qui permettraient de mettre en œuvre cette démocratie locale des allègements. Tout d'abord nous devrions dessiner des territoires. Ceux-ci sont des cartes dont une des caractéristiques est qu'elles régulent des espaces de citoyenneté. Elles permettent de délimiter les acteurs locaux qui participeront à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques. Construire ces territoires est un préalable. Deuxième proposition, ces "communs institutionnalisant" pourraient prendre la forme de *Conseils locaux pour la santé mentale* sur des territoires communaux ou intercommunaux. Ils rassembleraient transversalement les élus, d'autres représentants de la population et des usagers et des services.

Somme toute, l'ensemble des analyses envisagées dans cette étude et les propositions qui y sont formulées ont été guidées par un désir de démultiplier la démocratie. (1) D'abord en multipliant les "représentants" qui figurent le social et la population pour décider des politiques sur une matière qui souffre de ne pas être abordée dans l'entrelacs des défis sociaux, sanitaires, culturels ou sécuritaires qu'elle convoque. (2) A côté des Institutions et Organes délibératifs institués qui font fonctionner notre démocratie aujourd'hui, d'autres dispositifs sont sans doute à inventer pour aborder des problèmes selon une complexité nouvelle. Une démocratie instituante permet la construction d'un futur à l'endroit où l'institué ne répond plus pleinement aux attentes. (3) Les facteurs déterminants d'une politique (de santé mentale) se régulent à plusieurs niveaux, celui de l'Etat fédéral, de l'Europe, de l'Universel, de la Nation, des Régions, ... et le niveau "local" gagne à être pleinement introduit à côté des autres. Multiplier la démocratie en l'inscrivant dans des espaces différenciés. (4) Enfin, la démocratie s'enrichit en

l'envisageant comme pouvant s'exercer selon différentes formes : elle n'est pas qu'un Régime d'Etat, une "démocratie parlementaire"; elle peut aussi être une forme de société qui convoque des paroles multiples, dont celles qui sont minoritaires, dans des instances diversifiées de concertations et de délibérations plus ou moins formalisées.

Cette démultiplication des vecteurs de la démocratie n'a sans doute pu se produire qu'en considérant celle-ci comme inachevée. Déambuler dans les difficultés du réel, se coltiner aux poids qui pèsent sur les existences ou co-habiter avec les souffrances captées par la psychiatrie invite à une *démocratie en train de se faire* autant qu'une *politique de santé mentale à mettre sans cesse en controverses*. Tenter de se mettre sur ces pistes de créativité, c'est aussi glisser sur des lignes de joie et transformer la vie en allègements.